



HANDICAP ET VIEILLISSEMENT : UN CONCEPT ÉVOLUTIF, UN RISQUE OU UNE OPPORTUNITÉ DANS UNE SOCIÉTÉ PLURIELLE

État des lieux dans le monde et champs des possibles,
Focus France : perte d'autonomie,
prévoyance-invalidité, assurance-vie, retraite



LA FABRIQUE
D'ASSURANCE

CONSTRUIRE LA PROTECTION SOLIDAIRE AUTREMENT

LIVRE BLANC

SOMMAIRE

Présentation de La Fabrique d'Assurance Remerciements

P5
P6

I - Introduction

P7

I.1 - Définition

P8

I.2 - Chiffres clés

P9

I.3 - Géographie

P11

II - La prise en charge du handicap à travers le monde

P14

II.1 - Définition

P14

II.2 - Les limites

P15

II.3 - Les évolutions positives des produits assurantiels

P18

II.4 - Les produits d'assurance – dépendance

P18

Focus 1 : France perte d'autonomie : « être autonome demain : un enjeu de société » P21

Introduction par Monsieur Patrick Gohet

I - État des lieux : les enjeux et l'organisation de l'aide à l'autonomie en France

P24

II - La perception des français – les résultats du baromètre OCIRP Autonomie 2017

P32

III - Autonomie : quelles perspectives pour l'assurance ?

P35

Préconisations Focus 1 : France perte d'autonomie :

P44

Focus 2 : France prévoyance invalidité : « Améliorer la prise en charge de l'incapacité et de l'invalidité pour mieux répondre aux besoins des assurés » P45

Introduction par Monsieur Thomas Behar

I - Contexte et définition

P45

II - Le fonctionnement de la couverture de ce risque

P49

III - Produits et solutions existantes

P51

Préconisations Focus 2 : France prévoyance invalidité

P54

Focus 3 : France assurance-vie, retraite : « Financer et accompagner le parcours de vie de la personne en situation de fragilité » P58

Introduction par Monsieur Jean-Jacques Berthelé

I - Le handicap

P58

II - Les différentes facettes du handicap

P59

III - Quelles réponses l'assurance vie peut-elle apporter ?

P70

Préconisations Focus 3 : France assurance-vie, retraite

P74

III - Les acteurs

P76

III.1 - Les consommateurs

P76

III.2 - Les assureurs

P80

IV - L'État

P83

IV.1 - Un rôle clé de financement

P83

IV.2 - Un rôle incitatif

P84

IV.3 - Un rôle global de réduction des barrières liées au handicap

P85

V - Des leviers organisationnels et technologiques

P85

au profit d'une meilleure inclusion des personnes en situation de handicap

V.1 - L'accessibilité à des services de prise en charge et de compréhension des besoins

P85

V.2 - L'amélioration des capacités d'anticipation du risque pour l'assureur, une clé de succès ?

P86

V.3 - Les nouveaux usages technologiques au service de l'inclusion

P86

V.4 - Un business model à l'épreuve de l'avenir de l'humanité

P89

VI - Conclusion

P91

Synthèse des préconisations

P92

Chiffres clés

P93

Glossaire et abréviations

P94

Contacts

P95

« Le calcul des probabilités, appliqué à la mortalité humaine a donné naissance à une science nouvelle : celle des assurances. »

Émile de GIRARDIN

« Le recours tardif pour des soins dits de réparation est plus coûteux pour la collectivité et peut même conduire à une situation de handicap. »

Paul DOURGNON

« Outre les accidents et la maladie, il existe donc un autre type de handicap : celui provoqué par la folie des hommes. »

Philippe CROIZON

« Contrairement au sexe et à l'âge, le handicap n'est pas une variable statistique clairement définissable, mais un terme ouvert à interprétation en fonction du contexte. Par conséquent, les données relatives au handicap ne peuvent fournir que des approximations et doivent être traitées avec la plus grande prudence. »

Organisation Mondiale de la Santé

PRÉFACE

Handicap et vieillissement : un concept évolutif, un risque ou une opportunité dans une société plurielle.

Plusieurs des contributions de ce livre blanc le rappellent : la croissance dans les décennies à venir des personnes éprouvant des difficultés fonctionnelles, du fait notamment du vieillissement, est un défi majeur pour notre société.

Si les progrès médicaux et sociaux ont permis que l'on meurt, en moyenne, plus tard que les générations précédentes, il faut admettre aussi leur corollaire : de plus en plus de personnes vivent avec une maladie chronique, de plus en plus seront concernées, à un moment ou l'autre de leur existence, par une altération de leur autonomie. Par ailleurs, Simone Veil me rappelait qu'au moment de la loi de 1975 sur les personnes handicapées, le vieillissement des personnes handicapées n'avait pas été anticipé.

Ces perspectives ouvrent un certain nombre de défis qu'il s'agit de bien appréhender et anticiper si l'on veut que notre société puisse apporter des réponses adéquates, sans faire peser de façon excessive, ce qui malheureusement est déjà trop souvent le cas, la charge d'accompagnement sur les proches.

Bien évidemment, ces défis ont une composante financière même si les récentes projections du Haut conseil du financement de la protection sociale amènent aussi à relativiser cette donnée : à l'aune des risques maladie et vieillesse, le risque perte d'autonomie reste, même à l'horizon 2070, un risque modeste et finançable, l'enjeu étant d'environ 1 point de PIB supplémentaire.

Ceci rappelle l'intérêt d'une vision globale, prospective et rigoureuse de l'équilibre financier de la protection sociale, et notamment l'enjeu qui s'attache à tenir le calendrier d'extinction de la dette sociale gérée par la CADES, qui dégagerait plus de 17 milliards d'euros par an à l'horizon 2024... dont une partie pourrait abonder le risque dépendance.

Ces défis sont aussi institutionnels : ils imposent le décroisement entre les très nombreux acteurs de ce secteur.

- Entre acteurs du handicap et de la perte d'autonomie, qui sont en France des secteurs très séparés (y compris souvent dans la gestion gouvernementale...), contrairement à d'autres pays, comme il l'est rappelé à juste titre dans ce livre blanc.
- Entre État et collectivités locales, notamment le département en charge des personnes âgées.
- Entre gestionnaires de la protection sociale de base et complémentaire, car plus que dans d'autres domaines ou des interrogations existent sur la plus-value de leurs interventions croisées (la maladie voire la retraite), il apparaît très difficile d'envisager la construction d'un système universel et viable économiquement sans l'un et l'autre.
- Entre acteurs du sanitaire et du social et acteurs du domicile et de l'hébergement en établissements. L'enjeu n'est pas seulement de bâtir des solutions financières qui permettent à chacun de faire face à ses limitations fonctionnelles, mais aussi de bâtir des parcours de vie qui tiennent compte de l'évolution de la personne et de son entourage dans une logique d'inclusion, et essayent au maximum d'être dans des logiques d'inclusion et non de ségrégation.

Par la richesse et la diversité des points de vues, la grande qualité des contributions qu'il a pu recueillir, ce livre blanc peut être un point d'appui très utile pour notre réflexion collective.

Dominique **LIBAULT**,
Directeur Général de l'École nationale supérieure de Sécurité Sociale

PRÉSENTATION DE LA FABRIQUE D'ASSURANCE

Assurer est-il un verbe qui puisse encore avoir une résonnance pour le grand public, mais aussi pour les professionnels du secteur ?

Retrouver des racines professionnelles pour redonner un **sens au verbe ASSURER**. Les uns et les autres : dans nos différentes responsabilités au sein du secteur de l'assurance, nous sommes submergés par un tsunami prudentiel et réglementaire qui nous détourne de notre raison d'être profonde : répondre aux besoins de confiance et de sécurité de nos contemporains.

La Fabrique d'Assurance est une association réunissant des assureurs et des experts d'horizons différents, au travers d'ateliers, colloques, lettres bimestrielles et outils digitaux. Il s'agit de proposer des recommandations novatrices répondant aux besoins d'aujourd'hui et demain des assurés. Inspirée des « Fab Lab », **La Fabrique d'Assurance** se veut être un point de rencontre et de dialogue pluridisciplinaire. L'association a pour vocation d'impulser une dynamique innovante en s'éloignant des schémas classiques. Dans cette approche, les enjeux de l'Économie Sociale et Solidaire sont au centre de nos réflexions.

De l'incubateur au Think Tank, du consommateur à l'institutionnel, l'intelligence du système permet de réunir en son sein, en fonction de la thématique abordée, différents profils :

Assureurs, Experts, Think Tanks internationaux, Instituts, Fondations, Associations, Universités, Écoles, Chercheurs, Start-up, Incubateurs, Assurés.

Le fonctionnement de l'association s'articule autour de deux types d'événements-clés : des ateliers thématiques et un colloque annuel avec pour volonté de sortir des sentiers battus, d'inventer ou de redéfinir les usages de demain en se fondant sur les besoins réels des citoyens. Le premier permet, sur des thématiques précises, une réflexion aboutissant à l'élaboration de rapports comprenant des propositions de recommandations pouvant être communiquées notamment aux pouvoirs publics et aux acteurs du secteur. La réflexion des deux premiers ateliers collaboratifs a porté en 2016 sur la micro-assurance et en 2017 sur *Le handicap et vieillissement un concept évolutif, un risque ou une opportunité dans une société plurielle ?*

Sur le premier sujet, la réflexion est partie d'un constat : dans notre pays, pionnier en matière de microcrédit, il n'existe pas encore de réponse pertinente en matière de micro-assurance. Il s'agit alors d'inventorier les besoins réels en matière d'assurance des populations identifiées. Ainsi, l'atelier s'est appliqué à identifier les freins et leviers au développement de ce type de produits et, après la réalisation d'un benchmark, faire des recommandations.

Le deuxième atelier en 2017 porte sur la thématique du *handicap et vieillissement un concept évolutif, un risque ou une opportunité dans une société plurielle ?* Dans un contexte de progrès scientifiques, il explore de nouvelles pistes concernant les contenus assurantiels et les solutions d'indemnisation du handicap. D'autres ateliers en 2018, tels que les défis pour l'assurance des nouvelles formes de travail verront le jour.

Concernant le livre blanc 2017 sur : *Le handicap : un concept évolutif, un risque ou une opportunité dans une société plurielle*, **trois Focus France** ont été organisés autour d'experts, sur :

**la perte d'autonomie,
la prévoyance et l'invalidité,
et l'assurance-vie, retraite.**

Ces trois Focus France viennent compléter l'état des lieux du handicap dans le monde et l'Europe. Ils se concrétisent par des préconisations pour la France.

Jean-Louis **BANCEL**
Président de la Fabrique d'Assurance

REMERCIEMENTS

Selon **Antoine de SAINT-EXUPÉRY** :

L'avenir tu n'as pas à le prévoir mais à le permettre.

Pour l'élaboration de ce livre blanc sur le handicap et le vieillissement, trois ateliers FOCUS France ont été constitués sur les thèmes suivants : la perte d'autonomie, la prévoyance et l'invalidité et l'assurance-vie, retraite.

Les personnes ayant accepté de participer à ces groupes de travail viennent d'horizons divers et complémentaires : juristes, avocats, assureurs, mutualistes, banquiers, actuaires, chercheurs, universitaires, hauts-fonctionnaires.

Nos remerciements à tous les membres des groupes de travail et contributeurs :

Bernard ALTARIBA, Erwan AUDUIT, Thomas BÉHAR, Élisabeth BERGE-SUET, Anne BOYÉ, Jean-Jacques BERTHELÉ, Carole BONNET, Arnaud BREUIL, Christine CABROLIER, Pascal CHAMPVERT, Edwige CHAUVEAU, Philippe CHERVIN, Hubert DUMONT SAINT-PRIEST, Laurent DUVIOLS, Éric DEMOLLI, Françoise FORETTE, Jean-Louis GARCIA, Adeline GÉRARD, François-René GERMAIN, Romain GIZOLME, Florence GROSSEN, Serge GUÉRIN, Pascal JACOB, Claudie KULAK, Jérôme KULLMANN, Jean-Manuel KUPIEC, Dominique LEDOUBLE, André MOLIN, Jean-Baptiste NESSI, Anna PICARD, Jérôme PIGNIEZ, Angélique RIBEIRO, Pascale RIBES, Annie RIPON-SERRE, Thierry TALVA, Richard THOUVENOT, Alain VILLEMEUR

Leur participation assidue aux nombreuses réunions de travail, leurs réflexions et leurs communications écrites ont contribué à la qualité et à la pertinence des préconisations formulées dans ce livre blanc sur le handicap et le vieillissement pour **La Fabrique d'Assurance***

Nos remerciements aux personnalités ayant accepté de participer à nos déjeuners de travail :

Pierre-Louis BRAS, Arnaud de BROCA, Bertrand FRAGONARD, Patrick GOHET, Sandrine LEMERY, Dominique LIBAULT.

Nos remerciements, enfin, aux personnalités qui participent aux deux tables rondes du colloque annuel de **La Fabrique d'Assurance** au Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) :

Jean-Louis BANCEL, Thierry BEAUDET, Marie-Claire CARRÈRE-GÉE, Axel KAHN, Frédéric LAVENIR, Marie-Anne MONTCHAMP, Bernard SPITZ.

« *Oser, le progrès est à ce prix.* »
Victor HUGO

Longue vie, donc, à **La Fabrique d'Assurance** appelée, depuis sa création, à se développer et à rayonner, déjà, par ses analyses et ses propositions pour un monde meilleur.

Alexandre **ANDRÉ**
Directeur Général de la Fabrique d'Assurance

* Réserves : La Fabrique d'Assurance s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'elle publie, mais les opinions et les jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à la Fabrique d'Assurance, ni a fortiori, à ses organes directeurs.

I - Introduction

L'économie des risques englobe l'ensemble des transactions entre assureurs et assurés dont le but est la couverture des dommages qui découlent des risques, contre le paiement d'une prime. En réalité, l'assurance encadre les risques avant (*ex ante*) et après (*ex post*) la survenance d'un sinistre. Mais son rôle primordial est d'intervenir quand l'événement assuré se produit et de dédommager ses conséquences. Autrement dit, le risque devient réel au moment où le sinistre apparaît. C'est la concrétisation des risques qui constitue le véritable enjeu des assurances. Une des caractéristiques du modèle économique assurantiel consiste à transférer un risque par une personne, prise dans sa singularité de personne physique ou morale vers un assureur (quel que soit son statut juridique : société à capital ou mutuelle) en échange duquel l'assuré versera une prime ou des cotisations et bénéficiera de contreparties lors de la survenance de ce risque. La capacité de l'assureur à garantir une multitude de personnes face à divers risques réside dans un double facteur : la mutualisation des risques et des primes entre tous les assurés, et la capacité statistique des assureurs à envisager le risque et à adapter les primes/cotisations en fonction de ces données.

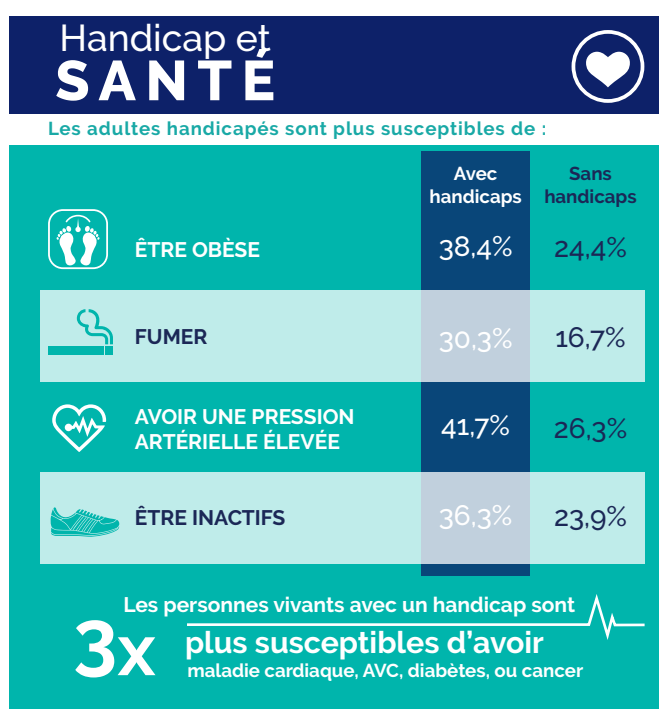
Le modèle économique est particulièrement pérenne dès lors que les assurés paient leur prime et que leurs besoins sont identifiables en matière de couverture. Or, quel que soit le handicap, dont la définition sera abordée un peu plus tard, le modèle économique traditionnel de l'assurance peut être bouleversé. En effet, plusieurs problématiques, semblables à de nombreux pays, sont observables et risquent de bouleverser ce modèle : vieillissement des populations, baisse des dépenses publiques de santé, augmentation des pratiques à risques. Les statistiques montrent que le handicap génère un risque plus important de développer d'autres maladies, d'être en retrait de la vie économique et sociale et donc en extrapolant aux compagnies d'assurance, de faire plus souvent appel à un assureur (image ci-contre : Disability and health¹). L'existence d'une occurrence statistique supérieure à la moyenne conduit les assureurs à craindre des mécanismes de sélection adverse. Ainsi, la Banque mondiale estime que seules 5 à 15 % des 70 millions de personnes ayant besoin d'un fauteuil roulant y ont accès, et 200 millions de personnes malvoyantes n'ont pas accès aux lunettes ou aux dispositifs permettant de corriger une mauvaise vue.

Le secteur de l'assurance se retrouve ainsi confronté à une difficulté majeure. Comment couvrir une part importante de la population mondiale, présentant des risques supérieurs aux personnes dites valides, tout en assurant sa viabilité économique et financière ?

Aujourd'hui, les personnes en situation de handicap constituent le « *plus grand groupe minoritaire du monde* »².

La Banque mondiale indique ainsi que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, soit 15 % de la population mondiale. Un chiffre qui devrait croître au cours des prochaines décennies, du fait de l'apparition de nouveaux facteurs de risques (maladie, augmentation de la durée de vie, conflit, terrorisme...). De son côté l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS³), considère ainsi que les personnes handicapées ont une probabilité 50 % plus forte de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques et que cela est susceptible d'entraîner leur famille dans la pauvreté⁴. Divers mécanismes existent, coexistent ou peuvent être mis en œuvre pour améliorer la couverture et l'accessibilité, tant technique que financière, de tous aux services de soins. Pourtant les progrès des sciences et des techniques n'augmentent-ils pas les perspectives de pouvoir réduire les effets du handicap (mythe de l'Homme réparé) ?

Infographie sur l'impact du handicap



Source : Center for Disease Control and Prevention- 2015

Si cette situation entraîne une réelle responsabilité pour les assureurs, elle implique une réflexion sur les couvertures proposées, et sur le développement possible des produits accessibles et efficaces destinés aux personnes en situation de handicap. Cette adéquation entre l'offre de service et le besoin est d'autant plus importante que les spécificités personnelles (différenciation des handicaps, différenciation des situations sociales...) peuvent faire grandement varier leurs besoins assurantiers. Aujourd'hui, les assureurs ont privilégié la catégorisation des handicaps sans prendre en compte les situations individuelles, nécessaires à une définition précise du risque, définition utile autant pour l'assuré (couverture efficiente) que pour l'assureur (risque mesuré).

1 Infographie sur les impacts du handicap en matière de santé - Center for Disease Control and Prevention - agence gouvernementale américaine sur les questions de santé - Septembre 2015

2 Disability Statistics : facts on disabilities and disability issues - mise à jour en Janvier 2017 - Disabled World - presse numérique américaine indépendante sur les sujets de santé et de handicap

3 Organisation Mondiale de la Santé - Autorité directrice dans le domaine de la santé des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations-Unies

4 World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002-2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009)

« Le premier jalon vers une société plus humaine serait d'accepter que les personnes vulnérabilisées par le handicap ont hérité d'un rôle salubre de veilleur. Dans notre société d'aujourd'hui, déboussolée, les veilleurs, que sont les personnes fragiles nous indiquent une autre voie pour nous diriger vers une société plus humaine »⁵. Étudier les dispositifs assurantiels développés au profit des personnes en situation de handicap apparaît donc comme éclairant pour le monde de l'assurance afin d'être en veille sur son propre secteur et d'apporter des solutions nouvelles pour faire progresser et évoluer la société dans son ensemble, et gérer les défis qui l'attendent : développement de la prise en charge à domicile, inclusion des personnes handicapées au sein de la société ou prévention des comportements à risques (addictions, conduite à risque...). Par exemple, 80 % des déficiences visuelles et la quasi-totalité des déficiences auditives pourraient être évitées grâce à des stratégies préventives et curatives⁶.

I.1 - Définition

Un des enjeux importants de l'assurance reste d'offrir à chacun une couverture adaptée à ses besoins et à ses moyens afin d'atténuer les chocs auxquels les ménages sont confrontés⁷.

Cette vision protectrice de l'assurance (par étymologie, l'assurance signifie apporter de la sécurité à son bénéficiaire⁸) est essentielle dès lors qu'on lie la notion d'assurance et de handicap.

L'OMS définit depuis 1946 la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁹

La notion de handicap pourrait dès lors s'entendre a contrario, lorsque l'état complet de bien-être n'est pas pleinement et entièrement atteint. Pour autant, les notions de Handicap et de Santé ne sont pas forcément antagonistes. Ainsi, dans une étude menée en Australie auprès de personnes lourdement ou sévèrement handicapées, 40 % d'entre elles estimaient leur état de santé comme bon, très bon ou excellent¹⁰.

Si la définition de santé, au sens de l'OMS, n'a pas évolué depuis la constitution de l'organisme, la notion de handicap est plus complexe. Elle est particulièrement protéiforme car elle envisage des réalités très différentes.

Historiquement, le handicap a été abordé avec une approche causale, dite aussi approche médicale¹¹. Les causes du handicap ne sont pas toujours visibles et sont souvent éloignées du cliché de la personne en situa-

tion de handicap avec un fauteuil roulant. Plusieurs causes peuvent être ainsi mises en exergue : affection de longue durée (ALD), accident de la route, du travail, de la vie courante. Concernant les ALD, elles peuvent être liées à une maladie, une hérédité mais aussi liées à la vie quotidienne (malnutrition, absence d'activité sportive, conduite addictive – tabagisme, alcoolisme, stupéfiants...). Le rapport mondial de l'OMS estime que **les maladies chroniques sont à l'origine de 66,5 % de l'ensemble des années vécues avec une incapacité**¹² dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹³. Elles représenteraient aujourd'hui 40 % des dépenses de santé dans une vie¹⁴.

Depuis 2001, la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)¹⁵ définit, le handicap comme un « *terme générique désignant les déficiences¹⁶, limitations d'activité et restrictions de participation* ».

En 2001 l'établissement de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH)¹⁷ marque un changement important dans la compréhension mondiale de la notion de handicap. Les institutions internationales ont intégré la notion d'environnement social à la définition du handicap, mettant ainsi plus en exergue les conséquences que les causes¹⁸. Derrière cette notion d'environnement, l'idée est de partager les responsabilités, et de changer le regard de la société sur le handicap. Cette vision vise à remettre en cause le fatalisme lié au caractère « naturel » du handicap en faveur de la nécessaire prise en compte de l'individu au sein d'une communauté de vie. Ainsi, qu'elle soit malade chronique, handicapée moteur ou déficiente visuelle, ce qui met la personne « en situation de handicap » est l'environnement dans lequel elle évolue, et les barrières se traduisent « *par une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir certains gestes ou certaines activités allant des actes élémentaires physiques (se tenir debout, se lever, monter un escalier, etc.) ou psychiques (memoriser, etc.), aux actes plus complexes (s'habiller, se servir d'un téléphone, parler avec plusieurs personnes, etc.)* »¹⁹.

5 Philippe POZZO DI BORGIO, Jean VANIER, Laurent de CHERISEY – Tous intouchables ? – p24

6 Budget Programme 2016 – 2017 – Organisation Mondiale de la Santé

7 Protéger les plus démunis – Guide de la micro-assurance – Craig Churchill – D'après MCCORD 2005

8 Risque, assurance et irréversibilité – Andras NOVEMBER et Valérie NOVEMBER – Revue européenne des sciences sociales 2004 – p 161 - 179

9 Principes de la Constitution de l'Organisation de l'OMS, adoptés en 1946 par 61 États

10 National Health Survey 2007–8: summary of results. Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2009

11 Oliver M. The politics of disablement. Basingstoke, Macmillan and St Martin's Press, 1990.

12 Mesure l'importance de la perturbation. Elle est donc la conséquence d'une ou de plusieurs déficiences d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu. Elle se traduit par une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir certains gestes ou certaines activités allant des actes élémentaires physiques (se tenir debout, se lever, monter un escalier, etc.) ou psychiques (memoriser, etc.), aux actes plus complexes (s'habiller, se servir d'un téléphone, parler avec plusieurs personnes, etc.).

13 Rapport mondial sur le handicap – publié par l'OMS et la Banque mondiale - 2011

14 Maintien à domicile des personnes fragiles – rapport d'étonnement de l'atelier – Institut des hautes études pour la science et la technologie

15 Organisation Mondiale de la Santé – résolution WHA 54.21 - 2001

16 Altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle résulte d'une maladie (comme c'est le cas pour les personnes âgées) ou d'un traumatisme. Cette perturbation peut être permanente ou temporaire. Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité.

17 Texte adopté par les Nations-Unies en 2006, qui a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

18 Leonardi M et al. MHADIE Consortium The definition of disability: what is in a name? Lancet, 2006

19 Assurance dépendance : comment rendre l'assurance individuelle plus attractive pour les clients et les assureurs ? – Christelle DELFAU – Travaux de l'École Nationale d'Assurances - 2011

L'expérience du handicap se caractérise alors « **par l'interaction entre des personnes présentant des déficiences et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres** »²⁰.

Cette vision du handicap prend sa source dans la Vie Autonome aux États-Unis²¹, qui prône que le « handicap » n'est pas lié à la personne mais aux barrières physiques et psychologiques que dresse la société. Ainsi, ce ne sont pas seulement l'infirmité motrice, la déficience visuelle, la maladie de Crowl, le diabète qui constituent le handicap mais le fait qu'ils engendrent des attitudes négatives (violence, moquerie...), l'absence d'accès à certains services (transports, bâtiments publics, soins) voire même aux activités sociales (travail, loisirs,...). Cette définition se retrouve également dans des textes et politiques européens. En Norvège, par exemple, le handicap est considéré comme « *un décalage entre les capacités d'une part, les attentes de l'individu et, d'autre part, les exigences de l'environnement et de la société pour préserver et maintenir dans des domaines qui sont essentiels pour établir et maintenir une vie sociale indépendante* ».²² Et derrière cette définition, c'est l'idée que le handicap crée un « désavantage injuste dans la vie privée, sociale, ou professionnelle d'une personne ».²³

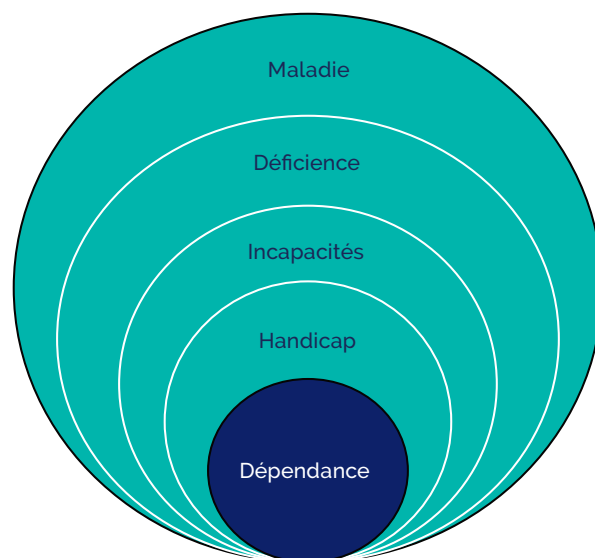
Cette approche permet également d'être optimiste quant à la situation des personnes handicapées, puisqu'un grand nombre de barrières peuvent être levées par des mesures préventives (sensibilisation sur les risques, sur le handicap lui-même), correctives (aménagement des locaux, des lieux publics...) et compensatoires (assurance, Sécurité sociale...).

Cette nouvelle approche environnementaliste a également pour particularité de ne pas aborder le handicap sous l'angle de l'âge. C'est la capacité, ou non, d'interagir avec son environnement ou d'accomplir des actes de la vie courante (manger seul, signer des documents, se déplacer,...), qui va primer pour qualifier la perte d'autonomie et la dépendance de la personne, et définir ainsi son degré de handicap.

Les textes nationaux lient fortement ces deux notions de handicap et de dépendance (en France : perte d'autonomie). Ainsi, le droit social allemand définit la notion de dépendance comme « *toute personne ayant besoin d'aide pour l'hygiène corporelle, l'alimentation, la mobilité et les tâches domestiques* » sans distinction d'âge. Il distingue cependant le handicap, d'éventuels problèmes physiques, mentaux ou psychiques ; alors même d'ailleurs que l'ensemble de ces causes constitue un handicap au sens de l'OMS.

En France, depuis la loi du 11 février 2005 pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », la dépendance des personnes âgées est considérée comme une forme de handicap. Cette loi définit le handicap sans critère d'âge. La dépendance est ainsi juridiquement une sous-catégorie du handicap et les personnes dépendantes sont des personnes handicapées, attributaires du droit à compensation posé par l'article 11 de la loi du 11 février 2005 (L.114-1-1 du code de l'action sociale et des familles, CASF). La loi supprime ainsi le critère d'âge qui définit le champ d'application de ce droit. La distinction se retrouve pourtant dans les prestations accordées aux personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

Du concept de maladie au concept de dépendance



Source : OMS

1.2 - Chiffres clés

Les différences dans la définition nationale, dans les modes de recensement et de prise en charge influent sur les chiffres précis pour déterminer le nombre de personnes en situation de handicap.

Contrairement au sexe et à l'âge, le handicap n'est pas une variable statistique « clairement » définissable, mais un terme ouvert à interprétation en fonction du contexte et des modalités de recensement. Le cas du recensement en Irlande en 2006 a montré un écart de 9 points entre les personnes s'étant déclarées dès l'envoi du questionnaire (9 %) et celles qui se sont déclarées lors de l'enquête (18 %). Le nombre de questions et le format personnalisé de l'enquête ont permis de mieux identifier les personnes en situation de handicap²⁴. Les chiffres sont le plus souvent issus de déclarations. Or, le handicap revêt un caractère subjectif. Ainsi les personnes âgées qui peuvent elles aussi connaître une situation dont les caractéristiques sont proches de celles du handicap, ne se déclarent pas comme tel, estimant leur état en rapport avec leur âge.

²⁰ Rapport mondial sur le handicap – publié par l'OMS et la Banque Mondiale - 2011

²¹ Mouvement et philosophie, apparus sur les campus universitaires californiens dans les années 1960.

²² Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité – Christel PRADO – Juin 2014

²³ Chapitre 17 – le handicap et le travail (Concepts et définitions) – Willi MOMM et Otto GEIECKER – Bureau International du Travail

²⁴ National Disability Survey 2006: first results. Dublin, Stationery Office, 2008

Les chiffres du handicap en France

En France, en 2015, sur 12 millions de personnes touchées par le handicap :

- 80 % ont un handicap dit invisible,
- 13,4 % ont une déficience motrice,
- 11,4 % sont atteintes d'une déficience sensorielle,
- 9,8 % souffrent d'une déficience organique,
- 6,6 % sont atteintes d'une déficience intellectuelle ou mentale,
- 2 à 3 % de la population utilisent un fauteuil roulant.

Sources : INSEE, FIFHP, AGEFIPH, association française des aidants

Par conséquent, les données relatives au handicap ne peuvent fournir que des approximations et doivent être traitées avec la plus grande prudence. Cependant, l'élaboration d'une classification internationale a eu pour but d'harmoniser les modes de calcul. Ainsi, l'étude menée par la Banque mondiale et l'OMS mentionne que le handicap concernerait **plus d'un milliard de personnes à travers le globe**. Le handicap touche de manière disproportionnée les populations vulnérables, les plus démunies, et les minorités (femmes, ethnies, enfants, personnes âgées). Des chiffres font clairement apparaître une forte disparité entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement puisque **80 % des personnes en situation de handicap vivent dans les pays du Sud**. Parmi cette importante minorité, **190 millions de personnes seraient atteintes d'un handicap dit sévère**, c'est-à-dire qu'elles rencontrent de graves difficultés dans leur vie quotidienne : manque d'accès aux soins primaires, absences de services de prise en charge, de suivi et de réadaptation, limitation des accès aux lieux publics, aux transports, ainsi qu'à l'information.

Certaines communautés sont cependant plus touchées. Ainsi, la prévalence est plus forte chez les femmes, les communautés ethniques (image ci-contre : Disability and Communities pour les États-Unis²⁵) et chez les personnes âgées. Les données des enquêtes menées dans certains pays montrent que les enfants des foyers démunis et ceux appartenant à des minorités ethniques sont aussi significativement plus exposés au risque de handicap que les autres²⁶.

L'OMS a mis en avant une corrélation entre handicap et pauvreté. Les statistiques s'appuient sur le fait que les personnes ne travaillant pas, ayant un faible revenu ou un faible niveau d'éducation sont exposées à un risque accru de handicap.

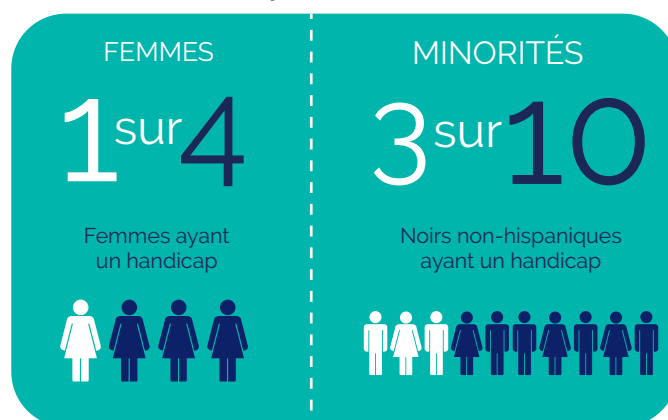
Selon l'OCDE, les personnes handicapées ont des revenus inférieurs à la moyenne de la population. En Norvège,

²⁵ Infographie sur les impacts du handicap en matière de santé - Center for Disease Control and Prevention - agence gouvernementale américaine sur les questions de santé - Septembre 2015

²⁶ United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children's Fund, 2008.

Suisse, Danemark, Finlande, Pays-Bas et Pologne, ils sont en moyenne inférieurs de 10 à 15 % alors que la proportion atteint 30 % en Irlande. En France, l'allocation adulte handicapée (AAH), dont le montant à taux plein est au 1^{er} avril 2017 de 810,89 euros et reste au-dessous du seuil de pauvreté fixé à 1008 euros en 2014.

Handicap et communautés



Source : Center for Disease Control and Prevention - 2015

Parallèlement, les coûts moyens de la dépendance pour les ménages, qu'ils soient liés au forfait hébergement (de 1 200 à 2 300 euros par mois en moyenne en France, environ 3 000 euros par mois en Espagne) ou à domicile (1 500 euros par mois en moyenne) restent inférieurs à la pension moyenne de 1 376 euros perçus par les 16 millions de retraités en France, laissant présager un accroissement de la paupérisation des personnes âgées en situation de handicap.

Le professeur Amartya SEN²⁷ a indiqué que le seuil de pauvreté pour les personnes handicapées devrait prendre en compte les dépenses supplémentaires qu'ils encourent dans l'exercice de ce pouvoir d'achat. Une étude au Royaume-Uni a révélé que le taux de pauvreté pour les personnes handicapées était de 23,1 % par rapport à 17,9 % pour les personnes non handicapées. Pour autant, dès lors que le calcul tient compte des dépenses supplémentaires associées uniquement au handicap, le taux de pauvreté pour les personnes handicapées augmente à 47,4 %²⁸.

A travers la notion de pauvreté, ce sont aussi les catégories professionnelles les plus fragiles qui sont les plus vulnérables face au handicap. En France, en 2008, d'après l'Observatoire des Inégalités, les individus dont la catégorie socioprofessionnelle est/ou a été ouvrier²⁹ ont en moyenne 38 % de risques en plus d'avoir au moins un handicap que la moyenne de la population de même sexe et de même groupe d'âge³⁰. C'est aussi dans ces pays industrialisés³¹ que les gens consacrent en moyenne environ 8 ans, soit 11,5 % de leur durée de vie, à vivre avec un handicap³².

²⁷ Économiste (Novembre 1933 -) prix Nobel d'économie pour ses travaux sur la famine, la théorie du développement humain et l'économie du bien-être. Il a beaucoup travaillé sur les mécanismes fondamentaux de la pauvreté et sur le libéralisme politique.

²⁸ Disability statistics : Facts on disabilities and disability issues - mise à jour le 26 janvier 2017

²⁹ Population âgée de 15 à 64 ans.

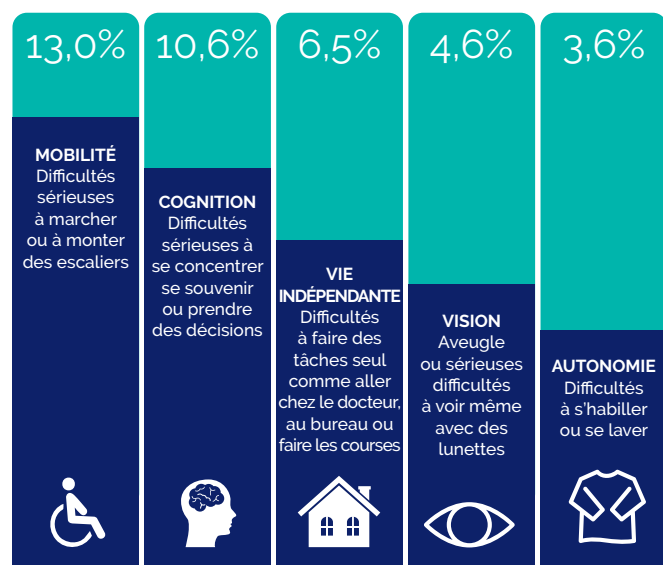
³⁰ Des catégories sociales inégales face au handicap - 7 février 2013 - Observatoire des inégalités

³¹ Pays où l'espérance de vie est de plus de 70 ans.

³² Disability Statistics : facts on disabilities and disability Issues - mise à jour en Janvier 2017 - Disabled World

En mars 2015, d'après l'OMS, 5 % de la population mondiale, soit 360 millions de personnes, souffraient d'une déficience auditive incapacitante³³. Un tiers des personnes touchées par ce handicap sont des personnes de plus de 65 ans. 285 millions de personnes vivent avec une déficience visuelle, dont 39 millions d'aveugles. Il est cependant difficile d'avoir des chiffres mondiaux caractérisant l'ensemble des données mondiales par type de maladie. L'exemple de la France, (les chiffres du handicap en France, page 10) , et des États-Unis (ci-dessous) permet cependant d'identifier des grandes familles de handicap.

Pourcentage d'adultes avec un handicap fonctionnel



Source : Center for Disease Control and Prevention- 2015

De nombreuses données sont également mises en évidence sur les conséquences du handicap. Ainsi, les discriminations restent encore fortes. Les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables aux abus. En Inde, la quasi-totalité des femmes handicapées ont été battues à leur domicile, et 25 % des femmes ayant une déficience intellectuelle ont été violées. La violence contre les enfants handicapés est quasiment 2 fois supérieure à celle subie par des enfants non handicapés³⁴. Selon des enquêtes menées dans 14 pays, les différences entre les pourcentages d'enfants handicapés et non-handicapés fréquentant les écoles primaires vont de 10 % en Inde à 60 % en Indonésie. Au niveau du secondaire, les différences de fréquentation vont de 15 % au Cambodge à 58 % en Indonésie³⁵. Les pays européens ne sont pas en reste même si nombre d'entre eux ont mis en place des structures spécifiques de scolarisation.

Les personnes handicapées sont aussi largement victimes de discrimination au travail, renforçant ainsi la

situation de précarité et de pauvreté, susceptible d'aggraver le handicap. « *Les données de l'enquête sur la santé dans le monde montrent que les taux d'emploi pour les hommes handicapés (53 %) et les femmes handicapées (20 %) sont inférieurs à ceux des hommes (65 %) et femmes (30 %) non-handicapés* ». Selon une étude récente de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE)³⁶, les personnes handicapées en âge de travailler dans 27 pays souffrent d'un désavantage sensible sur le marché du travail et obtiennent de moins bons résultats que les personnes sans handicap en âge de travailler. Ainsi, le taux d'inactivité était environ 2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées que chez les autres (49 % et 20 %, respectivement).

Pour terminer, les personnes en situation de handicap sont particulièrement vulnérables aux carences de services tels que les soins de santé, la réadaptation, le soutien et l'assistance. D'après les données obtenues dans quatre pays d'Afrique australe³⁷, seulement 26 à 55 % des personnes bénéficiaient de la réadaptation médicale dont elles avaient besoin ; 17 à 37 % avaient les aides techniques nécessaires ; 5 à 23 % suivaient une formation professionnelle adéquate ; 5 à 24 % bénéficiaient des services d'aide sociale nécessaires. Des études dans les États indiens de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu ont montré qu'après le coût, c'est l'absence des services dans la région qui était la seconde raison la plus fréquente pour les personnes handicapées de ne pas aller dans les établissements de santé³⁸.

I.3 - Géographie

La géographie de la prise en charge du handicap tient comme souvent compte du niveau de développement. Seul grand point commun, malheureusement, la stigmatisation des personnes handicapées, qui, quel que soit le lieu où le handicap existe, prend des formes assez similaires³⁹. Quatre stratégies ont été mises en évidence dans la gestion du handicap dans les différentes sociétés⁴⁰.

I.3.1 - Les modèles liés à la gestion du handicap

Le premier modèle est celui de l'exclusion sociale qui est officiellement le moins dominant. Il est surtout le plus souvent soit non délibéré, soit peu admis socialement, ou publiquement. Dans ce modèle, il y a une rupture progressive plus ou moins brutale des liens sociaux, notamment familiaux et par effet domino, du travail ou de l'école. S'il est peu couramment admis, force est de constater que seuls 45 pays dans le monde ont une législation non discriminatoire ou en lien avec le handicap⁴¹.

³³ La déficience auditive incapacitante correspond à une perte d'audition supérieure à 40dB dans la meilleure oreille chez l'adulte et supérieure à 30dB dans la meilleure oreille chez l'enfant

³⁴ Disability statistics : Facts on disabilities and disability issues – mise à jour le 26 janvier 2017

³⁵ Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. The World Bank Economic Review, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021

³⁶ Sicknes, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

³⁷ Pays non précisé dans l'étude

³⁸ People with disabilities in India: from commitments to outcomes.

Washington, DC, World Bank, 2009

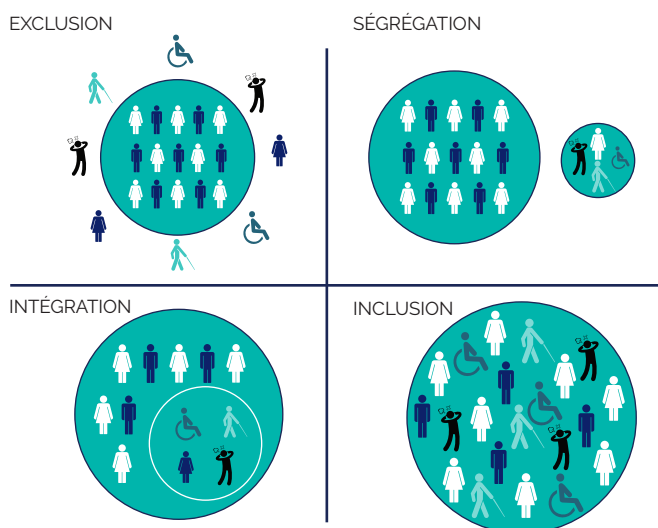
³⁹ VAN BRAKEL W.H. Measuring health-related stigma—a literature review. Psychology, Health & Medicine, 2006.

⁴⁰ Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité – Christel PRADO – Juin 2014.

⁴¹ La question du handicap dans l'expertise internationale - IDEFIE (Initiative pour le développement de l'expertise française à l'international et en Europe)

Le second modèle réside dans l'élaboration de lois et de règlements qui mettent à l'écart les individus concernés. Pas plus admis publiquement par certains États, il est pourtant souvent pris à partie par des associations de protection des handicapés, y compris dans les pays européens. Ainsi, le fait qu'en France une école peut refuser un enfant handicapé est toléré par la justice. Seuls 20 % en situation de handicap sont scolarisés dans une école ordinaire⁴². Historiquement, elle a privilégié la construction de lieux de vie, d'enseignements ou de travail spécifique aux personnes handicapées. « Or la convention relative aux droits des personnes handicapées condamne la ségrégation et oblige les États à favoriser l'inclusion⁴³ ». Les feuilles de route et les injonctions envoyées par l'OMS aux pays concernés ont entraîné le développement d'un modèle d'intégration, voire d'inclusion.

LES 4 MODÈLES DE GESTION DU HANDICAP DANS LA SOCIÉTÉ



Source : www.sollife.fr

Le modèle d'intégration est un processus long de rapprochement entre une personne, ou un groupe de personnes et un autre groupe de personnes plus vaste. C'est l'individu qui doit s'adapter à l'ensemble des comportements du groupe. La société publique cherche à compenser les difficultés rencontrées par la personne et à adapter cette dernière à son environnement. On retrouve ce modèle en France, en Belgique, en Allemagne et en République Tchèque, par exemple.

D'autres pays ont été plus loin en développant des politiques d'inclusion. Elles signifient que toutes les personnes quelles que soient leurs capacités ont la possibilité de participer pleinement à la vie de la société. « Les lois et règlements sont pensés et écrits pour tous. Les droits sont respectés et effectifs pour tous. Les devoirs sont identiques. Les différences de capacités entre les individus en situation de handicap ou non, sont reconnues et valorisées. L'inadaptation des services publics exclut les personnes en situation de handicap. Dans le domaine

scolaire, les personnes en situation de handicap sont scolarisées dans une école ordinaire dans laquelle l'organisation et les moyens sont adaptés à la situation de chacun. Les salariés en situations de handicap sont traités de la même façon et leurs conditions de travail et de recrutement sont adaptés : aménagements des locaux, assouplissements des horaires, mises à dispositions d'auxiliaires de vie⁴⁴ ». Ces modèles sont notamment présents dans les pays nordiques (Suède, Norvège), mais aussi en Italie, en Espagne, au Portugal, et aux États-Unis. Le Royaume-Uni et la Pologne développent un modèle mixant intégration et inclusion.

Là encore la qualification d'un pays vis-à-vis de tel modèle semble revêtir un aspect subjectif dès lors qu'aucun critère n'est établi pour définir des cadres précis et surtout que le rapport au handicap va dépendre de la capacité des États à prendre en charge les besoins associés. La comparaison entre les États est d'autant plus difficile que les systèmes de prise en charge sont très hétérogènes. La terminologie employée est caractéristique de cette hétérogénéité, notamment celui de « perte d'autonomie ». Si en France, il est utilisé spécifiquement pour désigner les personnes âgées, dans les pays anglo-saxons et nordiques, qui ont développé des politiques spécifiques à la dépendance depuis les années 1960⁴⁵, la perte d'autonomie est caractérisée par le besoin de soins et d'aide aux personnes. Depuis 1990, les autres pays industrialisés cherchent à développer des politiques similaires qui sont encore peu achevées et qui font encore l'objet de nombreuses réformes. Le cas des pays à faible revenu ou intermédiaires est encore plus complexe puisque les gouvernements ne sont pas en capacité de fournir des services adéquats et les prestataires de services commerciaux n'existent pas ou ne sont pas accessibles financièrement pour la plupart des foyers.

Des enquêtes sur la santé réalisées entre 2002 et 2004 dans 51 pays ont montré qu'il était plus difficile pour les personnes handicapées que les autres d'être exonérées des frais de santé ou d'obtenir des tarifs réduits.^{46 / 47}

1.3.2 - D'importantes inégalités Nord/sud dans la prise en charge du handicap

Les pays du Sud abritent la population la plus touchée par le handicap. En effet, d'après le rapport mondial publié par l'OMS en 2011⁴⁸, 80 % des personnes handicapées vivent dans les pays en développement. Le rapport met également en exergue le lien bidirectionnel existant entre pauvreté et handicap. Ainsi, l'OMS indique que seule une personne en situation de handicap sur deux a les moyens de se soigner. Si cette donnée ne cible pas les pays en développement, la capacité des

⁴² À propos de la ségrégation des personnes handicapées : pensez-vous comme moi ? - blog de l'Express - Décembre 2014

⁴³ Vers la fin de la ségrégation des personnes en situation de handicap - La libre Belgique - Décembre 2014

⁴⁴ Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité - Christel PRADO - Juin 2014

⁴⁵ Rapport : les défis de l'accompagnement du grand âge - Juin 2011 - Centre d'Analyse Stratégique

⁴⁶ Regional report of the Americas 2004. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004

⁴⁷ Regional report of Asia 2005. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005

⁴⁸ Rapport Mondial sur le Handicap, Organisation Mondiale de la Santé et Banque mondiale (2011). p. 28

pays riches à mobiliser des assurances publiques et privées pour la prise en charge reste plus aisée que dans les pays en développement. Il faut noter que l'accessibilité économique des services de santé et celle du transport sont les deux principales raisons qui font que les handicapés ne reçoivent pas les soins de santé nécessaires dans les pays à revenu faible : 32 % à 33 % des non-handicapés n'ont pas les moyens de s'offrir des soins de santé, contre 51 % à 53 % des handicapés⁴⁹.

D'après le rapport mondial sur la santé, le risque de se retrouver en situation de handicap est plus élevé pour les personnes vivant une situation de précarité. L'accès à une bonne alimentation, aux soins de santé, à de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité étant plus aléatoire⁵⁰. Ils n'accèdent qu'avec difficultés aux appareillages disponibles, qui peuvent pourtant réduire le handicap. Ainsi, alors que 360 millions de personnes souffrent de déficiences auditives (modérées à profondes), la production de prothèses ne répond qu'à 10 % des besoins sur le plan mondial et qu'à 3 % des besoins dans les pays en développement.

Champs des possibles :

L'intégration de solutions de micro-assurance spécifiques au handicap (au moins liées à certains types de handicap) permettrait de faciliter grandement l'accès aux soins dans les pays en développement. Elle limiterait l'impact fort que peut avoir ce risque dans de nombreuses familles.

Ce dernier constat se retrouve également dans les pays développés où l'impact du handicap est plus important chez les ménages à faibles revenus. Ensuite, le manque d'employabilité et d'accessibilité à la vie sociale entraîne l'exclusion et parfois engendre la pauvreté, y compris dans des ménages plus aisés. Cependant, les populations des pays développés ou industrialisés bénéficient de prises en charge, qui peuvent sembler incomplètes, mais qui n'existent pas ou peu dans les pays pauvres où la priorité est d'assurer l'accès aux ressources vitales pour la population.

Les pays du Nord sont cependant également touchés par les enjeux liés à la prise en charge du handicap. Une prise de conscience pour les pays dits riches doit s'effectuer puisqu'à titre d'exemple, la France, compte 9 millions de pauvres⁵¹. Les chiffres augmentent d'ailleurs puisqu'il a progressé 1,2 point en 10 ans pour le seuil de 60 %, et que plus de 800 000 personnes sont passées sous le seuil de 50 % depuis 2008⁵².

1.3.3 - Focus sur la notion de dépendance dans différents pays

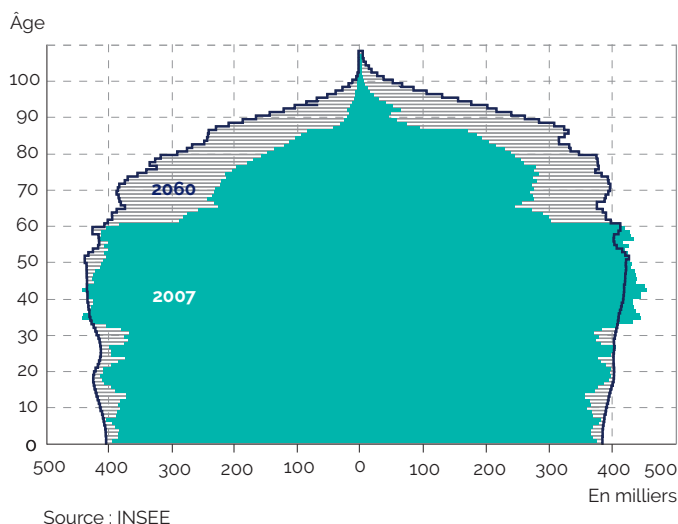
Alors même que l'OMS a fait *une classification du fonctionnement, du handicap et de la santé* publiée en 2001 et qu'il y a un consensus international derrière cette

grille, la France conserve une position originale sur la prise en compte du handicap et de la dépendance. L'approche française est dite causale, c'est-à-dire qu'elle examine l'origine du handicap, tandis que d'autres pays ont préféré avoir une approche finaliste où seules les conséquences du handicap sont prises en compte⁵³. La conséquence principale, en France, est que les interventions, financières notamment, sont distinctes selon qu'elles sont classées dans la catégorie « dépendance » ou « handicap ». Les politiques publiques françaises ont adopté une approche catégorielle (âge) et cloisonnée dans l'organisation de la prise en charge des personnes handicapées et dépendantes. De nombreux autres pays tiennent uniquement compte de cette capacité à interagir seul avec son environnement pour établir la notion de dépendance. Elle permet d'intégrer des publics d'âge complètement divers.

« Tout le monde, à un moment ou l'autre de la vie, aura une déficience temporaire ou permanente et ceux qui parviendront à un âge avancé connaîtront des difficultés fonctionnelles croissantes⁵⁴ ».

Or, la question de la dépendance va être prédominante notamment dans les pays industrialisés où le vieillissement de la population bouleverse les modalités de financement public. La revue Risques⁵⁵ a publié une comparaison internationale de la dépendance qui permet d'identifier 3 types de pays.

Pyramide des âges en France en 2007 et 2060



Les premiers sont ceux où la croissance de la dépendance sera forte. Il s'agit notamment de la France, des Pays-Bas et des États-Unis où les taux de croissance de leur population dépendante seront supérieurs à 40 % d'ici à 2020, sauf aux États-Unis, où il est tout de même évalué à 38,3 %. Le Japon devrait afficher un taux de 73,9 % en 2020. Les auteurs indiquent cependant que le lien entre augmentation de la population dépendante n'engendre pas forcément une augmentation du taux de préva-

⁴⁹ Handicap et santé - Aide-mémoire N°352 - Novembre 2016 - Organisation mondiale de la santé

⁵⁰ Peters DH *et al.* Poverty and access to health care in developing countries. Annals of the New York Academy of Sciences, 2008

⁵¹ Personne vivant sous le seuil de pauvreté de 50 % du niveau de vie médian

⁵² Un million de pauvres de plus en dix ans - 20 décembre 2016 - Observatoire des inégalités

⁵³ La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap - Thomas FRINAULT - 2005

⁵⁴ Rapport mondial sur le handicap - publié par l'OMS et la Banque Mondiale - 2011

⁵⁵ Comment provisionner le risque de dépendance - Pierre LAVERSANNE et Niousha SHABIDI - les cahiers de l'assurance - Septembre 2003

lence puisque les classes d'âge ayant un risque de dépendance vont augmenter. Au Canada et aux Pays-Bas, le taux de prévalence devrait même baisser. La dépendance n'est pas liée à l'âge mais davantage à la maladie. Cependant, le très grand âge peut être responsable de fragilité et favoriser ainsi la survenance de pathologies invalidantes (accidents cardio-vasculaires, maladies coronariennes, diabètes, maladies neurologiques, etc.) expliquant alors que la probabilité de devenir dépendant (encore appelée « prévalence de la dépendance ») augmente avec l'âge⁵⁶.

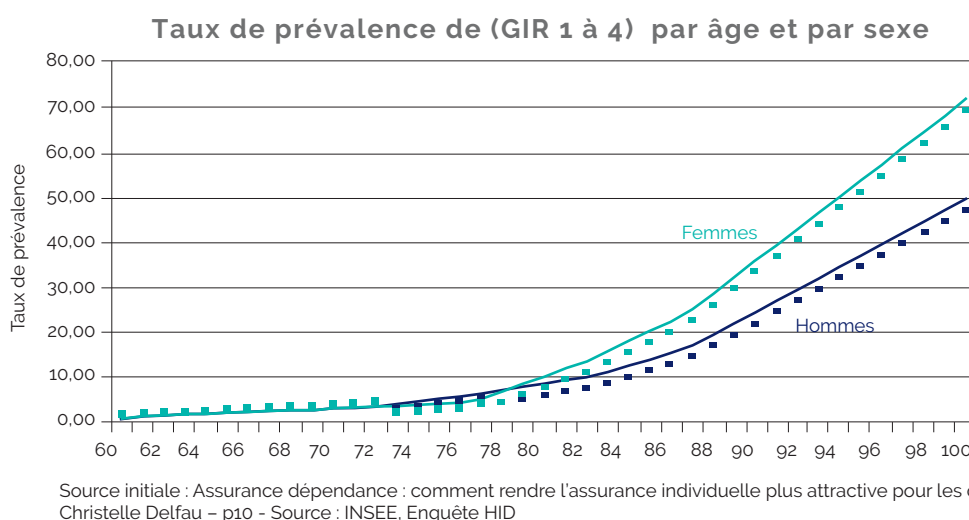
En France, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de près de 50 % d'ici à 2040 et la France devrait alors compter entre 1,4 et 1,6 millions de personnes dépendantes⁵⁷.

II - La prise en charge du handicap à travers le monde

II.1 - Définition et enjeux

Au-delà du handicap physique ou psychologique, ce sont principalement les handicaps environnementaux qui rendent l'inclusion des personnes en situation de handicap difficile.

Les produits d'assurance ont un rôle clé à jouer dans l'intégration des individus dans la société puisqu'ils leur permettent d'accéder à des biens (garantie emprunteur, assurance véhicule), à des services (assurance-vie, complémentaire santé), qui les protègent ainsi que leurs proches des conséquences de certains aléas de la vie quotidienne.



Les seconds sont les pays « à croissance moyenne », tels que le Royaume-Uni, l'Allemagne et la Suède, qui connaîtront une croissance de leur population de l'ordre de 20 %. Si la Suède et le Royaume-Uni devraient voir leur taux de prévalence baisser légèrement, notamment chez les hommes, l'Allemagne elle pourrait voir son taux augmenter. Les troisièmes sont ceux qui vont connaître une explosion de leur population dépendante. Il s'agit tout particulièrement du Japon, de l'Australie et du Canada.

Il reste pour autant difficile de comparer ces données pour la France car elles ne tiennent compte que des bénéficiaires de l'APA (Allocation pour la Perte d'Autonomie), les italiens incluent également les bénéficiaires de prestations en nature, tout comme les Pays-Bas. En Espagne, seules les personnes bénéficiant des services publics d'aides à domicile sont prises en compte, alors même que certaines ne sont pas forcément dépendantes.

Le produit assurantiel doit prévenir cette situation et en limiter l'impact lors de sa survenance. Or, les populations en situation de handicap ne sont pas égalitaires face à la disponibilité de ces offres, ce qui accroît encore plus le déséquilibre avec les personnes dites saines et le sentiment (voire la situation) d'exclusion. Comme mentionné dans l'introduction, les pays en développement se concentrent principalement sur la construction d'un marché de l'assurance privée. Pour cela, ils cherchent à institutionnaliser les produits d'assurance-vie sans forcément cibler leur attention vers des publics en situation de handicap, souvent couverts par des organismes publics (États, coûts caritatifs : associations).

À l'inverse dans les pays dits développés ou industrialisés, le marché de l'assurance est bien installé, et nombre d'individus bénéficient d'une couverture pour eux, pour leurs proches, pour leurs biens matériels et immatériels, rendant moins acceptable l'exclusion de certaines catégories de citoyens. Cette situation est d'autant moins admise que l'assurance n'est pas seulement présente pour couvrir sa vie ou celle de ses proches de manière spécifique (assurance-vie, complémentaire santé) mais elle est présente dans les actions du quotidien : conduire un véhicule, accéder à la propriété, louer un bien, partir en vacances. En outre, le handicap ne touche pas seulement la personne atteinte d'une déficience.

⁵⁶ Enquête Handicap Invalidité Dépendance – Insee ; graphique présent dans « assurance dépendance : comment rendre l'assurance individuelle plus attractive pour les clients et les assureurs ? » – Travaux de l'École Nationale d'Assurance – Christelle DELFAU - 2011. P10

⁵⁷ Prévisions INSEE suivant scénario retenu : hypothèse basse dans le premier cas, hypothèse haute dans le second. Graphique présent dans « assurance dépendance : comment rendre l'assurance individuelle plus attractive pour les clients et les assureurs ? » – Travaux de l'École Nationale d'Assurance – Christelle DELFAU - 2011. P12

Généralement, il a un impact également sur ses proches, qui peut être financier (participation aux frais médicaux, compensation de la perte de revenu), ou logistique (temps passé à accompagner la personne en situation de handicap, accueil au domicile...). Ces enjeux poussent les personnes en situation de handicap à vouloir accéder aux produits traditionnels de l'assurance pouvant couvrir ces risques et protéger leurs proches. À ce stade notons que les assureurs semblent encore majoritairement convaincus que la prétendue loi naturelle des statistiques est supérieure à une démarche de nature téléologique : la volonté d'intégration de tous dans la société y compris les personnes en situation de handicap. Cette attitude conduit à refuser de mesurer l'impact dans les tarifs d'assurance d'un changement des modalités de calcul de la péréquation. Ceci n'est pas sans rappeler les débats qu'avaient suscités la décision européenne d'interdire en assurance de dommages la discrimination fondée sur le sexe. Il est urgent que les spécialistes de la rationalité actuarielle contribuent à mesurer quel serait l'impact d'une solidarité choisie face à ceux qui confondent habitudes et prétendues lois naturelles.

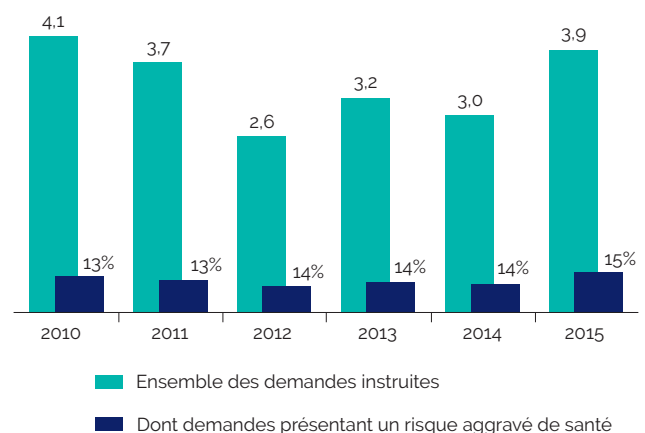
C'est notamment le cas avec les produits dédiés à l'assurance des personnes, qui couvrent les risques d'invalidité, de décès, liés aux accidents corporels ou aux maladies. Le produit de capitalisation qu'elle offre permet de prévenir le choc financier lié à l'un de ses événements (perte de revenus, frais médicaux, frais d'obsèques...), grâce aux versements d'un capital ou d'une rente viagère. Elle a pour objet de couvrir un aléa morbide, qui peut apparaître comme moins aléatoire chez certaines personnes en situation de handicap et qui complexifie leur possibilité contractuelle (questionnaire médical, surprime, exclusion de garantie...). Paradoxalement, alors qu'elle cherche à aider les personnes qui seraient touchées par le handicap, elles prennent souvent mal en compte les personnes déjà en situation de handicap et qui voudraient y souscrire.

Il en va de même pour les produits d'assurance santé. Les personnes souffrant de déficience motrice, intellectuelle, ou chronique ont des besoins de santé « primaires » ou « généraux » équivalents aux personnes considérées comme « valides ». Pour autant, elles ont deux fois plus de chance de trouver des prestataires sans compétence requise ou avec des installations insuffisantes. Elles sont mêmes susceptibles de se faire refuser les soins⁵⁸. Elles peuvent également avoir une demande de soins (médicaments, professionnels de santé,...) plus importante que les personnes valides. Or là aussi, alors que l'assurance santé vise à limiter les frais liés aux paiements des soins de santé, tout en facilitant l'accès aux soins pour améliorer la qualité de vie des bénéficiaires, les assureurs en fixent un cadre limitatif pour les personnes en situation de handicap.

« Le Défenseur des droits⁵⁹ souhaite que les assureurs ne fassent plus de discrimination quand il s'agit de personnes handicapées, qui ont un risque de santé aggravé⁶⁰ ».

Pour terminer, les enjeux de mobilité, d'accessibilité des services sont essentiels à l'inclusion des personnes handicapées dans la société. Comme cela est mentionné préalablement, le rapport de l'OMS pointe principalement l'environnement comme source du handicap plutôt que la situation médicale pure. En effet, il est essentiel d'avoir un véhicule (et donc une assurance) pour se rendre à son travail, participer à des activités de loisirs, ou simplement se rendre en autonomie chez un professionnel de santé. Il est nécessaire, même si cela n'est pas juridiquement obligatoire, d'avoir une assurance pour acheter un bien (garantie emprunteur) ou pour louer un appartement/maison (responsabilité civile). Il s'agit ici des assurances dites IARD (incendie, accident, et risques divers), qui couvrent les biens matériels (locaux, meubles, équipements, véhicules...) contre des dommages volontaires causés par des tiers ou des dommages involontaires.

Demandes d'assurance de prêts en France (en millions)



Source : FFSA

Les assurances présentées peuvent toutes intervenir pour prévenir le risque et le couvrir avant sa survenance et créer un cercle vertueux, par opposition au cercle vicieux bidirectionnel mis en évidence par l'OMS (cf. définitions) et ainsi participer au bien-être global des personnes en situation de handicap. Pour autant, alors même qu'une majorité de pays impose des assurances obligatoires pour différentes activités quotidiennes, les limites restent encore nombreuses pour permettre cette inclusion universelle.

II.2 - Les limites

Le paradoxe important que soulève le lien entre handicap et assurance est que cette dernière est souvent sollicitée pour prévenir d'un risque de handicap (comme

⁵⁸ Rapport Mondial sur le Handicap, Organisation Mondiale de la Santé et Banque mondiale (2011)

⁵⁹ Institution de l'État indépendante, créée en 2011 et dirigée par Jacques TOUBON qui a pour mission de défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés et permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits.

⁶⁰ 10 ans d'actions pour la défense des droits des personnes handicapées ; 2005 - 2015 ; le Défenseur des droits

conséquence d'une maladie, d'un accident...) mais est particulièrement limitative pour les personnes qui souhaitent y souscrire alors qu'un précédent risque est avéré. Le CISS⁶¹ indiquait que le handicap constitue un obstacle important dans l'accès à l'assurance, surtout en ce qui concerne les assurances de personnes⁶². Cela est particulièrement vrai à trois égards : les questionnaires médicaux qui vont limiter l'accès des personnes atteintes de déficience à une assurance pleine et entière à un tarif abordable, l'accessibilité physique du contrat d'assurance et la nécessité tant pour l'assureur que pour l'assuré de se projeter à long terme pour couvrir un risque, toujours incertain.

II.2.1 - Des mécanismes d'évaluation des risques provoquant des inégalités :

L'exemple de la garantie emprunteur et de l'assurance-vie

Dans la grande majorité des pays où le secteur de l'assurance est établi, l'accès à différentes couvertures se fait après avoir répondu à un questionnaire médical. Il s'agit d'une pratique, qui « permet de vérifier si l'assuré remplit les conditions d'accès à l'assurance, de révéler les facteurs prédictifs d'une réalisation précoce du risque et enfin de contenir le risque immédiat »⁶³.

Il faut faire prendre conscience que l'application sans discernement de cette prétendue loi naturelle des statistiques conduit à maintenir la tarification à un niveau supportable pour la majorité des personnes « normales ». Ceci conduit à faire subir aux « handicapés » une double peine : l'exclusion assurantielle en sus de celle liée au handicap ;

C'est le cas pour certains produits d'assurance-vie ou encore pour la garantie emprunteur. Selon les réponses apportées par la personne en situation de handicap, sa demande peut être classée dans les « demandes présentant un risque aggravé de santé » et faire l'objet de surprimes, d'exclusion de garantie voire même être refusée. Aux États-Unis, une personne handicapée peut souscrire un contrat d'assurance-vie, uniquement si elle n'est pas atteinte d'une maladie « immédiatement » mortelle (l'arthrite, diabète seulement s'il est contrôlé, troubles digestifs, cécité). Cette pratique protège particulièrement l'assureur mais ne tient pas compte des progrès de la médecine, et des efforts individuels fournis pour conserver un niveau de santé élevé. Elle ne tient pas compte non plus des possibilités de rémission liées à certaines maladies. Ainsi, en Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni les majorations peuvent aller de 400 % à 600 % des primes standards. Un certain nombre d'assureurs ont cependant pris en compte ces évolutions. Ainsi, au Royaume-Uni des courtiers se sont spécialisés dans l'assurance des personnes séropositives.

Parallèlement, les États et les assureurs, parfois conjointement, ont développé un droit à l'oubli. Deux décrets

de février 2017 ont également mis en place ces modalités en France pour les anciens malades du cancer ou de l'hépatite C dans le cadre spécifique des garanties-emprunteurs⁶⁴. La garantie-emprunteur intervient lors de la souscription d'un prêt le plus souvent immobilier. Elle permet à l'emprunteur de se protéger contre les différents risques susceptibles d'empêcher le remboursement de ses mensualités⁶⁵. Alors que certains pays en ont fait une obligation légale (Brésil, République Dominicaine), en France, ce sont les prêteurs qui en font une exigence contractuelle, et notamment pour les risques invalidité et décès. *A contrario*, au Danemark et au Royaume-Uni, l'obligation n'existe pas puisque le marché se caractérise par des emprunts hypothécaires⁶⁶. La garantie porte donc davantage plus sur le bien acquis que sur la capacité de l'emprunteur à rembourser son emprunt. Certains assureurs ont également pris le parti de ne pas faire réaliser de tests médicaux. C'est le cas des « Guaranteed Issue Life insurance »⁶⁷. Elles sont cependant limitées aux prestations décès et ont un coût plus important. C'est également le cas pour « Insurance Life »⁶⁸, mais dont les prestations décès sont faibles.

Champs des possibles :

Comme au Danemark et au Royaume-Uni, la prise en compte du bien emprunté, ainsi que l'évaluation des capacités de remboursement et la possibilité d'hypothéquer le bien ne peuvent-elles pas être envisagées pour assurer les personnes dites à risque ?

Dans les pays où l'assurance pour un prêt est obligatoire, l'assuré déclare son état de santé dans un questionnaire, qui permet de détecter les éventuels risques. En France, ce dernier est examiné par un service médical spécialisé, qui va donner son avis. Si l'avis n'est pas favorable, un service spécifique pour « les demandes présentant un risque aggravé de santé » est consulté et doit proposer une solution adaptée (surprime, exclusion de garantie, et dans quelques cas, refus d'assurer⁶⁹). La mise en place de tout ce dispositif est liée à la convention AERAS⁷⁰, signée en 2007, puis renégociée en 2011, afin de faciliter l'accès aux assurances-emprunteurs pour les personnes en situation de handicap, en obligeant les assureurs à justifier leur refus.

Dans la grande majorité des pays, il s'agit d'un questionnaire déclaratif transmis par l'assuré. En Italie, les modalités d'évaluation des risques vont dépendre du projet (somme empruntée). Trois modalités peuvent alors être mises en place : déclaration du bon état de santé, questionnaire médical, ou rapport d'examen médical. Au Danemark, dans le cadre des prêts immobiliers, la demande sur l'état de santé d'un assuré est transmise directement au médecin traitant.

⁶¹ CISS : collectif inter-associatif sur la santé

⁶² Accès à l'assurance des personnes malades ou en situation de handicap – CISS 2016

⁶³ David DUBOIS, Directeur du développement RGA, séminaire EFE « Assurance dépendance » - Octobre 2010

⁶⁴ Prêts : le « droit à l'oubli » entre en vigueur pour les anciens malades du cancer – Le Monde – 15 février 2017

⁶⁵ Spécificités et enjeux de l'assurance emprunteur – Camille CHAPUIS – 2013

⁶⁶ Prêt accordé, par une institution financière, dans lequel le bien immobilier constitue une garantie de paiement de la dette.

⁶⁷ Produits d'assurance-vie

⁶⁸ Assurance proposée par l'employeur

⁶⁹ En 2015, 3 % des demandes présentant des risques de santé aggravés ont fait l'objet d'un refus total d'assurance (FFSA)

⁷⁰ S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé

Champs des possibles :

Le handicap est souvent subjectif lorsqu'il est déclaratif (cf. Introduction). L'intervention en amont d'un professionnel de santé permet de mieux appréhender l'état de santé de l'assuré, d'optimiser l'évaluation du dossier et de prendre ainsi les décisions en ayant une meilleure connaissance des risques liés à la santé de l'assuré. La question qui se pose alors est de faire appel au médecin traitant, qui connaît bien l'assuré (et peut, faire preuve de subjectivité) ou au médecin-conseil de l'assureur comme c'est le cas en Italie ou au Royaume-Uni pour les demandes complémentaires.

Les États-Unis réalisent également des questionnaires. Ces derniers ne se concentrent cependant pas uniquement sur l'état de santé et prennent en compte les revenus et l'environnement des personnes assurées. Cette pratique ne s'applique pas seulement aux garanties-emprunteurs mais également aux autres types d'assurance.

Champs des possibles :

La France tient surtout compte de l'état de santé des personnes. Or, d'après l'OMS, le handicap se définit beaucoup plus largement. N'est-il pas envisageable d'avoir des questionnaires plus exhaustifs et n'incluant pas uniquement des questions liées à la santé, mais à la situation familiale, l'existence d'une activité professionnelle, sa participation à la vie sociale, ses habitudes alimentaires et sportives, l'interaction entre les patients et les professionnels de santé⁷¹...

Ces questionnaires médicaux sont également inclus dans le cadre des assurances voyage/rapatriement. Les contrats contiennent, en effet, des clauses d'exclusion de la prise en charge des pathologies préexistantes à la signature du contrat ou du départ en voyage, excluant alors de la garantie une personne en situation de handicap. Ces exclusions peuvent parfois remettre en cause le projet ou lui ajouter un coût supplémentaire dissuasif.

« Elle [la convention AERAS] n'impose pas aux professionnels d'assurer les emprunteurs, elle ne dissuade pas de proposer des surprimes importantes ou de fixer des exclusions liées à une pathologie »⁷².

Des surprimes et des exclusions de garanties dissuasives

L'évaluation médicale entraîne des surprimes, ou des exclusions de garantie. Dans le cas des surprimes, elles sont souvent dissuasives puisque le site AERAS info mentionne que dans 25 % des cas, elles sont supérieures à 50 % de la prime standard. Le site indique également qu'un nombre de primes (aucun chiffre n'est précisé) sont supérieures à 100 % voire 200 % de la prime standard. Le coût du crédit devient alors prohibitif et fait alors échouer les demandes.

Dans le cas des exclusions de garantie, si les assurés acceptent souvent ce risque, il peut avoir des conséquences sur la famille. Ainsi, un prêt immobilier couvert partiellement peut engendrer un risque pour les proches (conjoint, ascendants, descendants....).

Champs des possibles :

Est-il possible d'imaginer une couverture assurantielle prise en charge par un proche (sous forme de micro-assurance ou de réassurance) et qui permettrait dès lors de le couvrir face aux risques liés à un parent handicapé dans le cadre notamment d'une garantie emprunteur ?

Champs des possibles :

Est-il possible de transformer les questionnaires médicaux pour être utilisés comme un « Good health discount » ? La sélection médicale est une pratique incontournable pour la plupart des couvertures individuelles d'assurance de personnes (décès, emprunteurs, invalidité, dépendance,...). Elle reste fondamentale pour les assureurs afin qu'ils puissent maîtriser les risques. Certains assureurs ont développé des assurances emprunteur individuel sous le vocable de « preferred » ou « assurance préférentielle ». Le principe est basé sur le même modèle que celui déjà mis en place par les assurances Auto avec le système de bonus/malus. L'assureur Swiss life a ainsi mis en place un contrat Select Emprunteur.

II.2.2 - L'accès aux assureurs et à leurs produits limitant l'accès pour les personnes en situation de handicap

En effet, une des grandes causes de non-assurance réside dans le manque d'accès à l'information des personnes en situation de handicap. De nombreux obstacles gênent, en effet, cet accès tels que l'inaccessibilité des locaux pour les personnes à mobilité réduite, l'absence de contrat adapté aux déficients visuels sans assistance, l'absence de formation des assureurs/courtiers à la langue des signes, à la compréhension des maladies présentes.

La capacité même à signer un contrat est parfois remise en cause du fait d'un handicap physique qui peut être compensé par une délégation de signature. Malheureusement dans le cas des maladies mentales, certains contrats d'assurance sont totalement inaccessibles (assurance-vie notamment). En Israël, les contrats dépendance opposent des délais de carence de 3 ans avant toute prise en charge. Les américains excluent quant à eux les maladies d'Alzheimer ou autres maladies graves des assurances dépendance.

Pour autant, souvent incités par les États, les assureurs ont développé des produits spécifiques, qui même s'ils restent parfois imparfaits, permettent d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap.

⁷¹ Le suivi médical est un critère important pour la prise en charge des personnes atteintes d'une ALD (diabète, cancer...)

⁷² Mme G. PRINTZ, sénatrice de Moselle, question au gouvernement du 6 Novembre 2007.

II.3 - Les évolutions positives des produits assurantiels

La prise de conscience des assureurs vis-à-vis des besoins et du marché que représente la population handicapée a favorisé l'émergence d'assurance spécifique aux personnes en situation de handicap.

II.3.1 - Les produits d'assurance-vie spécifiques au handicap

Les produits d'assurance-vie cherchent à couvrir deux aléas : la disparition d'un proche, souvent la source principale de revenus dans la famille, et le paiement des frais liés aux funérailles, par le biais d'un produit de capitalisation qui peut être reversé sous forme de capital ou de rente viagère. Leur succès dans le cadre de l'assurance des personnes non touchées par le handicap s'explique principalement par le fait qu'elle viendra couvrir un aléa important qui peut mettre en difficulté une famille avec la perte d'un proche de manière brutale et imprévisible. L'imprévisibilité est cependant parfois moins aléatoire dans le cas des personnes souffrant d'un handicap.

Incités par les pouvoirs publics, les assureurs ont adapté les produits d'assurance traditionnelle aux personnes en situation de handicap à travers des produits d'épargne-handicap et de rente-survie.

Le contrat épargne-handicap est un contrat d'assurance-vie ayant une durée de vie effective de 6 ans minimum et garantissant à l'échéance le versement d'un capital ou d'une rente viagère à l'assuré atteint, au moment de l'ouverture du contrat, d'un handicap l'empêchant d'exercer normalement une activité professionnelle⁷³. Des avantages fiscaux⁷⁴ ont rendu ce dispositif attractif, puisqu'ils ne remettaient pas en cause l'accès aux autres formes de revenus disponibles dès lors que les abattements en fonction de l'âge étaient pris en compte⁷⁵. Il a la particularité d'être particulièrement adressé aux personnes handicapées puisque le demandeur doit spécifiquement justifier d'une « infirmité empêchant de se livrer dans les conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle⁷⁶ ». Cette option reste cependant limitée et ne s'adresse pas à toutes les personnes handicapées.⁷⁷ En France par exemple, la signature d'un contrat « épargne-handicap » a été interdite pour un majeur sous tutelle ou encore un malade mental, puisque ces derniers sont réputés incapables de contracter⁷⁸.

Le contrat de rente-survie fonctionne comme une assurance-décès destinée aux parents, ayant à leur charge une personne handicapée. Il ne faut pas entendre le terme de parents au sens restreint de la famille, mais au sens large. Peuvent ainsi être inclus (ascendant,

descendant, frère, oncle, neveu, ainsi qu'une personne à charge vivant sous le même toit). L'idée de ce contrat est d'assurer au bénéficiaire, qui ne peut être qu'une personne handicapée, un capital ou une rente viagère au décès du souscripteur. Alors que la France permet à un parent de conclure un contrat sans l'accord du bénéficiaire, les assureurs américains imposent que la personne bénéficiaire handicapée en soit informée.

Au-delà des produits, c'est également la prise en charge sur les produits traditionnels qui s'améliore.

II.3.2 - Des pratiques plus inclusives

Les assureurs traditionnels proposent de plus en plus d'adapter les assurances traditionnelles en conservant les tarifs standards et sans exclusion de garantie, mais en modifiant certaines conditions.

Les assurances américaines proposent aux assurés en situation de handicap de bénéficier d'assurance en acceptant quelques adaptations. Il est possible de réduire la période des prestations ou de reculer le moment où elle va commencer. Ainsi, si l'obtention des fonds est régulièrement prévue entre 30 et 60 jours dans le cas d'une assurance décès, elle peut être reculée à 90 jours et plus, dans la limite des 365 jours. Cela permet de baisser la prime. Cette solution reste cependant incomplète puisqu'il est essentiel que la personne ait une source de revenus/d'économies complémentaires pour couvrir les frais durant ce délai. Cela risque d'exclure un peu plus les populations handicapées les plus pauvres.

Il est également possible d'obtenir les mêmes garanties décès mais d'avoir des prestations mensuelles plus faibles en cas de rente. La personne doit alors avoir une bonne vision des coûts de la vie.

II.4 - Les produits d'assurance-dépendance

II.4.1 - Enjeux

La mise à disposition de produits d'assurance santé pour les personnes en situation de handicap s'avère être un enjeu capital face à la volonté des pouvoirs publics et des instances internationales de faciliter l'accès aux soins, partout et pour tous et de permettre leur inclusion dans la société. Les offres des assureurs répondent ainsi à un objectif clé qui est de protéger financièrement les familles contre les chocs provoqués par le paiement des soins. Or, la situation des personnes handicapées entraîne souvent des besoins médicaux plus importants, et peut générer une perte d'autonomie, impliquant un besoin d'accompagnement et de prise en charge par des structures ou des professionnels dédiés plus forts. Les assureurs, fortement soutenus par les pouvoirs publics, ont pris conscience de cet enjeu, et proposent un dispositif spécifique : l'assurance-dépendance.

L'assurance dépendance s'adresse à toute personne qui souhaite se protéger et protéger ses proches des conséquences liées à la perte d'autonomie.

⁷³ Gestion de patrimoine et handicap – Déborah CHATAIN – 2013 – Archive ouverte pluridisciplinaire HAL

⁷⁴ Abattement de 25 % dans la limite de 1525€ par an.

⁷⁵ Les avantages méconnus que le fisc accorde aux handicapés – Johan DESCHAMPS – Capital.fr - Mai 2015

⁷⁶ Succession et handicap : un abattement cumulatif non négligeable – Mai 2014 – Maître Sabine HADDAD

⁷⁷ Life Insurance if on Disability (Find the best products and rates) – TermLife2go, courtiers américains spécialisés dans les produits d'assurance-vie.

⁷⁸ Gestion de patrimoine et handicap – Déborah CHATAIN – 2013 – Archive ouverte pluridisciplinaire HAL

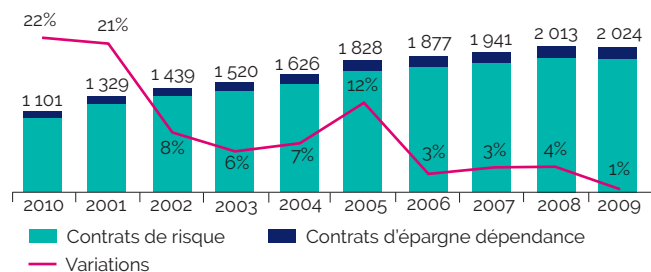
II.4.2 - Définition et historique

Qu'on parle d'assurance-dépendance, contrat prévoyance, garantie dépendance, il s'agit de contrats qui ont pour objectifs de faire face aux conséquences financières liées à la dépendance et à la perte d'autonomie (financement des soins, financement de l'accompagnement quotidien, du matériel...).

Le développement des produits dépendance s'est fait dans les pays industrialisés en complément des aides publiques (APA en France, Medicaid aux États-Unis,...). Or, de nombreux débats qui se sont posés sur la viabilité financière des systèmes publics ont permis une prise de conscience de l'ensemble de l'écosystème des enjeux.

Trois générations de contrats se sont succédés. La première proposait des couvertures en rente viagère pour la dépendance totale uniquement, alors que la deuxième incluait la prise en charge de la dépendance partielle, des garanties d'assistance, et le versement d'un capital immédiat (capital « équipement » ou « premiers frais »). Dans les différents pays qui ont mis en place ces contrats, une dernière génération de contrat a vu le jour permettant avec des contrats dit mixtes (contrats à fonds perdus et contrats d'épargne assurance). Ainsi, en plus des rentes viagères, des garanties en capital sont proposées sur un modèle forfaitaire⁷⁹ ou indemnitaire⁸⁰. Les prestations d'assistance sont toujours proposées avec un élargissement des services aux aidants⁸¹ et parfois des garanties de prévention.

Variation annuelle du nombre de têtes assurées entre 2000 et 2009



Source : FFSA : les contrats d'assurance dépendance en 2009

En 2015, en France, 1,6 millions de personnes sont couvertes. Les provisions s'élèvent à 4,8 milliards d'euros et les rentes mensuelles sont estimés à 582 euros⁸².

II.4.3 - Les retours d'expérience

La couverture des personnes en situation de handicap fait ressortir une difficulté partagée par les assureurs et les assurés : le manque de visibilité à long terme. Or, les solutions pour rassurer les uns et les autres sont différentes. Du côté des assureurs, la solution d'un contrat forfaitaire est assez confortable en termes de

risques puisque les besoins couverts sont identifiés à l'avance. Cependant, les sommes indemnisées peuvent ne pas être en adéquation avec les besoins effectifs de la personne dépendante, qui varient selon le type de dépendance, le degré de dépendance, l'environnement géographique ou social de la personne et l'évolution de la maladie. Les modèles indemnitaires américains ne sont pas plus rassurants pour les assureurs puisqu'ils posent le problème de l'aléa moral incitant à la dépense de soin. Par ailleurs, la difficulté à anticiper les hausses des tarifs des soins, des médicaments, des lieux d'accueil rend particulièrement complexe la provision de cette assurance. Les assureurs américains ont alors plafonné les remboursements par le biais de limitation journalière, mensuelle, et dans le capital versé. Or aujourd'hui, ce sont des éléments moins pris en compte dans l'évaluation des risques. Le développement de rente viagère en France et aux États-Unis ne semblent pas encore pouvoir pleinement satisfaire les assurés, qu'elle soit forfaitaire (France) ou indemnitaire (États-Unis). L'assureur n'est engagé que sur une durée et une somme limitée (rente mensuelle définie ou capital plafonné). L'assureur ne porte donc pas le risque de survie en dépendance. L'inconvénient majeur pour l'assuré est qu'il ne tient pas compte de l'espérance de vie et donc l'arrêt de la garantie pourrait de nouveau remettre en cause l'équilibre social et financier de ces ménages. Par exemple, les personnes atteintes de trisomie vivaient rarement au-delà des 30 ans dans les années 1970. Aujourd'hui, leur espérance de vie se situe entre 50 et 60 ans⁸³. Leurs besoins de santé et au quotidien vont donc évoluer. Du côté des assurés, en plus de l'absence de couverture éventuelle de tous leurs frais de santé, le principe de la cotisation à « fonds perdus » est l'un des principaux freins vis-à-vis d'un risque qu'ils ne maîtrisent pas. Cependant, le développement de solution mixte (forfaitaire et indemnitaire) permet à l'assuré de retrouver son « investissement » du moins partiellement, si le risque de dépendance ne survenait pas. Le principe contractuel est que l'assuré paie une cotisation pour un contrat d'épargne, de type assurance vie. Un pourcentage réduit de cette assurance-vie est intégré sur un « compte dépendance ». Ce dernier est également alimenté par les intérêts générés par le produit d'assurance-vie. Cela permet donc aux assurés d'avoir une visibilité plus grande, tout en pouvant débloquer des fonds rapidement pour une prise en charge immédiate de certains besoins (équipements de la maison, matériels médicaux...).

II.4.4 - Les limites

En France, les ventes de ces contrats d'assurance s'essoufflent depuis les années 2000⁸⁴ (cf. image ci-contre « variation annuelle du nombre de têtes assurées entre 2000 et 2009 »).

Besoin de sensibiliser les assurés sur l'intérêt de l'assurance dépendance

Les français sous-estiment encore largement leur risque de dépendance. Ainsi, parmi les personnes nées entre

⁷⁹ Modèle français, qui prévoit le versement d'un capital, prime ou rente, fixé à l'avance, quelles que soient les sommes engagées par les personnes dépendantes

⁸⁰ Modèle américain qui consiste à prendre en charge les frais réels engagés dans les dépenses relatives à la dépendance

⁸¹ Personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut être prodiguée de manière plus ou moins régulière, sur des périodes plus ou moins longues voire de façon permanente

⁸² Chiffres clés des contrats de garantie principale et unique dépendance des sociétés d'assurance en 2015 – FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance)

⁸³ Personnes handicapées vieillissantes, le cri d'alarme des familles – La Croix, Juin 2013

⁸⁴ FFSA/GEMA – « les contrats d'assurance dépendance en 2009 » aspects quantitatifs, avril 2010

les années 1940 et 1964, qui atteignent l'âge de 60 ans, 41 % connaîtront au moins une année de dépendance. Or, aujourd'hui, les français se pensent couverts par les autres solutions assurantielles, par la Sécurité sociale et par le soutien familial, tout comme nombre de leurs concitoyens étrangers⁸⁵ (cf. tableau sur le besoin des consommateurs US en assurance dépendance) et n'envisagent pas cette couverture. Cependant, ils se sentent de plus en plus concernés par cette problématique puisque 77 % des français se disent particulièrement concernés à titre personnel et 81 % pour leurs proches⁸⁶. 54 % des allemands ont classé cette crainte comme la cinquième plus grande crainte sur les principales préoccupations des citoyens⁸⁷.

Les principaux freins sont psychologiques (accepter que le risque se produise) et financiers (contrats à fonds perdus). En Allemagne, la dépendance est institutionnalisée puisqu'elle correspond au 5^{ème} pilier de la sécurité sociale et rend obligatoire l'assurance-dépendance.

Aux États-Unis, pour éviter ce travers, des assureurs tels que GENWORTH ou John HANCOCK investissent chaque année dans des enquêtes sur les coûts de la dépendance à domicile et en établissement. Ces enquêtes sont ensuite largement reprises dans la presse et les brochures gouvernementales. En Espagne, où le sujet peut également être tabou, l'axe de communication retenu est de ne pas faire apparaître l'âge précis mais simplement de le suggérer. Les assureurs communiquent avant tout sur le confort, la dignité et la tranquillité d'esprit.

Champs des possibles :

Développer un système incitatif sur le même modèle que les chèques santé, appliqués au domaine de l'assurance-dépendance.

Les critères de définition de la dépendance

Le point de vigilance important pour les assurés en matière d'assurance, et plus spécifiquement de dépendance est de bien comprendre les risques couverts. En effet, la définition de la dépendance et plus spécifiquement lorsqu'elle est partielle, peut avoir des conséquences importantes sur les contrats souscrits. Or, aujourd'hui, il est particulièrement difficile de comparer les pratiques et les couvertures puisqu'elles se basent sur des échelles d'évaluation différentes : échelle de KATZ, grille AGGIR⁸⁸, GDS⁸⁹, MMS⁹⁰, indicateur EHPA, etc. Par ailleurs, chacune d'elles a des spécificités, des typologies d'utilisateurs (médecins, professionnels de santé, banques et assurances...), qui peuvent varier selon les pays, rendant

difficile la comparaison pour les assurés des différents produits présents sur le marché, compliquant la tâche des assureurs pour évaluer le risque à long terme et prendre en charge sereinement les assurés.

Les assurances dépendance peuvent prendre des axes de couvertures d'autant plus différents qu'elles ne s'adressent pas toujours au même public (handicap, personnes âgées). Les pays européens ont sur la question de la dépendance un fort tropisme pour les personnes âgées.

En Allemagne, la dépendance est évaluée selon 3 degrés : dépendance substantielle, dépendance forte, dépendance sévère. Deux cas extrêmes ont été ajoutés et notamment le degré 0 lié aux déficiences mentales qui n'entraient pas dans les cases I, II, III. De leur côté, les assureurs espagnols vont appliquer un barème de point sur la base de réalisation de 10 activités, divisées en 10 sous-activités : manger et boire (ouvrir des bouteilles et boîtes de conserve, couper ou trancher la nourriture, porter le verre à la bouche...), contrôles des fonctions urinaires et ano-rectales, prendre un bain, s'habiller, mobilité à l'intérieur de la maison, mobilité à l'extérieur de la maison, etc. Pour chacune de ces activités un coefficient lui est affecté selon qu'il y a un besoin ou non d'aide, de supervision, d'assistance physique ou spéciale. Cette classification ne tient alors pas compte de la maladie mais du degré de dépendance et de perte d'autonomie. En Israël, ce sont les systèmes des AVQ (activités de la vie quotidienne) qui sont pris en compte dans la catégorisation des dépendances.

Champs des possibles :

Mettre en place un parcours de soins obligatoire dans le cadre des assurances dépendance (ou d'autres assurances), afin d'anticiper voire de retarder le passage en dépendance et de mesurer l'évolution de la maladie. Le parcours de soins pourrait être effectué tous les 4 ou 5 ans en dessous d'un certain seuil puis plus régulièrement au-dessus de seuils supérieurs, et inclurait des examens en lien avec les risques de maladies provoquant la dépendance, dépistage des différents cancers, détection des maladies cardiovasculaires et mentales -Alzheimer..., et qui proposerait des sensibilisations aux activités de bien-être (hygiène alimentaire, conduite addictive, pratique sportive...).

Les produits d'assurance handicap et/ou dépendance restent encore largement inégalitaires. Si leur démocratisation inquiète les acteurs du marché (assureurs et États), les dispositions actuelles laissent encore de grandes distinctions selon les types de handicap et notamment vis-à-vis du handicap mental, ainsi qu'en fonction des sources de revenus. La question de l'accès à certaines assurances, avec ou sans surprimes, se pose. Le marché reste cependant récent et la coopération entre les acteurs publics et privés, et l'interaction nécessaire avec les consommateurs peuvent participer grandement à la croissance de ce marché.

⁸⁵ Assurance Dépendance, Focus 2012, L'assurance dépendance privée et publique, aux États-Unis - SCOR

⁸⁶ Baromètre de la Banque Postale Prévoyance et la Tribune, 3^{ème} vague, Novembre 2009. Étude réalisée entre le 23 et le 30 Novembre 2009, auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 35 à 75 ans, selon la méthode des quotas.

⁸⁷ L'assurance-dépendance privée et publique : comparaison internationale – Octobre 2012 – SCOR Life.

⁸⁸ Grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource)

⁸⁹ Geriatric Depression Scale - questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez les personnes âgées

⁹⁰ Mini Mental Test - test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne.

FOCUS 1

France PERTE D'AUTONOMIE

« Être autonome demain : un enjeu de société »

Introduction

Par Monsieur Patrick GOHET, Adjoint du Défenseur des droits en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité

L'avancée en âge, un défi à relever !

L'espérance de vie augmente ! Qui s'en plaindrait ?

Pour autant, ce phénomène place la société française dans la catégorie de celles que l'on qualifie de « vieilles » ! Par ailleurs, le plus souvent, il se traduit pour les bénéficiaires par une perte d'autonomie, l'apparition de pathologies liées au vieillissement, un besoin d'accompagnement, voire de protection...

En dépit de la législation sur l'adaptation de la société française au vieillissement et des incontestables progrès qu'elle induit, la situation et les besoins recensés appellent des mesures complémentaires.

Chez le Défenseur des droits, parmi les saisines individuelles qui lui parviennent au titre de la lutte contre les discriminations, 5,7 % concernent le critère de l'âge, 4,6 % celui de la perte d'autonomie.

Il est donc indispensable de poursuivre et d'amplifier la mobilisation de la société française autour de cette question du vieillissement. C'est d'une véritable stratégie dont elle a besoin. Les études menées sur ce sujet et les propositions formulées conduisent à penser qu'elle doit reposer sur les quatre phases suivantes : l'anticipation, la prévention, le repérage et l'accompagnement.

Quelques remarques préalables s'imposent.

Nos concitoyens âgés aspirent à vivre le plus longtemps possible à domicile. Ce qui suppose des solutions d'aide adaptées, durables et évolutives. L'aide à domicile est essentielle. Aujourd'hui, de l'avis même des prestataires, elle n'est pas à la hauteur des attentes et des besoins. La formation des professionnels, la prise en charge financière des prestations, la coordination des diverses catégories d'intervenants auprès des bénéficiaires sont autant de questions qui appellent de compléter et de parfaire le dispositif existant.

Les aidants familiaux et les proches aidants ont besoin d'être reconnus, protégés et aidés. Les mesures prises

à leur égard dans la loi citée plus haut ne suffisent pas. Leur demande de reconnaissance d'un « statut » est fondée, sous réserve de le définir précisément, notamment par rapport à celui des professionnels spécialisés.

Les publics concernés ne sont pas uniformes. Aussi convient-il de distinguer les prestations apportées à domicile de celles servies en établissements. C'est notamment le cas pour les personnes en situation de handicap.

Dans tous les cas de figure le passage du domicile à une institution spécialisée appelle des formules d'adaptation comme l'accueil temporaire.

Le vieillissement s'accompagne parfois de la perte de certains moyens d'autodétermination qui rend nécessaire d'être protégé. À cet égard, notamment en application de la Convention internationale des droits des personnes handicapées que la France a ratifiée, il importe de passer progressivement d'un système de « décisions substituées » à un dispositif de « décisions accompagnées ».

Le propos ne serait pas complet s'il n'évoquait pas la contribution prévoyante de chacune et de chacun au financement de ses futurs besoins. Des dispositifs existent qui appellent d'être adaptés, notamment pour convenablement préciser ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui dépend de la prévoyance, individuelle ou collective.

Une politique de l'avancée en âge est impérative puisqu'il s'agit, pour encore longtemps sans doute, d'un phénomène inévitable pour chaque être humain. Ceci étant, il intervient à des âges différents et prend des formes diverses. En toute hypothèse, il se traduit par la réduction ou la disparition de certaines capacités.

Pour qu'une politique du vieillissement soit admise comme indispensable, il est nécessaire de changer le regard que la société française porte sur l'âge et qu'elle en ait une approche plus positive.

Vieillir ne signifie pas systématiquement ne plus vouloir et ne plus savoir agir au sein de la Cité. Vieillir ne veut pas dire uniquement dépendre des autres. Vieillir, c'est aussi vouloir transmettre des expériences ainsi que des savoir-faire et des savoir être aux jeunes générations. Vieillir n'interdit pas de comprendre et d'accompagner les acteurs du monde d'aujourd'hui et de demain.

Le financement du « 5^{ème} risque » : un sujet d'actualité

Après la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dans les années 2000, de nombreuses réflexions et rapports ont été publiés en France sur la manière de couvrir le « 5^{ème} risque », celui de la perte d'autonomie. Un « débat national sur la dépendance » a été lancé par le Gouvernement en 2011, mais la réforme attendue a été abandonnée, en raison de contraintes financières lourdes. En décembre 2015, la Parlement a voté la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV). Favorisant une approche transversale à l'ensemble des politiques publiques, ce texte, entre autres avancées, dynamise la prévention individuelle et collective, revalorise (APA) à domicile, favorise les logements intermédiaires et l'adaptation des logements privés. La loi ASV apporte aussi une première reconnaissance aux proches aidants (droit au répit, congé non rémunéré) et renforce les droits et libertés et la participation des âgés. Les mesures nouvelles (environ 700 M €) sont financées par une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) prélevée depuis avril 2013 sur toutes les pensions des retraités imposables (au taux de 0,3 %). Évoquée pendant la campagne présidentielle 2017, la question du financement pérenne du risque perte d'autonomie reste posée.

L'autonomie au cœur des préoccupations des Français

Selon l'étude Santé 2017 du cabinet Deloitte (sondage réalisé par Opinion Way pour Deloitte, mars 2017), la perte d'autonomie est la 1^{ère} préoccupation santé des Français dans le cadre de l'élection présidentielle. Cette préoccupation est confirmée par le Baromètre OCIRP Autonomie publié en janvier 2017, qui indique que plus des trois quarts des Français considèrent que la perte d'autonomie est un sujet primordial ou important.

Cette prise de conscience est certainement liée au fait que, compte tenu du vieillissement de la population et de la progression de l'espérance de vie, chacun(e), quel que soit son âge, est ou sera concerné par la perte d'autonomie, directement ou indirectement, en tant qu'aidé ou en tant qu'aidant. Bien vivre, c'est, plus que jamais, bien vieillir.

L'autonomie est aussi un enjeu financier pour les familles. Il est difficile d'évaluer avec précision le coût et le reste à charge moyen de l'aide à l'autonomie pour les familles, à domicile et en établissement. Selon l'Association des Directeurs au service des personnes Agées (AD-PA), en établissement, le prix moyen de l'hébergement payé par la personne âgée ou sa famille est de 70 € par jour. Le coût moyen d'une journée en EHPAD, y compris la part payée par l'Assurance Maladie et par le Département via l'APA, est évalué par la CNSA entre 80 et 143 € (soit 2 400 à 4 290 €¹ par mois). La question du reste à charge est donc centrale.

Les finances publiques et les comptes sociaux seront impactés. Le nombre de personnes en perte d'autonomie va doubler en France d'ici 2060² et, selon certaines estimations, « les besoins de financement du risque dépendance seront, selon toute vraisemblance, supérieurs à ceux du risque retraite après 2050³ ». Sur cette question du financement, le Conseil d'analyse économique indiquait, en octobre 2016⁴ que « la principale question est donc avant tout celle de la répartition de l'effort de financement entre part publique et part privée (...). »

La perte d'autonomie, en tant que risque, est également un défi pour les assureurs. Comment évaluer ce risque ? Comment vont évoluer l'espérance de vie sans et avec incapacité, la demande sociale, la réglementation ?

Perte d'autonomie : éléments de définition

« La notion même de 'dépendance' ne fait pas l'objet d'une définition stable et universellement admise »⁵.

■ Pour la loi française (article L232-1 du code de l'action sociale et des familles) le manque ou la perte d'autonomie correspond à la situation des personnes âgées qui, « *nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.* » Il est à noter que depuis la loi du 20 juillet 2001 relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, les politiques publiques françaises privilégient la notion d'autonomie – ou de perte d'autonomie – par rapport à celle de « dépendance ». Plus positive et plus transversale, la notion d'autonomie intègre la capacité et la liberté individuelles de décider ce qui est bon pour soi et facilite les comparaisons internationales. Comme le rappelle Édith Bocquaire dans l'ouvrage *Relever les défis de l'assurance dépendance* (éditions L'Argus de l'assurance, 2014), la perte d'autonomie « *résulte de l'intrication des facteurs maladies psychiques et maladies physiques. Mais l'environnement dans lequel évolue la personne joue un rôle important dans la compensation ou l'aggravation de sa situation, au-delà du simple critère fonctionnel.* »

■ Dans sa note n°35, « *Quelles politiques publiques pour la dépendance ?* » (octobre 2016), le Conseil d'analyse économique souligne que « *la mesure du nombre de personnes touchées par la dépendance est très sensible à la définition retenue : la définition administrative française (être bénéficiaire de l'APA), donne une estimation d'1,24 million de personnes, tandis que les définitions épidémiologiques conduisent à des chiffres variant de 1,3 à 7 millions selon le critère retenu.* »

1 Étude nationale des coûts en Ehpad – juin 2017 – CNSA, DGCS, ATIH

2 A. Lecroart (DREES), O. Froment, C. Marbot, D. Roy (INSEE) : Projection des populations âgées dépendantes - DREES – Dossier Solidarité et Santé, n°43 septembre 2013)

3 Économie & statistiques n°474, 2014, INSEE

4 Note n°35, « *Quelles politiques publiques pour la dépendance ?* »

5 Fabrice Aubert – L'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance, juillet 201

Sans prétendre à l'exhaustivité, rappelons rapidement ici les principaux outils et méthodes d'évaluation de l'autonomie.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources), spécifiquement française, est utilisée pour l'attribution de l'APA.

Elle propose un classement en 6 groupes, du GIR 1 (très forte incapacité) au GIR 6 (personnes autonomes). Ce classement repose notamment sur la notation de 10 variables discriminantes : cohérence (conversation et comportement logique), orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts (se lever, se coucher, s'asseoir), déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communication à distance.

Groupe iso-ressources

Groupe ISO-Ressources	Caractéristiques des personnes
GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants.
GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
GIR 3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver ...
GIR 4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Personnes n'ayant pas de problème de déplacement, mais qui devant être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
GIR 5	Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.
GIR 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

A
P
A

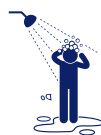
■ **Les définitions utilisées par les assureurs.** Certains assureurs utilisent la grille AGGIR. La méthode la plus utilisée pour déterminer l'autonomie d'une personne repose cependant sur des référentiels liés à la capacité à exécuter les actes de la vie quotidienne (AVQ) complétés par des tests mesurant les fonctions cognitives. Le nombre d'AVQ varie selon les produits proposés par les différentes familles d'assureurs. Les AVQ les plus utilisés sont les suivants : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement et les transferts (se lever, se coucher, s'asseoir).

Il n'existe donc pas, aujourd'hui, dans le domaine de l'assurance, de grille commune définissant l'événement déclencheur des prestations.

■ **Les mesures épidémiologiques.** Elles reposent sur les normes internationales d'évaluation des limitations des activités élémentaires de la vie quotidienne (mobilité fonctionnelle, habillage, toilette, prise des repas) et des activités instrumentales de

la vie quotidienne -AIVQ- : faire le ménage, faire ses courses, préparer ses repas, gérer son budget, utiliser les moyens de communication, prendre ses médicaments, utiliser les transports locaux. Ces normes sont utilisées en France pour les Enquêtes Handicap Santé de l'INSEE et de la DREES, qui évaluent à 4,55 millions le nombre de personnes vivant à domicile limitées dans leurs activités essentielles ou instrumentales.

Les 6 actes de la vie quotidienne



LA TOILETTE

capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène et de toilette acceptable



S'HABILLER

capacité de s'habiller et se déshabiller seul.



S'ALIMENTER

capacité à se servir et à manger de la nourriture préparée préalablement.



LA CONTINENCE

capacité d'assurer les besoins, avec utilisation possible des protections prévues et des appareils chirurgicaux.



LE DÉPLACEMENT

pouvoir se déplacer à l'intérieur de son logement (surface plane ou aménagée), ou de s'en extraire en cas de danger imminent.



LES TRANSFERTS

pouvoir se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil, ou inversement.

Pour chacun des Actes de la Vie Quotidienne, on détermine ensuite sur une échelle de 1 à 4 la capacité de la personne dépendante à effectuer les AVQ (Actes de la Vie Quotidienne).

Chacun de ces 4 niveaux doit se comprendre comme ceci :

- Niveau 1 :** Incapacité d'effectuer 2 AVQ sur 6
- Niveau 2 :** Incapacité d'effectuer 3 AVQ sur 6
- Niveau 3 :** Incapacité d'effectuer 4 AVQ sur 6
- Niveau 4 :** Incapacité d'effectuer 5 ou 6 AVQ sur 6

Il importe ici de remarquer que l'utilisation de ces différents instruments conduit à parler de « dépendance ». Ce terme est extrêmement contesté. En premier lieu, il n'est jamais utilisé dans la loi sur la prestation autonomie de 2001. En second lieu, il est contesté par plusieurs intervenants (cf. encadré p26 : l'agisme aujourd'hui signé par l'AD-PA), qui le considèrent comme inapproprié, négatif et dévalorisant. Beaucoup d'auteurs préfèrent parler de fragilité ou de handicap.

Le présent Focus France consacré à l'autonomie se veut fidèle à l'approche pluridisciplinaire valorisée par La Fabrique d'Assurance. Les contributions de plusieurs experts et personnalités enrichissent les développements autour de trois thématiques :

- les enjeux et l'organisation de l'aide à l'autonomie en France ;
- la perception des Français ;
- les perspectives pour l'assurance.

Enfin, des préconisations ou pistes de réflexion seront proposées.

I - État des lieux : les enjeux et l'organisation de l'aide à l'autonomie en France

I.1 - Un défi pour la société française

En synthèse - Doublement des personnes en perte d'autonomie, coût croissant pour les finances publiques et les familles : l'autonomie concerne tous les acteurs et toutes les générations.

I.1.1 - Des évolutions démographiques inéluctables

Plusieurs données chiffrées illustrent l'inévitable « séniorisation » de la société française. Le vieillissement se traduit par la hausse de l'espérance de vie – qui va passer de 85,5 ans pour les femmes et 79,2 ans pour les hommes en 2014 à respectivement 91,1 et 86 en 2060 (INSEE) et par la croissance de la part des personnes âgées dans la population totale, en raison notamment de l'avancée en âge des générations issues du baby-boom (nées entre 1945 et 1975).

Selon l'INSEE, la quasi-totalité de la hausse de la population d'ici 2070 concernerait les personnes de 65 ans et plus ». En 2070, la France comptera 13 fois plus de centenaires qu'en 2016.

La part des + 80 ans dans la population française va doubler d'ici 2060 pour atteindre 11 % de la population et le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million en 2014 à 5 millions en 2060. On peut rappeler ici que l'âge moyen des personnes en perte d'autonomie était de 84 ans en 2010 et devrait atteindre 88 ans en 2060⁶.

Au 31 décembre 2013, selon la DREES, 1,24 million de personnes étaient bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 20 % des personnes de 85 ans étaient en perte d'autonomie en 2010. Les évolutions démographiques vont conduire au doublement du nombre de personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA qui atteindra 2,3 millions à 2,7 millions de personnes selon les scénarios de l'INED et de l'INSEE.

Autre élément à prendre en compte, l'espérance de vie sans incapacité semble donner des signes de stagnation.⁷

I.1.2 - Un coût croissant pour les comptes publics et sociaux, mais aussi pour les ménages

Les dépenses totales liées à l'aide à l'autonomie en France sont évaluées par le Conseil d'analyse écono-

mique (CAE) entre 41 et 45 milliards d'€ en 2014⁸ (en incluant notamment le coût économique de l'aide informelle et les surcoûts des dépenses de soins et d'hébergement). Le CAE estime en octobre 2016 que ces dépenses « vont progresser dans les vingt ans à venir ». En 2014, la DREES évoquait une augmentation des dépenses totales de l'ordre de +83 % entre 2011 et 2060 dans son scénario central.⁹

Dans sa note présentée en Conseil des ministres en octobre 2016, le CAE rappelle que les seules dépenses publiques, qui représentent un peu plus d'un point de PIB en 2014, devraient augmenter de +0,3 à + 0,7 point de PIB à l'horizon 2040, compte tenu des projections démographiques et épidémiologiques.¹⁰

Quant aux dépenses privées, évaluées entre 17 et 21 milliards d'€ par le CAE¹¹, elles représentent déjà, en 2014, 42 % à 48 % des dépenses totales liées à l'aide à l'autonomie. En plus de la « prise en charge formelle de la dépendance » (2,4 milliards d'€), les frais d'hébergement (8,2 milliards d'€) et l'aide informelle, celle des proches aidants (7 à 11 milliards d'€) pèsent lourdement sur le budget des familles. En 2011, la DREES estimait que 72 % des dépenses d'hébergement étaient supportées par les ménages¹². Quant à la contribution des aidants, elle pourrait d'ores et déjà représenter la moitié des charges des familles selon les données du CAE.

Comme le rappelle la Cour des Comptes en 2016, « les études sur les montants qui restent à la charge des personnes âgées dépendantes sont peu nombreuses et imprécises ». Selon le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), « le coût de la dépendance est évalué à 1 938 € par mois en établissement, avec un reste à charge moyen des résidents de 1 468 €, net de l'aide publique totale moyenne de 470 € (APA). Par ailleurs le « reste à vivre » des résidents apparaît en moyenne globalement négatif, à - 261 € par mois ». Rappelons que la pension moyenne des Français s'élève à 1 376 € bruts mensuels en 2015 (source : *Les retraités et les retraites*. DREES, édition 2017). Comme le souligne Michèle Delaunay, ancienne ministre, « la situation est particulièrement difficile lorsque deux parents sont en perte d'autonomie » (interview à l'occasion du 9^{ème} Débat OCIRP Autonomie de janvier 2017).

Demain, le poids financier de la perte d'autonomie devrait peser de plus en plus sur les finances publiques et les comptes sociaux, mais aussi sur les ménages et les proches aidants. Les dépenses globales des familles liées à la perte d'autonomie pourraient plus que doubler

6 Charpin J-M. (mod.) et C. Tlili (rap.) (2011) : Perspectives démographiques et financières de la dépendance (dit Rapport Charpin), Rapport du groupe n°2 sur la prise en charge de la dépendance, La Documentation française, juin

7 Sieurin E., J-M Cambois J-M Robine (2011) : « Les espérances de vie sans incapacité en France, une tendance moins favorable que dans le passé », Document de travail INED n°170.

8 Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du Conseil d'analyse économique, n°35, octobre 2016. Antoine Bozio (École d'économie de Paris-PSE, École des hautes études en sciences sociales -EHESS, Institut des politiques publiques-IPP, membre du CAE), Agnès Gramain (Université de Lorraine) et Cécile Martin (Académie de Caen) avec la contribution d'André Masson (École d'économie de Paris - PSE) ; Darclillon T. (2016) : « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », La protection sociale en France et en Europe en 2014. Coll. Panoramas de la DREES ; DREES - Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060- Dossier Solidarité et Santé, n°50, février 2014).

9 DREES - Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060, op. cit.

10 Rapport Charpin, op. cit.

11 CAE - Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Octobre 2016, op. cit.

12 DREES - Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060, op. cit.

entre 2011 et 2060 selon la DREES¹³. S'agissant du maintien à domicile, la Cour des Comptes¹⁴ indique que son coût passerait de 10,1 Mds d'€ à 17,3 Mds d'€ entre 2011 et 2060 et que « l'effort privé ferait plus que tripler (...) » pendant que l'effort public augmenterait de moitié (...). Selon le Conseil d'analyse économique, « la réforme des aides publiques n'éliminera pas des restes-à-charge potentiellement importants (...) ».

ENCADRÉ :



De la Silver économie à la Silver citoyenneté

La Silver économie, c'est l'ensemble des activités économiques associées à l'avancée en âge de la population. En France, c'est une filière officiellement reconnue depuis 2013.

Une vision à 360°

A l'instar du Green Business, la Silver économie ne se cantonne pas à un seul domaine d'activité - qui serait celui des « gérontechnologies ». Elle impacte bien au contraire tous les marchés. Dans de nombreux domaines déjà, les seniors sont ceux qui assurent de plus en plus, voire le plus, de dépenses. Par exemple, l'âge moyen des acheteurs de voitures neuves en France est de 55,3 ans, et plus de 25 % des particuliers qui achètent une voiture neuve sont âgés de 66 ans (*enquête « NCBS » – New Car Buyer Survey 2015*) ; 80,9 % des 50-64 ans sont acheteurs sur le Web (*PriceMinister-Rakuten 2014*) ; les 62-89 ans ont dépensé 22 milliards d'euros pour voyager en 2014 (*DGE, enquête SDT 2014*) ... Charge donc aux industriels et sociétés de services de tenir compte de la transition démographique et d'investir la Silver économie.

Encore faut-il prendre en compte un autre facteur : derrière le mot « seniors » se cache une frange de la population âgée de 55 ans à plus de 100 ans, et qui n'a ni les mêmes aspirations, ni les mêmes besoins, ni les mêmes habitudes de consommation. Le qualificatif « sénior » occulte donc une réalité complexe et il est du rôle des acteurs de la Silver économie de mieux cerner cette population, d'adapter leur communication et surtout leurs offres. Des services à la personne aux loisirs et voyages, de la téléassistance aux robots compagnons, de la santé connectée au sport adapté, du maintien à domicile aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (...) la Silver économie à l'instar des seniors est plurielle, elle ne se cantonne pas à tel ou tel secteur d'activité, à tel point que la vraie question est finalement de se demander quel marché ou segment de marché ne sera pas demain impacté par le vieillissement de la population ! Les nombreux acteurs économiques qui se réfèrent comme « acteur de la Silver économie » dans l'Annuaire National de la Silver Economie publié par SilverEco.fr en témoignent.

Design for Old is Design for All

Le vieillissement de la population est une chance et oblige les concepteurs de produits ou services à repenser leurs offres avec un prisme nouveau. Certaines seront jugées « stigmatisantes ». Mais par qui ? Par les personnes âgées qui les utilisent ou par les experts qui peaufinent leur image de jeune cadre dynamique ? La question mérite parfois d'être posée ! Un phénomène intéressant à analyser est celui du design universel. Parfois involontairement, les produits pensés pour les seniors font avancer les interfaces, les fonctionnalités, l'ergonomie (...) finalement au bénéfice de tous. La Silver économie est un véritable creuset de réflexions nouvelles qui verra naître de véritables innovations de rupture, tout comme le secteur du handicap a permis (ou tout du moins accéléré) la naissance de la télécommande de télévision ou encore de la synthèse vocale. Nous devons être en mesure de déployer largement les catalogues d'offres de produits et services, encore trop méconnus de la part des utilisateurs potentiels. Un travail de référencement des offres est donc à mener, le site www.solutions.silvereco.fr y contribue.

Changer de regard sur le vieillissement

(...) Nous le constatons auprès des nombreux entrepreneurs de la Silver économie : il n'y a pas une réponse globale, mais plusieurs options qui se dessinent en fonction de tel ou tel produit/service. En toile de fond le « changement de regard » s'opère. C'est le fil conducteur de SilverNight, soirée annuelle à l'occasion de laquelle sont décernés les Trophées SilverEco. (...) La Silver économie permet de questionner le regard que nous portons sur le vieillissement de la population mais aussi sur notre propre vieillesse. Le virage Silver marketing est désormais amorcé par quelques précurseurs, et le reste des troupes s'apprête à les suivre.

La Silver citoyenneté

Alors que la transition énergétique et la conscience écologique ont vu naître le concept d'éco-citoyenneté, une logique de « silver-citoyenneté » est en train de s'imposer, car bien-vieillir est l'affaire de tous. On peut définir le concept de silver-citoyenneté comme la conscience, dans le cadre de la transition démographique, d'appartenir à un même environnement inter-générationnel. Cela implique des droits et des devoirs tels que le droit de bien vieillir, le devoir d'éthique, le respect du libre choix des consommateurs... Si on parle d'entreprises éco-citoyennes aujourd'hui, on parlera très prochainement demain d'entreprises silver-citoyennes. Certains grands groupes s'en réclament déjà, entre les lignes, peut-être même sans le vouloir. Vieillir est une chance, plus vite nous travaillerons ensemble à faire avancer le bien-vieillir, plus vite nous en profiterons tous !

Jérôme PIGNIEZ - Président de la société ON-MEDIO, fondateur du portail national de la Silver Economie, SilverEco.fr

¹³ DREES - Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060, *op. cit.*

¹⁴ Cour des Comptes - Rapport public thématique : Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie – Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler, juillet 2016)

1.1.3 - L'autonomie, une question de société



ENCADRÉ :

L'âgisme aujourd'hui

L'article 13 du Traité d'Amsterdam (entré en vigueur le 1^{er} mai 1999) demande aux pays membres de l'Union européenne de lutter contre tout type de discrimination (sexisme, homophobie, racisme...). Les discriminations par l'âge et par le handicap figurent aussi dans ce traité. De même, les textes français sur les discriminations intègrent l'âgisme qui fait partie des attributions du Défenseur des Droits. Aujourd'hui, si un individu tient des propos sexistes, racistes ou homophobes, il est passible d'une condamnation. En revanche, ce même individu peut dire qu'un vieux est un « légume » ! Notre société pratique d'autant plus l'âgisme qu'elle n'en est pas consciente. Ainsi, dans son rapport de janvier 2015, l'OMS indiquait que « *aujourd'hui, l'âgisme peut constituer une forme de discrimination encore plus universelle que le sexisme ou le racisme* ». L'OMS prolongeait ce rapport d'une communication en septembre 2016 rappelant que « *les attitudes négatives ou âgistes à l'égard des personnes âgées s'observent partout* ». Le rapport confirme que « *l'âgisme est une pratique extrêmement courante* » et que « *pourtant la plupart des gens n'ont pas conscience des stéréotypes qu'ils entretiennent inconsciemment à l'égard des personnes âgées* ».

Personne ne veut vieillir

Chacun veut être jeune, ou au minimum faire 5 ou 10 ans de moins que son âge ; ainsi pour être agréable à un ami qu'on n'a pas vu depuis 5 ans on lui dit qu'il n'a pas vieilli. Chacun aime ses parents, ses grands-parents mais les regarde d'un peu loin à mesure que le temps passe, en espérant qu'ils continueront à avoir plein d'activités et surtout ne « perdront jamais la tête ». Parfois, depuis 2003, les médias parlent de ces vieux-vieux, très abimés par la vie, d'autant plus effrayants s'ils sont porteurs de cette pathologie monstrueuse : Alzheimer ; on s'interroge alors pour savoir s'ils sont encore des humains et si leur vie vaut d'être vécue. Et l'on s'effraie à l'idée qu'ils pourraient être de plus en plus nombreux et donc de plus en plus coûteux. La société laisse seuls face à eux-mêmes ses citoyens par rapport à une question aussi majeure que le vieillissement et accroît même leurs difficultés avec l'impératif d'être toujours jeune ! L'Occident, depuis la fin des années 50 a construit son modèle de développement économique sur des valeurs de jeune : performance - vitesse - adaptation - changement - renouvellement rapide des biens de consommation et des moyens de production. À jeter ce qui est vieux on en vient vite à jeter ceux qui sont vieux. Il faut donc être jeune, actif, dynamique et le lent, le profond, et la sérénité sont rejetés au second plan.

Enfin l'augmentation du niveau de vie qui contribue à l'allongement de la durée de vie, implique que les seniors de 75 voire 90 ans adoptent des comportements de consommation et des modes de vie proche de ceux des plus jeunes.

La société fait en sorte que « les vieux » ne soient pas visibles : les uns sont intégrés dans des groupes de jeunes, les autres sont ignorés quand ce n'est pas sortis de la communauté.

L'Occident a donc permis l'une des plus grandes conquêtes de l'homme, la vie longue, mais n'en profite pas car il a oublié deux messages essentiels de toute la pensée humaine : respecter les vieux (car être vieux est l'avenir de chacun) et regarder sa mort en face (car c'est la seule façon d'être heureux en attendant).

En fait, au lieu de développer l'harmonie dans le groupe, seul moyen de préserver l'équilibre dans la psyché de chacun, l'Occident a développé l'âgisme, discrimination par l'âge qui conduit à dévaloriser les vieux et à dévaloriser ce qui est vieux en chacun d'entre nous.

Les traductions concrètes de l'âgisme

Comme toute discrimination l'âgisme dévalorise un groupe. Cette dévalorisation s'exprime de différentes façons :

- un vocabulaire marqué par une dimension compassionnelle, infantilissante ou dévalorisante comme « dépendance » ou « perte d'autonomie » - car le vieux est forcément symbole de perte ou de manque,
- les limites à la liberté d'aller et venir à domicile et en établissements dénoncées par le précédent Contrôleur général des lieux privatifs de liberté,
- l'impossibilité à penser le droit au logement en établissement,
- certaines propositions visant à diminuer voire supprimer le droit de vote des personnes au-delà d'un certain âge,
- le report permanent des politiques d'aide aux personnes âgées fragiles car il y a toujours d'autres priorités,
- les reprises systématiques de crédits prévus pour le grand âge en direction d'autres politiques publiques,
- l'incapacité de la société à penser des politiques de santé publique (suicide des âgés, prix payés en établissement),
- l'acceptation de dizaines de milliers de morts comme à l'occasion de la grippe en 2017. On ne sait toujours pas le nombre de morts entre janvier et mars - entre 16 000 et 20000 personnes (imaginons la situation s'il s'agissait d'enfants entre 5 et 7 ans)...

Enfin, cette discrimination se traduit très concrètement également sur l'état de santé physique et psychique comme le rappelle l'OMS : « *Les personnes âgées qui pensent être un fardeau pour les autres perçoivent également leur vie comme ayant moins d'importance, ce qui les expose au risque de dépression et d'isolement social. Des travaux de recherche (...) montrent que les personnes âgées ayant une attitude négative vis-à-vis de leur propre vieillissement ne se rétablissent pas aussi bien des incapacités et vivent en moyenne 7,5 années de moins que celles ayant une attitude positive* ».

Lutter contre l'âgisme

La lutte contre l'âgisme vise à mieux intégrer ceux qui appartiennent à ce groupe. Comme toute ségrégation, l'âgisme a pour origine la peur. La peur prend ici deux formes : peur de vieillir et peur de mourir.

Au-delà, comme toute lutte contre une discrimination, sortir de l'âgisme permet de mieux accepter pour chacun ce que représente le groupe discriminé. Mais lutter contre l'âgisme est difficile car la société tout entière est âgiste et donc c'est l'âgisme qui paraît normal et sa dénonciation qui étonne. Lutter contre l'âgisme, accepter les vieux, c'est accepter ce qui est vieux en nous car à tout moment de la vie chacun est traversé par cette polarité fondamentale entre le jeune et le vieux, le neuf et l'ancien, la rupture et la continuité. À l'inverse, maintenir la coupure sociale et la coupure psychique est source d'anxiété pour la société et pour chacun. Accepter l'égalité entre les vieux et les jeunes, c'est accepter pleinement les vieux du dehors, c'est accepter le vieux du dedans, et c'est accepter le processus de vieillissement, comme toute dynamique, avec des pertes et des gains. Car vieillir, c'est diminuer sur le plan physique mais c'est grandir sur le plan psychique, en connaissance de soi, du monde et des autres comme le disent toutes les pensées humaines, spirituelles, philosophiques ou thérapeutiques. C'est sans doute cela le vrai message d'optimisme et la vraie clé du tant recherché « bien vieillir ».

Pascal CHAMPVERT et Romain GIZOLME¹⁵ - Association des Directeurs au service des Personnes Âgées - AD-PA - Avril 2017

La problématique des aidants

L'autonomie concerne non seulement les personnes âgées elles-mêmes mais aussi leur famille, leurs proches. En juillet 2016, la Cour des Comptes recommandait de « dynamiser les appuis aux proches aidants »¹⁶. On dénombre en France, 8,3 millions d'aidants non professionnels de plus de 16 ans, dont 4,3 millions aident une personne âgée de 60 ans ou plus. Les proches aidants sont âgés en moyenne de 52 ans et les femmes représentant 57 % des aidants¹⁷.

Les proches aidants subissent une pression financière et psychologique souvent très lourde qui affecte leur état de santé. Les aidants sont ainsi exposés à un risque de surmortalité de 60 % dans les trois ans qui suivent le début de la maladie de leur proche¹⁸. À l'échelle de l'OCDE, on estime que les aidants informels sont exposés à des risques de santé, notamment mentale, avec des problèmes supérieurs de 20 % par rapport aux non-aidants¹⁹.

¹⁵ Cette note a intégré des réflexions développées dans « *Discrimination liée à l'âge* » J-P. AQUINO – G. VIATOUR – *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* n° 16, 2017.

¹⁶ Cour des Comptes - Rapport public thématique : *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie – Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*. Juillet 2016

¹⁷ Enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, DREES, 2008. Enquête Handicap-Santé, volet ménages, INSEE – 2008 et Aidants familiaux et proches aidants – Guide à destination des entreprises, 2014, mise à jour mai 2017

¹⁸ Aider un proche à domicile, la charge ressentie – DREES ; Etudes et Résultats, n°799, février 2012

¹⁹ *Besoin d'aide ? La prestation de service et le financement de la dépendance – OCDE, 2011*

L'entreprise est aussi directement concernée. En effet, en France, 47 % des aidants familiaux (soit environ 4 millions de personnes) occupent un emploi ou sont apprentis²⁰. 15 % des salariés s'occuperaient au quotidien d'un proche âgé²¹. Leur situation constitue un enjeu pour l'entreprise et les partenaires sociaux. En plus des risques très lourds sur la santé, des risques professionnels (difficulté à trouver un emploi, manque à gagner d'environ 20 % des revenus, temps partiel subi, précarité et pauvreté), du stress qui expose les salariés concernés à un risque psycho-social et du risque de solitude et d'isolement, les aidants en activité professionnelle éprouvent de grandes difficultés à concilier travail, vie d'aidant et vie personnelle.

Selon la CNSA²², 25 % des aidants prennent sur leurs congés pour assumer leur rôle. En moyenne, un salarié s'absente 16 jours, soit *via* un arrêt maladie, soit *via* des congés sans solde ou du temps partiel, par an pour assumer son rôle d'aidant familial²³. En outre, les coûts cachés du présentisme dit « présent-absent » (en raison d'un stress excessif) sont supérieurs à ceux de l'absentéisme²⁴. Comment intégrer cette réalité dans l'action pour la qualité de vie au travail (QVT) ?

Sur ce sujet, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a réalisé des avancées : reconnaissance législative des proches aidants, congé de proche aidant (non rémunéré) enveloppe pouvant aller jusqu'à 500 euros par an pour le répit de l'aidant et dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant. Le risque qui pèse sur l'autonomie, souvent qualifié de lointain, devient bien présent pour un nombre croissant de Français, de salariés et d'employeurs.

ENCADRÉ :

Solidarité sociale & société des aidants

Dans une société française que l'on prétend rongée par l'individualisme et le repli sur soi, les formes de solidarité concrètes et de proximités sont à l'œuvre.

L'une des plus significatives, en termes de symbole et d'impact, concerne les 8,5 millions d'aidants d'un proche. C'est une révolution silencieuse majeure qui impose la reconnaissance du rôle essentiel des patients et de leurs proches aidants par le monde médical et, plus largement, la société. Rappelons simplement que les aidants interviennent au quotidien pour aider, accompagner, parfois pratiquer des actes de toilette, et même de soin. Ces auxiliaires, essentiels, de la santé publique et de l'accompagnement des plus fragiles (enfants et adultes touchés par un fort handicap, personnes souffrant d'une maladie chronique, très âgés fragilisés) représentent, si l'on voulait une comparaison monétaire toujours réductrice, l'équivalent de 164 milliards d'euros par an. Soit les deux tiers de l'ensemble des dépenses annuelles de santé.

²⁰ Aidants familiaux et proches aidants – Guide à destination des entreprises, 2014, mise à jour mai 2017

²¹ Étude Pixel : L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

²² Rapport annuel 2011 : Accompagner les proches aidants, CNSA

²³ *Les aidants familiaux en France - Panel national des aidants familiaux* BVA Novartis ; 2010

²⁴ Compagnie française des aidants

Les malades et leurs proches sont engagés dans un processus de reconnaissance citoyenne. Il oblige les médecins et l'ensemble des soignants à mesurer que le soin n'est pas qu'une affaire de technique et de normes, mais repose aussi sur l'échange et la relation avec la personne malade ou en déficit d'autonomie et son entourage. Les maladies ne sont pas neutres, ni égales en termes de reconnaissance sociale, de capacité de mobilisation médiatique ou de capacité à lever des fonds pour la recherche, le développement de réponses appropriées, la prévention... Le soin n'est rien sans sollicitude, écoute et empathie²⁵.

Au-delà, la question politique posée concerne les conditions pour réinventer une démocratie concrète où les citoyens ont non seulement la parole mais aussi la capacité d'agir. Et de choisir. La déclaration de Denver portée par les premiers militants de la reconnaissance du VIH, en 1983, résume bien une exigence démocratique qui va bien au-delà des enjeux de santé : « Rien pour nous sans nous ». C'est la société civile qui veut s'imposer, être un contre-pouvoir, participer à des choix de politique publique... Valoriser les aidants, prendre la mesure du rôle central du patient dans le soin, revivifier les solidarités sociales, énoncées par Durkheim comme base de la société, relancer une pratique du pacte républicain et laïc, et penser la société d'inclusion des plus fragiles. Nous assistons, peut-être, à la formation d'une forme de communauté des ébranlés évoqué par Jan Patocka²⁶. (...) Une solidarité plus horizontale, plus directe, plus visible, plus concrète. (...)

Le care et le rôle de l'État

(...) Le *care*, comme politique globale du soin et de l'accompagnement social et de la sollicitude concrète envers les aidants sert-il à justifier et favoriser le recul de l'État ?

Il ne s'agit pas que l'État se recroqueville, mais qu'il se réforme et se mobilise pour soutenir le mouvement coopératif et mutualiste, les initiatives individuelles ou d'entreprises, les formes d'auto-organisation qui concernent en particulier l'habitat, les solidarités informelles de proximité qu'elles soient traversées par des structurations associatives ou non.

Quelle réponse assurantielle ?

(...) La moitié des aidants étant en activité professionnelle, les entreprises sont et seront de plus en plus concernées. Déjà, on estime que dans plus d'une entreprise sur cinq, l'absentéisme provient plus de salariés devant accompagner un parent que devant s'occuper d'un enfant. Là aussi, les initiatives sont appelées à se développer. Ainsi, *Responsage*, propose aux entreprises de s'abonner pour permettre à leurs salariés aidants d'être suivis et conseillés par des professionnels compétents. Ce service offert par l'entreprise permet aux salariés aidants d'être beaucoup plus efficaces auprès de leur proche et plus sereins et impliqués dans leur travail.

La relation aidant/aidé relève aussi d'une intergénération de combat : une large partie des personnes qui

aident ne sont pas de la même génération que l'aidé. Cela peut être le parent accompagnant son enfant, comme l'adulte soutenant son père ou sa mère²⁷. L'enjeu est donc aussi de protéger le descendant, comme le collatéral ou l'ascendant. Dans cette optique, la question d'une réponse assurantielle pertinente et efficiente va se poser de plus en plus : comment assurer le risque de la perte d'autonomie ? Mais aussi, ne faut-il pas inventer des systèmes de protection de l'aidant par une assurance spécifique ? Dans une vision intergénérationnelle, on pourrait défendre une approche où le risque serait couvert pour les deux parties, quelle que soit la génération concernée ou le type de lien familial. (...)

Réinventer une société fondée sur la solidarité sociale implique de favoriser, accompagner et valoriser une éthique du soutien envers les personnes fragilisées et les acteurs, bénévoles et professionnels, de l'accompagnement.

Serge Guérin - Sociologue, professeur à l'INSEE Paris. Directeur du MSc « Directeur des établissements de santé ». Derniers ouvrages publiés : *La Silver Génération. 10 idées fausses à combattre sur les seniors*, *La solidarité ça existe... et en plus ça rapporte !*, Michalon, et, avec Pierre Henri Tavoillot, *La guerre des générations aura-t-elle lieu ?*, Calmann-Lévy, 2017

I.2 - L'aide à l'autonomie en France aujourd'hui

En synthèse - Selon le Conseil d'analyse économique, la prise en charge publique de la perte d'autonomie en France représente au maximum 58 % des dépenses totales. Quant à l'assurance privée, elle couvre 7,3 millions de personnes²⁸.

I.2.1 - Les aides publiques

Avec un total de dépenses de 23,5 milliards d'€ en 2014, les dépenses publiques représentent 52 à 58 % des dépenses totales²⁹.

Plus de la moitié des 23,5 milliards correspond aux soins (12,2 milliards), plus d'un tiers à l'aide formelle (professionnelle) aux activités de la vie quotidienne. La branche maladie de la Sécurité sociale française est le premier financeur public (+ de 50 %). Elle assure le financement des soins.

La prise en charge de la perte d'autonomie au sens strict par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée par les Conseils départementaux, représente 5,5 milliards d'€ en 2014. L'APA est destinée aux personnes de 60 ans et plus.

²⁵ WORMS Frédéric, *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, PUF, 2010.

²⁶ PATOCKA Jan, *La crise du sens*, Vrin, 1985

²⁷ GUERIN Serge & TAVOILLOT Pierre-Henri, *La guerre des générations aura-t-elle lieu ?*, Calmann-Lévy, 2017

²⁸ Fédération Française de l'Assurance

²⁹ Conseil d'analyse économique : Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Note n°35, octobre 2016

L'APA à domicile, revalorisée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015, est affectée aux dépenses définies par un plan d'aide élaboré avec les services du département. L'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, mais le ticket modérateur laissé à la charge du bénéficiaire dépend de ses revenus. Elle n'est pas récupérable sur succession. Le montant mensuel maximum de l'APA à domicile varie en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) de rattachement : de 663,61 € pour le Gir 4 à 1714,79 pour le Gir 1.

En établissement, l'APA est destinée à payer le tarif dépendance en vigueur dans l'établissement d'accueil. Son montant dépend de ce tarif et des ressources du bénéficiaire. Le coût de l'hébergement est à la charge du résident et de ses obligés alimentaires.

Une allocation sociale à l'hébergement (ASH) peut être versée par le Conseil départemental sous conditions de ressources. Elle est récupérable sur succession. L'ASH représente 1,2 milliard de dépenses pour les départements en 2014.

Le reste des dépenses publiques est constitué des dépenses sociales et fiscales (réduction d'impôt sur le revenu, exonération d'impôt sur l'APA, crédits d'impôt et TVA réduite sur les dépenses d'équipement, réduction d'impôt sur les services à la personne), pour un montant d'1 milliard d'€).

Pour près de 50 % des dépenses publiques liées à l'aide à l'autonomie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, joue un rôle important de collecte et de redistribution. Depuis le 1^{er} janvier 2006, la CNSA est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et, pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles. Elle assure un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap. Elle dispose pour cela d'un budget de plus de 25 milliards d'euros.

Selon Agnès Gramain, professeure de sciences économiques à l'Université de Lorraine, deux éléments sont à retenir à propos de l'organisation du système français de prise en charge.

Le premier élément est la forte dichotomie entre la prise en charge en établissement et la prise en charge à domicile.

Les EHPAD (établissements pour personnes âgées dépendantes) accueillent 600 000 personnes. Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) sont médicalisées et accueillent un moins grand nombre de personnes. 100 000 personnes vivent dans des Résidences Autonomie conventionnées, non médicalisées. Nous n'avons pas de données administratives sur les Résidences Autonomie non conventionnées mais elles sont très peu nombreuses.

La majeure partie des personnes fragilisées restent à domicile, sauf les personnes les plus touchées, figurant dans la catégorie GIR 1. Les personnes à domicile peuvent être accompagnées par différents acteurs relevant de l'aide aux particuliers (femmes de ménage, employés de maison), du secteur médico-social ou du secteur sanitaire, et par leur entourage ou leur voisinage, qui joue un rôle majeur aujourd'hui. A domicile, les conjoints et les enfants sont lourdement mis à contribution : plus de 75 % des personnes aidées à l'autonomie le sont régulièrement par un aidant informel.

Il existe encore peu de modes d'hébergement intermédiaires en France, comme les résidences à services intégrés ; elles n'accueillent que 1 % des personnes âgées en France alors qu'elles sont beaucoup plus développées dans d'autres pays. La loi ASV s'est efforcée de favoriser ces structures ainsi que les Résidences Autonomie.

Au total, la préférence accordée en France au maintien à domicile – qui correspond certes au souhait de la majorité des Français – a conduit à limiter les capacités d'hébergement collectif et à une forte médicalisation de ces établissements. L'offre d'hébergement en EHPAD est saturée et les tarifs « hébergement » ont fortement augmenté. Parallèlement, le maintien à domicile ne se fait pas dans des conditions satisfaisantes (aidants qui s'épuisent et dans 1/3 des cas meurent avant l'aidé, personnels sous qualifiés et temps insuffisant passé à domicile du fait des politiques publiques...).

Le second élément est l'extrême complexité du système de financement public de l'aide à l'autonomie. Trois types de dépenses, répondant à trois logiques de solidarité différentes, sont financées par des sources différentes : les dépenses liées à l'hébergement (aide sociale départementale, sous conditions de ressources), les dépenses liées à l'aide à l'autonomie elle-même - aide aux gestes de la vie quotidienne - (financement par les départements et la CNSA, versement par les Conseils départementaux, modulé en fonction des ressources) et les dépenses liées aux soins (tutelle confiée aux Agences régionales de Santé, financement par la branche maladie de la Sécurité sociale).

Le système, d'une part, combine les trois types de dépenses à financer, d'autre part varie selon que la prise en charge s'effectue à domicile ou en établissement. Il existe donc au moins six barèmes à mettre en œuvre. Les autres pays européens disposent de systèmes plus simples.

ENCADRÉ :



Aide à domicile : répondre au plus près aux besoins de la population

Pendant de nombreuses années, le débat autour de la question de la dépendance et de la prise en charge des personnes âgées s'est souvent résumé aux modalités de son financement et à la création éventuelle d'un cinquième risque de protection sociale.

Ce débat, qui conditionne le niveau de solidarité que souhaite engager la société envers les personnes dépendantes et leur famille, n'en a pas moins occulté celui plus pragmatique et plus opérationnel sur les formes que doivent prendre la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la qualité de services à domicile ou en institution, et la cohérence globale des interventions. (...) En donnant la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a confirmé la responsabilité des départements dans la prise en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et dans le pilotage du dispositif. Les réformes engagées ces dernières années ne pourront cependant avoir d'effets durables que si les professionnels (médicaux ou non) qui interviennent dans le cadre de la prise en charge des personnes dépendantes disposent des outils favorisant la cohérence et la coordination de leurs interventions, en lien avec les financeurs.

L'ensemble des structures intervenant dans le secteur de l'aide à domicile se trouve ainsi placé en première ligne. C'est dans ce contexte qu'il apparaît aujourd'hui déterminant de déployer des solutions d'aide à la gestion, de planification, qui s'adressent aux structures médico-sociales. Ces solutions doivent permettre d'améliorer la gestion de leurs interventions à domicile. Répondre aux besoins de coordination numérique et d'autonomisation du partage d'informations pour tous les acteurs du maintien à domicile.

Répondre aux besoins de coordination numérique et d'autonomisation du partage d'informations pour tous les acteurs du maintien à domicile

Ainsi pour les services de soins infirmiers à domicile, il est nécessaire d'optimiser la coordination des soins et de structurer les échanges entre tous les acteurs du secteur : le patient et son entourage, la structure gestionnaire, les professionnels de santé salariés ou libéraux, les organismes médico-sociaux...

Les fonctionnalités de ces programmes et logiciels doivent aider les structures médico-sociales intervenant auprès d'un même bénéficiaire à partager plus facilement les informations entre elles. Ainsi, ces échanges favorisent une meilleure coordination des différents intervenants à domicile et assurent la continuité du parcours de l'usager entre les différentes structures médico-sociales.

Ces solutions ne sont optimales que si elles sont également pensées et destinées aux proches des personnes bénéficiaires des services des différentes structures médico-sociales. Les outils aujourd'hui déployés, à l'instar de ceux construits par le Groupe Up apportent une visibilité sur l'ensemble des événements du quotidien de la personne bénéficiaire.

Elles permettent enfin de renforcer le lien social autour de la personne aidée et rassurent les proches et la famille en les impliquant dans le maintien à domicile de cette personne. En effet, si le « rester chez soi » est une priorité pour les personnes en perte d'autonomie,

assurer le quotidien du maintien à domicile relève d'un véritable casse-tête pour les structures médico-sociales, confrontées également aux besoins d'information des familles éloignées de leurs proches et souvent co-financeurs des prestations engagées.

Trois fonctions essentielles doivent donc être portées par les éditeurs de logiciels dans le cadre de l'aide à domicile, et ce afin de répondre aux enjeux posés par la loi :

- Faciliter la coordination des intervenants en rendant les informations accessibles à tous les acteurs grâce à l'interopérabilité avec les systèmes d'information existants
- Prévenir les interruptions dans le parcours de vie du bénéficiaire en mettant en valeur et en rendant disponible l'information pour les professionnels qui interviennent à domicile ;
- Rassurer les familles et les proches en leur proposant un outil leur permettant d'être impliqués au quotidien dans la prise en charge de la personne aidée.

C'est en garantissant ces trois fonctions que le Groupe Up a déployé Dôme, seule solution multi-éditeurs pour la coordination des interventions et le partage d'informations autour de la personne aidée à domicile : il s'agit ainsi de contribuer à l'ambition de répondre au mieux aux objectifs de l'adaptation de la société au vieillissement.

Arnaud BREUIL, responsable de l'écosystème et des engagements - Groupe UP

Richard THOUVENOT, responsable des programmes publics et sociaux - Groupe UP

1.2.2 - Le marché de l'assurance privée

Le marché français de l'assurance autonomie est souvent présenté comme le deuxième au monde après celui des États-Unis.

7,3 millions de personnes couvertes

Selon l'étude publiée par la FFA en 2015, à la fin de l'année 2014, 7,3 millions de personnes étaient couvertes face au risque de perte d'autonomie en France par les sociétés d'assurance, les mutuelles « 45 » et les institutions de prévoyance.

Les cotisations globales sont estimées à 665 millions d'euros fin 2014. Les prestations s'élèvent à 265 millions d'euros et les provisions à 5,1 milliards d'euros.

Les contrats peuvent être à adhésion individuelle ou collective. La garantie autonomie peut être la seule garantie du contrat ou être en inclusion obligatoire dans un contrat santé – généralement à adhésion individuelle. La garantie peut être viagère (dès la souscription, la personne est protégée en cas de perte d'autonomie quelle que soit la date de survenance du risque et le contrat ne peut être résilié du fait de l'assureur – sous réserve du paiement des cotisations) ou temporaire (la

personne est couverte pendant une période déterminée avec le plus souvent le renouvellement de la garantie au terme de la période).

Les contrats varient également selon les types de prestations proposées : rente mensuelle viagère en cas de dépendance lourde ; en cas de dépendance partielle, rente de 50 % à 60 % du montant de la rente de dépendance lourde ; capital « premières dépenses » ; prestations d'assistance.

Les mutuelles couvrent la majorité des assurés (4 millions de personnes en 2015). Elles offrent des couvertures annuelles, généralement en inclusion d'une garantie complémentaire santé.

Les sociétés d'assurance couvrent 3,4 millions (chiffre 2015) et les institutions de prévoyance 320 000 personnes en 2016 (couverture viagère – 40,2 millions d'euros de cotisations en 2016).

Au total, moins de 2 millions de personnes bénéficient d'une couverture viagère dans le cadre d'un contrat dont la dépendance est la garantie principale.

Les contrats collectifs des institutions de prévoyance (source : Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP)

« La perte d'autonomie est souvent perçue comme un risque individuel. Or le collectif fournit un levier important pour la prise en compte de ce risque », soulignait Jean-Paul LACAM, délégué général du CTIP, fin 2016.

Les institutions de prévoyance ont développé des contrats collectifs d'entreprise qui couvrent les salariés en cas de perte d'autonomie. L'assuré peut ainsi percevoir une rente viagère et une participation forfaitaire à l'équipement ou l'adaptation de son domicile.

Depuis le 1^{er} juin 2015, les anciens salariés qui viennent de quitter l'entreprise conservent, pendant un an maximum, le bénéfice de leur couverture en dépendance, excepté pour les contrats annuels. Ce maintien des prestations s'applique également aux ayants droits de l'ancien salarié dans les mêmes conditions.

Un employeur peut mettre en place dans une entreprise une couverture collective contre la perte d'autonomie au bénéfice des salariés. En cas de perte d'autonomie due à l'âge, le salarié percevra une rente viagère, à laquelle peuvent s'ajouter des prestations complémentaires : capital pour l'aménagement du logement, accès à une plate-forme de services...

Le montant de la rente dépend du niveau de perte d'autonomie de l'assuré, déterminé en fonction de la grille AGGIR. Les organismes assureurs peuvent cependant utiliser d'autres grilles d'évaluation, en complément ou à la place de cette grille, qui s'appuient sur les actes de la vie quotidienne (AVQ). Il existe trois grands types de garanties collectives en matière de dépendance :

■ Les premiers contrats sont des couvertures annuelles : le salarié perçoit une rente viagère si sa perte d'autono-

mie est constatée alors qu'il est encore salarié de l'entreprise. Il n'est plus couvert lorsqu'il quitte l'entreprise.

■ Les couvertures viagères en rente autorisent l'assuré à percevoir une rente viagère en cas de perte d'autonomie, qu'il soit ou non encore salarié de l'entreprise lorsque la perte d'autonomie est constatée.

■ Les couvertures viagères en points permettent au salarié d'obtenir des « points dépendance » en fonction de ses cotisations (tout comme il acquiert des points de retraite). Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de perte d'autonomie.

Les deux dernières formes de contrats sont désormais privilégiées par les institutions de prévoyance depuis le milieu des années 2000, offrant un véritable engagement de prise en charge en cas de perte d'autonomie des salariés. Ainsi, en cas de départ de l'entreprise ou de départ à la retraite, il continue à bénéficier de la garantie qui lui est acquise. S'il quitte l'entreprise, il peut même continuer d'alimenter son compte à titre individuel ou dans le cadre de sa nouvelle entreprise.

Depuis plusieurs années, les institutions de prévoyance ont également développé des garanties d'assistance pour les salariés "aidants" d'un proche (conjoint, parent, enfant), dans le cas d'une perte d'autonomie liée soit à un handicap soit à l'âge.

ENCADRÉ :



Les freins à la souscription d'une assurance autonomie

La Chaire TDTE a recensé certaines entraves au développement du marché français de l'assurance autonomie envisagé par la littérature des années 2000 et 2010.

1 - Les caractéristiques de l'offre

Une couverture incomplète et sélective

La faible diversité des produits enfermerait les individus dans des choix de consommation restreints et peu avantageux financièrement. Dans l'hexagone, l'ensemble de la palette de produits de couverture disponibles sur le marché propose des indemnisations prenant la forme de rentes forfaitaires. En faisant le choix d'une indemnisation indépendante de la consommation effective de soins, les assureurs reporteraient sur les assurés une part des incertitudes portant à long terme sur les probabilités d'entrée en dépendance et sur les coûts de prise en charge³⁰. En effet, ce mode d'indemnisation ne garantit pas que l'indemnité forfaitaire soit à la hauteur des montants de la prise en charge.

³⁰ L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé. Une mise en perspective internationale, Ronan Mahieu, Laurence Assous, Revue économique, année 2002, Volume 53 Numéro 4 pp. 887-912

Le marché de l'assurance autonomie couvre partiellement les coûts et la population de consommateurs potentiels. Les couvertures assurantielles proposent une protection qui couvre la dépendance lourde dans seulement 2 cas sur 3 en ce qui concerne les sociétés d'assurance. Par ailleurs, afin de limiter les phénomènes d'anti sélection, la plupart des contrats prévoient des délais de carence aux souscripteurs. En outre, les sociétés d'assurance restreignent l'accès à l'assurance sur critère d'âge. Généralement un âge minimum de 18 ans est requis et, inversement, un âge maximum variant entre 70 et 75 est demandé aux souscripteurs³¹.

Un coût de souscription trop onéreux pour les ménages moyens et impécunieux

Selon la littérature anglo-saxonne sur le coût des assurances³², les assurés peuvent espérer des indemnités relativement faibles en comparaison des sommes versées. Ce ratio, appelé taux de chargement, est estimé à 18 % aux États-Unis. En d'autres termes, pour chaque dollar versé, un souscripteur américain peut espérer obtenir une prime de 0,82 dollars. Ce taux de chargement moyen passe à 51 % si l'on prend en compte la part des individus cessant de payer leur cotisation avant la survenance d'un risque et dont les cotisations sont perdues. A titre d'exemple, le taux de chargement des assurances-vie est estimé à 15 % tandis que celui des assurances santé collectives est évalué à 6 %³³. L'attractivité du marché français serait aussi freinée par sa forte concentration. Il serait constitué en oligopole dont les acteurs seraient des « price makers » et exerceraient une pression haussière sur les prix. Selon une étude de L'Argus de l'assurance d'avril 2012, les quatre premiers assureurs contrôlent 50 % du marché.

2 - Une demande guidée par des préférences averses à l'acquisition d'une assurance

La rationalité limitée des individus

Le faible recours à l'assurance s'expliquerait aussi par une méconnaissance de l'offre existante ainsi que des risques liés à la dépendance. Lusardi et Mitchell (2007) ont repris les travaux de Berheim en postulant qu'un faible niveau de connaissances en finances empêche d'établir des stratégies rationnelles et éclairées en matière de planification de la retraite. Outre la méconnaissance des produits financiers, une distorsion réelle existe entre les personnes aptes à percevoir le risque ou pas. Ce défaut d'appréciation s'apparente à une sorte de myopie face à la probabilité d'être dépendant. Deux éléments sont généralement sous-estimés : la probabilité d'être dépendant et le coût de la prise en charge. Selon certains travaux (Assous&Mahieu, 2002), la mauvaise évaluation du coût de la prise en charge s'explique par une surévaluation de la prise en charge publique des coûts générés par l'aide à l'autonomie. Enfin, au niveau psychologique, ce type de comportement peut être perçu comme une réaction classique des individus face à une situation menaçante ou dépassant leurs ressources. Pour se protéger, ces derniers adopteraient un mécanisme de minimisation du risque de manière tout à fait irrationnelle.

Des préférences naturelles à ignorer le risque

Deux éléments principaux éloigneraient les préférences individuelles et l'adoption d'une couverture contre le risque de dépendance : l'éloignement temporel entre la décision de souscription et la survenue du risque ainsi que le recours à l'aide informelle (*Chaire TDTE, Le rôle des préférences individuelles dans la souscription d'une assurance dépendance, 2014*).

L'éloignement temporel est un élément déterminant qui peut dissuader certaines personnes à transférer une partie de leur richesse sur une assurance qui couvre un risque perçu comme très aléatoire. Beaucoup d'individus ont tendance à maximiser leur niveau de richesse futur.

L'existence d'un entourage familial solide peut constituer une assurance implicite qui aurait pour effet d'évincer la demande de couverture adressée au marché³⁴. Cette potentielle aide familiale atténue le risque financier pour les personnes concernées par le marché de la dépendance. Cependant des comportements d'aléa moral intergénérationnel existent (1998, Zweifel et Struwe). Les enfants auraient tendance à moins s'occuper de leurs parents, eux-mêmes couverts pour le risque dépendance. Dès lors, les parents pourraient avoir tendance à ne pas souscrire à une assurance afin d'inciter leurs descendants à s'occuper d'eux au cas où ils auraient besoin d'une aide à l'autonomie. Cependant, l'explication de l'altruisme familial tempère ce postulat en expliquant une souscription préventive par la volonté des parents de préserver le patrimoine familial et préserver les aidants de coûts non monétaires.

Alain Villemeur - Docteur en économie – Directeur scientifique de la Chaire universitaire « Transitions démographiques, transitions économiques »

II - La perception des Français – Les résultats du Baromètre OCIRP Autonomie 2017³⁵



En synthèse : Si les trois quarts des Français jugent que la perte d'autonomie est un sujet « primordial » ou « important », ils s'estiment mal protégés contre ce risque. Alors que le rôle de la famille semble trouver ses limites, les droits des aidants et le rôle de l'entreprise dans ce domaine sont des sujets émergents. En matière de financement, l'assurance complémentaire est une option approuvée par les deux tiers des Français.

³⁴ Fontaine R ; Plisson M ; Wittwer J ; Zerrar N (2013) Perception dépendance et demande d'assurance : une analyse à partir de l'enquête PATER. Assurance, santé, territoire. Mars 2013

³⁵ Méthodologie du Baromètre OCIRP Autonomie : enquêtes par téléphone et questionnaire en ligne auprès de 1 008 particuliers âgés de 40 à 65 ans, 300 salariés, 150 délégués syndicaux et 150 DRH, réalisées du 21 août au 4 novembre 2016. Résultats en moyenne non pondérée sur les quatre populations interrogées. Enquêtes réalisées par Mouvoo.

³¹ 2013, IRDES, Questions d'économie de la santé, n°188

³² 2007 Brown&Finkelstein

³³ 2013, Fontaine&Zerrar

Depuis 2007, le Baromètre OCIRP Autonomie est la seule étude qui mesure la perception des enjeux liés à la perte d'autonomie par tous les acteurs concernés : les particuliers, les salariés, les délégués syndicaux et les directeurs des ressources humaines.

Menée dans la durée (depuis 2007) avec la société MOUVOO, cette étude permet d'identifier des tendances lourdes à partir des questions récurrentes mais aussi de saisir les questions d'actualité grâce à des questions spécifiques chaque année. En 2017, le Baromètre comporte un focus sur les aidants notamment les attentes des aidants salariés.

Un sujet primordial ou important

Le niveau de conscience du risque est important : + de 77 % des personnes interrogées jugent que la perte d'autonomie est un sujet primordial ou important. Le paradoxe des Français, c'est que cette prise de conscience est suivie de peu d'actions : près de 80 % des Français estiment ne pas être protégés.

La famille doit être soutenue

47,4 % des Français pensent que la famille peut aider les personnes en perte d'autonomie au quotidien, mais 49,7 % pensent le contraire. Fin 2016, pour la première fois, les Français estiment majoritairement qu'il n'est pas possible que les personnes en perte d'autonomie soient aidées au quotidien par leur famille. Ces réponses sont à rapprocher du poids croissant (sanitaire, psychologique et financier) qui pèse sur les proches aidants. La famille ne peut agir seule. Elle doit être soutenue.

L'entreprise et les aidants

54,1 % des salariés, DRH et délégués syndicaux pensent que l'aide aux aidants relève de la responsabilité de l'employeur. 69 % des salariés sont de cet avis.

Le Baromètre OCIRP exprime une prise de conscience. L'accompagnement et le soutien des aidants salariés est un enjeu pour les entreprises. Par le passé, elles ont dû intégrer la maternité dans leur gestion des ressources humaines ; aujourd'hui, elles doivent prendre en compte la proportion croissante de salariés aidants, leurs besoins, leurs contraintes et leurs apports. Il en va de leur rôle social, de leur attractivité et ... de leur intérêt bien compris. Comme le dit le sociologue Serge Guérin : « *L'entreprise ne peut échapper aux salariés aidants* ».

Que veulent les aidants ?

Les attentes des aidants salariés sont prioritairement l'aménagement des horaires (84,3 % de réponses favorables), le maintien des droits sociaux (81,4 %), le renforcement de l'aide au répit (80,4 %) et la création de congés rémunérés (55,9 %). Par ailleurs, 59,8 % des salariés et particuliers aidants estiment qu'une assurance ou une assistance spécifique sont utiles.

Le Baromètre de l'OCIRP confirme que les salariés aidants ont besoin de souplesse dans leurs horaires, sont soucieux du maintien de leurs droits et souhaitent bénéficier de solutions de répit renforcées. L'option d'un congé rémunéré - qui existe dans plusieurs pays de l'OCDE - est également majoritairement approuvée.

Les options de financement vues par les Français

Il existe évidemment diverses options de financement du risque de perte d'autonomie à l'avenir, qui ne sont pas exclusives les unes des autres et pourraient être combinées. Le Baromètre OCIRP a soumis les principales à l'appréciation des Français. En 2016, comme l'année précédente, les répondants se révèlent peu favorables à des prélèvements obligatoires (impôts ou cotisations sociales). Le recours aux impôts directs ou indirects ne recueille que 23 % d'opinions favorables et l'idée de « cotiser plus auprès de la Sécurité sociale » n'est approuvée que par 10,8 % des répondants. La création d'une nouvelle journée de solidarité (59,6 % de réponses favorables) et l'instauration d'assurance complémentaire à la solidarité nationale (59,3 %) sont les deux options qui recueillent une majorité de suffrages favorables, juste devant le recours sur succession (49,1 %) et le recours à l'épargne (47,9 %).

L'assurance complémentaire

65,3 % des personnes interrogées estiment qu'à l'avenir, le risque de perte d'autonomie doit être assuré par la solidarité nationale complétée par une incitation à une assurance complémentaire. Le financement par la seule solidarité nationale recueille 18,2 % de réponses favorables et le financement laissé à la charge de l'individu ou de la famille 11,8 %. Le développement d'assurances complémentaires - et non substitutives - à la solidarité nationale est donc l'option privilégiée par près des deux tiers des Français. Il s'agit d'une tendance durable : le Baromètre OCIRP Autonomie montre que l'adhésion à ce type de financement alliant solidarité augmente régulièrement depuis 2010 (+ 17,6 points).

Le portrait-robot de l'assurance autonomie complémentaire vue par le Français

Le Baromètre OCIRP Autonomie montre que les Français préfèrent une assurance collective (à 65,1 %) et plus de 60 % la voient portée par les branches professionnelles. 90 % la veulent riche en services et 82,5 % estiment qu'une cotisation de 1 € par jour à partir de 40 ans est acceptable (contre 76,7 % en 2015). Les trois quarts des personnes interrogées sont aussi favorables à une labellisation des garanties après concertation professionnels et les pouvoirs publics (contre 67,5 % en 2015) et 66,8 % d'entre elles approuvent des incitations fiscales pour ces garanties labellisées (contre 54,6 % en 2015).

Un chantier pour le nouveau quinquennat

Selon le Baromètre OCIRP Autonomie 2017, 67,4 % des Français sont pour une réforme favorisant un financement durable du risque de perte d'autonomie entre 2017 et 2022.

ENCADRÉ :

Perte d'autonomie : quelle prévention en France ?³⁶

« *Le vieillissement inexorable de la population (...) peut être anticipé en changeant de paradigme. L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement*

³⁶ La prévention. L'exemple de la France. Présentation de J-M Kupiec - OCIRP, European conférence - AEIP - novembre 2014.

comme individuellement. Il est des situations sur lesquelles il est possible d'agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite «évitable» en repérant et en agissant plus tôt sur les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être, ... cela implique une mobilisation de tous les partenaires concernés (...). (CNSA, Cahiers pédagogiques, avril 2017).

Quel poids financier ?

Selon les estimations de l'IRDES et de la DREES, les dépenses totales de prévention en France peuvent être évaluées de 14 à 15 Mds d'€, soit 6,5 % des dépenses totales de santé en 2012.

Un périmètre qui s'élargit.

Parler de prévention, c'est de plus en plus privilégier une approche globale, incluant la prévention primaire (ex : vaccin, éducation à la santé), secondaire (ex: dépistage), tertiaire (ex : réadaptation), des mesures individuelles ou collectives, des actions médicales et non médicales, un champ étendu à toutes les populations, tous les âges, tous les lieux de vie. À la prévention de protection (risque identifié) s'ajoute la préoccupation d'une prévention universelle, dans une démarche globale de promotion de la santé.

- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015) comporte un volet prévention de 140 millions d'€ par an (180 millions d'€ en incluant les actions dans les logements intermédiaires) et reprend les grands axes du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie.

Principales mesures :

- Permettre à tous les retraités l'accès à un dispositif de prévention individualisé
- Développer l'organisation d'actions de prévention individuelles (repérage des fragilités) et collectives activités physiques et ateliers de prévention : chute, dénutrition, mémoire.
- Faire du domicile un atout de prévention : une aide publique pour un meilleur accès des personnes âgées les plus modestes à la domotique, au numérique, à la téléassistance (aides). Adapter 80 000 logements privés
- Déployer un plan national pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées
- Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement en soutenant le programme MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'isolement des Âgés).
- Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés.
- Création dans chaque département, d'une Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie qui coordonne et finance, des actions de prévention collectives, mais aussi individuelles de lutte contre l'isolement, pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées de 60 ans et plus à revenus modestes.

L'action des caisses de retraite complémentaires AGIRC ARRCO. « Prévenir pour bien vieillir », est un axe stratégique pour 2014-2018, à travers les actions suivantes :

- Expertise sur les chutes, la perte de mémoire, le sommeil, la sédentarité, l'isolement.
- Prévention primaire pour les actifs de plus de 50 ans
- Engagement social des retraités
- Actions contre la vulnérabilité liée à l'avancée en âge
- Centres de prévention Bien Vieillir AGIRC-ARRCO : ouverts à toute personne âgée de + 50 ans, ils proposent des bilans individuels médico-psycho-sociaux, des conférences et ateliers
- Dispositif Sortir plus : chèques transport (CESU) pour faciliter les déplacements des personnes de + 80 ans.
- Dispositif « La santé en mouvement » : l'activité physique comme élément de prévention de la perte d'autonomie. Conférences, ateliers et orientation vers des activités physiques durables dans les structures associatives locales.

La prévention, 2^{ème} métier de l'assureur?

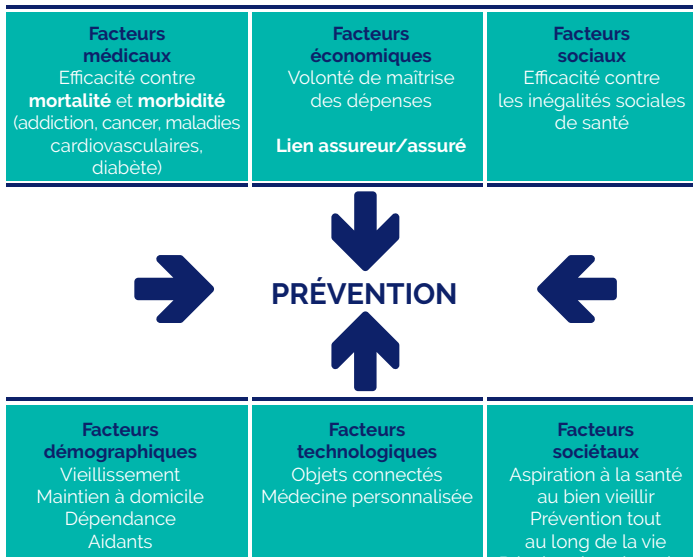
Les assureurs développent de nombreuses actions et programmes de prévention de la perte d'autonomie, en direction des âgés mais aussi des aidants, souvent avec le soutien des technologies numériques (plates-formes de relations et de services, objets connectés). De nombreux partenariats sont noués avec l'État, l'Assurance Maladie, la Ligue contre le cancer, le milieu associatif, l'AGIRC-ARRCO (centres de bilan gériatriques). Le concept de centre de prévention se développe pour la réalisation de bilans médico-psycho-sociaux. La qualité de vie à domicile, le lien social, les liens entre domicile et EHPAD font l'objet d'innovations.

Dans son rôle préventif, l'assureur n'est plus seulement celui qui vient en aide, le payeur in fine, il est aussi le conseiller, celui qui accompagne toutes les étapes de la vie pour le mieux vivre. La prévention est un vecteur d'innovation, de communication, de fidélisation, de réduction du risque et de maintien de la relation avec l'assuré dans le cadre d'une relation de service. À travers la question des données (objets connectés, Big data), l'enjeu, pour l'assureur, est aussi de rester au cœur du nouvel écosystème de la prévention, pour ne pas perdre la relation et la connaissance de l'assuré face aux professionnels du data.

La prévention, un nouveau paradigme ?

Au-delà de la seule question de l'autonomie, le système de santé français entend sortir du modèle curatif reposant sur l'utilité économique (préoccupation du coût) pour évoluer vers un nouveau paradigme : celui de la prévention et de l'utilité collective qui valorise le bien-être, le service et la relation.

Les facteurs favorables à la prévention



III - Autonomie : quelles perspectives pour l'assurance ?

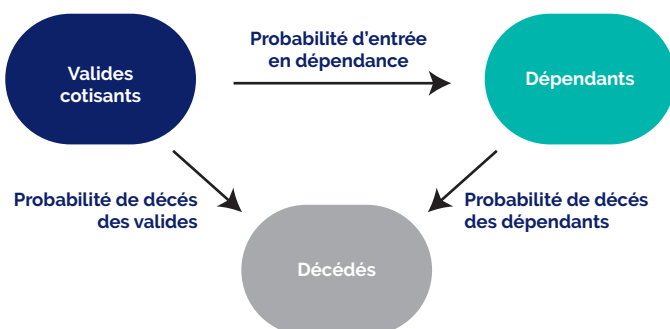
III.1 - L'assurabilité du risque : risque et soutenabilité de l'assureur.

III.1.1 - Tarification du risque

Modèle multi-état

Trois aléas sont généralement considérés dans l'assurance dépendance :

- La loi de mortalité des cotisants (ou des valides)
- Les lois d'entrées en dépendances (totale, partielle)
- La loi de survie des dépendants (pour les garanties de rentes)



Le modèle présenté est un modèle simple avec 3 états.

La mortalité des cotisants, ou des valides correspond à la probabilité de décès des assurés cotisants avant l'entrée en dépendance.

L'entrée en dépendance ou incidence, correspond à la probabilité pour un individu valide de devenir dépendant dans l'année. Elle est souvent modélisée par une loi exponentielle dont la loi d'entrée est fonction

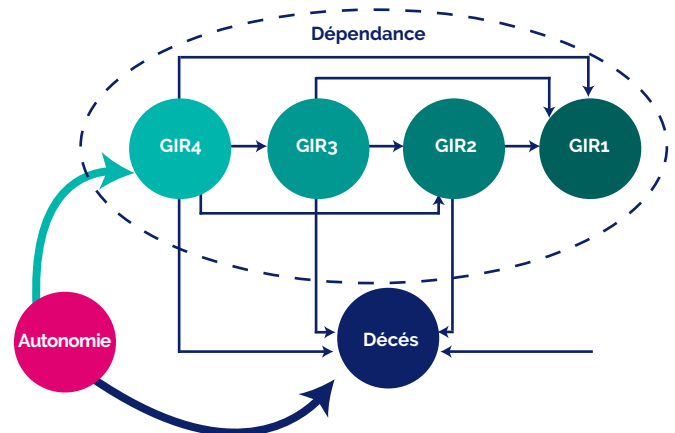
de l'âge, et parfois la distinction hommes/femmes est ajoutée. Cette dernière hypothèse nécessiterait des améliorations avec le recul que l'on aura avec les années sur le risque. Les assureurs perfectionnent donc les lois au fur et à mesure des années avec l'enrichissement des données disponibles.

Le maintien en dépendance correspond à la loi de survie des dépendants.

Aucune table officielle pour le risque dépendance n'existe à ce jour. Une première raison vient du fait que l'historique est insuffisant pour appréhender la durée de maintien dans l'état de dépendance avant le décès. Une seconde raison vient quant à elle du fait que les définitions et les critères d'évaluation de la dépendance sont très variables selon les contrats.

En pratique le modèle multi-état de la dépendance n'est pas aussi simple que celui à trois états présenté ci-dessus, car plusieurs niveaux de dépendance peuvent être couverts au sein d'un contrat. Aux 3 lois présentées précédemment, il faut ajouter la probabilité de passage d'un niveau de dépendance à un autre.

Pour illustration, dans l'exemple ci-dessous, 4 niveaux de dépendance sont couverts, du GIR4 au GIR1, par niveau de dépendance croissant, GIR 1 étant le niveau de dépendance le plus lourd.



Ces niveaux de dépendance sont ceux pour lesquels il existe aujourd'hui une couverture assurantielle.

A la probabilité de décès autonome et la probabilité d'entrée en dépendance, il faut ajouter les probabilités de passage entre les différents états.

Problématique des données

Les premiers contrats dépendance ont été vendus dans les années 1990. Ils sont rentrés aujourd'hui dans la phase la plus concernée par le risque. Les assurés ayant souscrit à 60-65 ans ont aujourd'hui autour de 85-90 ans, ils sont dans les âges concernés par la dépendance.

Les premiers assureurs, à s'être lancés sur le portefeuille de la dépendance, commencent à avoir des données pour faire des études à la fois sur la loi d'entrée en dépendance et la loi de maintien en dépendance.

Cependant les volumes de contrats souscrits restent peu importants et il est difficile d'agréger les données de différents portefeuilles, pour augmenter la fiabilité des études, au regard de la multitude de définitions de la dépendance existant sur la place. De plus, il est difficile d'évaluer des probabilités de passage d'un état de dépendance à un autre, les volumes de dépendants sont souvent peu suffisants.

Aujourd'hui peu d'opérateurs ont suffisamment de données ou le recul nécessaire pour avoir leurs propres lois d'entrée en dépendance et lois de maintien. Les assureurs se lancent sur le marché de la dépendance accompagnés d'un réassureur.

Il reste possible de récupérer des données générales, disponibles sur les sites de la DRESS, de l'INSEE ou encore de l'OCDE. Il existe cependant assez peu de statistiques publiées sur le sujet de la dépendance.

Données en constitution sur les âges extrêmes

Bien que la connaissance du risque dépendance se soit beaucoup améliorée depuis la mise en place des premiers contrats, le recul sur ce risque reste encore limité et il continue à faire l'objet d'un suivi technique régulier et détaillé.

Au-delà de 90 ans, les assureurs doivent prendre des hypothèses pour le prolongement des lois d'entrée en dépendance et de maintien en dépendance. C'est pourquoi chaque année écoulée enrichit significativement les données disponibles aux âges élevés. Et les assureurs mettent à profit les nouveaux éléments pour conforter leurs bases de tarification ou les ajuster.

III.1.2 - Provisionnement des contrats dépendances

Les provisions

La tarification et le provisionnement d'un contrat dépendance repose donc sur trois lois : la loi d'entrée en dépendance, la loi de maintien en dépendance et la loi de mortalité des assurés non dépendants. Sur tous les contrats, les assureurs constituent des provisions au titre des dépendants. Sur les contrats de dépendance viagère, les assureurs constituent en plus des provisions pour risques croissants.

En effet, la prime d'un contrat d'assurance dépendance viagère est nivelée dans le temps. Au début du contrat, la prime est supérieure au risque, ainsi l'essentiel de la cotisation va alimenter les provisions. Ces provisions sont relâchées ensuite lorsque la prime devient inférieure au risque.

Autrement dit, alors qu'à la souscription du contrat d'assurance, les valeurs actuelles probables des engagements respectifs de l'assureur et de l'assuré sont égales. Ces valeurs évoluent au cours du temps aussi bien pour l'assuré que pour l'assureur. Ainsi, alors que la valeur actuelle de l'engagement de l'assuré décroît au fur et à mesure du paiement des cotisations, celle de l'assureur varie selon le risque de survenance de la dépendance. Tant que l'assuré est valide, il payera sa

cotisation mensuelle et le risque d'entrée en dépendance surviendra quelques décennies plus tard. Donc le montant de provision pour risque croissant augmente pendant les vingt premières années du contrat pour atteindre des montants importants et diminue ensuite quand l'assuré arrive aux âges de réalisation du risque dépendance, vers 80 ans.

La dépendance est donc un risque long.

L'hypothèse de taux technique, taux servant à l'actualisation des provisions, a un impact important sur le niveau des provisions. Ces dernières années, la baisse continue des taux financiers a augmenté le besoin de provisions et a augmenté le coût des contrats dépendance pour l'assureur. En plus de la provision pour risques croissants, compte tenu du décalage entre la souscription des contrats et la réalisation du risque, il est nécessaire pour l'assureur de se protéger contre ce risque en constituant des provisions supplémentaires.

Le pilotage du portefeuille

Les variations de la sinistralité des contrats dépendance par rapport aux lois de tarification s'observent assez tardivement. D'où l'importance de piloter le risque dépendance pour anticiper toute dérive et faciliter le redressement du portefeuille, si nécessaire. En effet, plus une dérive est identifiée tardivement plus il est difficile de la rattraper par des révisions tarifaires car le stock de provision déjà constitué est important.

III.1.3- Solvabilité II et problématiques des modèles

À ces difficultés s'ajoute le besoin de fonds propres à immobiliser dans le cadre de solvabilité II.

Les trois lois, sous-jacentes à la dépendance, sont choquées selon la formule standard de solvabilité avec des dérives anticipées conséquentes. La dépendance étant un risque long avec une forte duration, le coût d'immobilisation du capital est du coup important. Ces hypothèses de chocs, qui n'ont pas été calibrées spécifiquement sur le risque dépendance, pourraient être à adapter compte tenu du risque car elles sont très pénalisantes.

Dans le contexte actuel, il est important de mettre en place des managements action, au niveau du groupe et de prévoir des révisions tarifaires dans le contrat pour essayer d'atténuer les chocs, redresser le portefeuille en cas de dérive et essayer de diminuer les besoins de fonds propres. Étant donné la duration des engagements dépendance et du niveau que peut atteindre le SCR Souscription en appliquant les chocs définis dans la formule standard, il est indispensable de disposer d'un modèle poussé de projection. Ce modèle doit prendre en compte la politique de révision tarifaire et de distribution de la participation aux bénéfices de l'assureur sur le long terme. L'intégration des décisions futures de management dans la modélisation en cas de dérive des risques sous-jacents est indispensable. Tous ces paramètres rendent la modélisation du risque d'autant plus compliquée.

III.2- Les initiatives et les engagements des assureurs

En synthèse - Pour améliorer l'offre assurantielle, les professionnels ont privilégié deux axes principaux : la labellisation et l'information précontractuelle.

III.2.1 - Le label Garantie Assurance Dépendance

En 2013, la Fédération française des sociétés d'assurances (aujourd'hui FFA), a créé le label GAD assurance dépendance, pour « l'accompagnement du bien vieillir et la prise en charge de la perte d'autonomie ».

Les 9 points clés du label GAD. Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE est accordé aux garanties d'assurance couvrant la dépendance lourde qui prévoient notamment :

- un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l'expression des garanties ;
- une définition commune de la dépendance lourde basée sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ) ;
- une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d'une situation définitive de dépendance lourde ;
- un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois ;
- des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement ;
- une absence de sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD préexistante) ;
- des actions de prévention ou des prestations d'accompagnement pour l'assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat ;
- une information annuelle ;
- des conditions de maintien des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations.

Fin 2014, 79 400 personnes sont détentrices d'un contrat labellisé GAD soit 3 % des personnes couvertes par un contrat à adhésion facultative.

III.2.2 - L'amélioration de l'information précontractuelle et la lisibilité des contrats

Dans son rapport sur l'information contractuelle en matière d'assurance dépendance, remis en juillet 2013 au Comité consultatif du secteur financier³⁷, Fabrice Aubert, auditeur au Conseil d'État, identifie des marges de progression « en matière d'information sur la définition, le périmètre, le niveau et l'évolution des garanties, en matière

de présentation des contrats, de comparabilité ou encore en matière d'information de l'entourage du souscripteur. »

L'avis du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) du 12 décembre 2013 formule, sur la base de ce rapport, plusieurs recommandations et souligne en particulier l'opportunité d'une réflexion sur l'information d'un tiers de confiance.

Les engagements relatifs à l'assurance dépendance approuvés par la FFSA et le GEMA en 2015 s'inscrivent dans le cadre des recommandations du CCSF. Ils sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2016 – à l'exception du point 3, applicable au 1^{er} janvier 2017³⁸.

1 - Champ d'application

Les entreprises d'assurance s'engagent à utiliser la mention assurance dépendance dans les contrats prévoyant à titre principal des prestations (prestations financières ou services d'assistance) en cas de perte d'autonomie caractérisée par un état de dépendance défini par la documentation contractuelle. Afin de faciliter la compréhension par les assurés des garanties d'assurance dépendance, les entreprises d'assurance privilégient l'utilisation des termes définis dans le Glossaire assurance dépendance établi par le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF).

2 - Mesures d'information

Les entreprises d'assurance mettent en œuvre des mesures pour prévenir les situations où un assuré ne serait pas à même de demander la mise en œuvre des garanties d'assurance dépendance. À cette fin, les entreprises d'assurance s'engagent à sensibiliser le souscripteur ou l'adhérent sur l'intérêt d'informer ses proches de l'existence d'un contrat d'assurance dépendance. Cette sensibilisation est effectuée à la souscription et elle est périodiquement renouvelée. Cette sensibilisation doit prendre les formes suivantes :

- informer l'assuré de la nécessité d'informer ses proches et son médecin traitant ; pour ce faire, remise à l'assuré de cartes à conserver avec sa carte d'assuré social et à remettre à ses proches ;
- envoyer une information au moins annuelle utilisant la terminologie « assurance dépendance » ;
- mettre en place tout autre dispositif permettant de répondre à cet objectif de prévention.

3 - Dispositif d'interrogation des entreprises d'assurance

Pour répondre aux situations dans lesquelles un assuré ne serait pas en mesure de demander la mise en œuvre d'un contrat d'assurance dépendance, les organismes professionnels mettent en place un dispositif permettant d'interroger via AGIRA les entreprises commercialisant des contrats d'assurance dépendance sur l'existence d'un tel contrat souscrit par un assuré potentiel. Les entreprises d'assurance s'engagent à répondre aux demandes transmises dans ce cadre dans un délai maximum d'un mois.

³⁷ Instance composée paritairement de membres représentant les établissements financiers et les consommateurs ainsi que les parlementaires, de personnalités qualifiées et de représentants des entreprises et des salariés du secteur financier

³⁸ Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFA ou du GEMA

III.3 - Demain : solidarité nationale et assurances privées, quelles articulations ?

En synthèse : Complémentaire ou universelle, labellisée, facultative ou obligatoire, publique ou privée : tour d'horizon des réflexions sur la place et le contenu de l'assurance autonomie.

III.3.1 - La loi « adaptation de la société au vieillissement » (ASV) et l'assurance (2015)

La perspective d'une régulation publique de l'activité d'assurance

(démarche de labellisation et d'incitation) est explicitement mentionnée dans le rapport annexé à l'article 2 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 :

« 5- Réguler le marché de l'assurance dépendance

(100) « Le Gouvernement fait de la solidarité nationale le fondement de la présente loi et, en particulier, de la réforme de l'accompagnement. Ce choix de société permet de faire face au risque social que représente la perte d'autonomie ».

(101) Toutefois, dans une perspective d'anticipation individuelle, chacun peut décider de faire également appel à une assurance privée. Fin 2010, 5,5 millions de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance. Or, il est parfois difficile de se repérer dans l'offre assurantielle actuelle, variée mais très diversifiée et inégale : les définitions de l'état d'entrée en perte d'autonomie sont souvent restrictives (seule la perte d'autonomie lourde est couverte) et ne sont pas alignées sur la grille utilisée pour l'APA. Certains assurés peuvent donc bénéficier de cette allocation tout en se voyant refuser une rente. Les rentes peuvent être modestes au regard du reste à charge et faiblement revalorisées. Enfin, les délais de franchise ou de carence sont souvent importants et peuvent faire obstacle au déclenchement des garanties.

(102) Dans ce contexte, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a lancé un label pour les contrats d'assurance dépendance en mai 2013. Cette démarche permet d'offrir un niveau minimal de rente et de garantir une rente viagère. Pour aller plus loin, le Gouvernement envisage de favoriser, dans le cadre des prochaines lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale, les contrats les plus protecteurs qui devront respecter un cahier des charges (couvertures, modalités de revalorisation, possibilités de transfert, etc.), construit en concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur (assureurs, mutualité, institutions de prévoyance). Cela permettra d'encourager, dans une logique de conditionnalité, le développement d'une offre lisible et plus sûre au bénéfice des assurés ».

De plus, l'article 69 de la loi crée le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et le charge d'« une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. (...)

ENCADRÉ :



Le recours à l'assurance privée dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

La lourdeur du reste à charge, surtout en établissement, la fréquence des restes à vivre négatifs, la pression financière exercée sur le groupe familial conduisent beaucoup d'intervenants au débat sur la perte d'autonomie à souhaiter qu'on réforme le système actuel en augmentant les aides publiques et/ou en développant des dispositifs de financement privé qui assurent une certaine mutualisation du risque.

Deux éléments de contexte sont à prendre en considération dans ce débat.

L'opinion des Français est complexe comme on le voit dans le Baromètre de l'opinion de la DREES (2015).

Les opinions vis-à-vis des modalités de la prise en charge publique de la dépendance en 2015

Qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes	
L'État et les pouvoirs publics	61
Les enfants ou la famille des personnes âgées dépendantes	27
Les personnes âgées dépendantes elle-mêmes, en épargnant ou souscrivant une assurance privée	12
Si on devait créer une cotisation spécifique pour être couvert au cas où l'on devienne dépendant, devrait-elle être...	
Obligatoire pour tous	4
Obligatoire à partir d'un certain âge	17
Uniquement pour ceux qui le veulent	9
Une aide financière pour compenser les surcoûts liés à la dépendance des personnes âgées doit-elle être accordée...	
... à toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu	29
... Uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	71

Lecture : En 2015, 61 % des personnes interrogées pensent que l'état et les pouvoirs publics doivent en priorité prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.
Champs : Personne habitant en France Métropolitaines et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du tableau.
Source : Baromètre d'opinion DREES 2015.

Il faut par ailleurs situer la réflexion sur la politique à mener en faveur de l'autonomie dans un contexte marqué par la hausse tendancielle des dépenses à assumer compte tenu de la croissance de l'effectif des ménages concernés et de l'amélioration de l'offre d'une part, les contraintes des finances publiques qui seront durables d'autre part.

Il est donc légitime d'étudier le recours aux financements privés. On cherche alors à augmenter les ressources disponibles des personnes en perte d'autonomie soit par la constitution de rentes soit par la mobilisation de leur patrimoine³⁹ pour qu'ils puissent plus facilement assumer les charges de la perte d'autonomie. Il s'agit parallèlement de cantonner les aides publiques actuelles.

On ne traite ici que du recours à l'assurance où deux conceptions s'opposent ; une assurance facultative et une assurance obligatoire (ou quasi) obligatoire.

³⁹ Par des systèmes de viager ou de prêts adossés à la propriété du logement d'une part, par des aménagements de l'assurance vie d'autre part

I - La situation actuelle des assurances privées facultatives, individuelles et en capitalisation

Dans ces contrats, la cotisation dépend de l'âge à la souscription et du niveau des garanties souscrites.

a - Il s'agit d'un marché limité

Le nombre des cotisants est selon la FFA de 7,3 millions. Mais pour beaucoup, le montant des rentes souscrites est très modeste. L'âge d'entrée en souscription est assez tardif, ce qui se traduit par un niveau de cotisation significatif au regard de la rente garantie en nominal.

Le gros des garanties porte sur la dépendance lourde.

Comment expliquer la modestie du marché ?

Deux explications se conjuguent

Il y a d'abord une faible appétence des ménages. La perte d'autonomie est un risque lointain et auquel on peut penser – et à coup sûr – souhaiter échapper⁴⁰ ; on méconnaît la lourdeur des charges ; on a la conviction que l'État y pourvoira. Par ailleurs les produits d'assurance ne sont pas toujours attractifs. Les règles de la revalorisation des rentes sont obscures tout comme les critères d'admission ; la sélection médicale freine l'adhésion ; le montant de la cotisation est significatif puisque l'âge d'adhésion est élevé ; portabilité et transférabilité sont mal garanties. Le processus de labellisation GAD en cours corrige une partie de ces faiblesses ; mais on est encore loin du compte.

b - Quelles mesures pour promouvoir l'assurance privée ?

b-1 - le champ possible de l'assurance dépend de l'ampleur des aides publiques aux personnes dépendantes

Les réformes de 2016/2017 qui ont porté sur les situations de perte d'autonomie des personnes vivant à domicile ont considérablement diminué le reste à charge et le taux d'effort. Cela limite l'intérêt de souscrire une assurance, même pour les ménages aisés puisque le reste à charge après APA – qui est, pour eux, très faible est pris en charge à 50 % par le crédit d'impôt.

La situation est inverse pour la dépendance en établissement où le reste à charge est lourd, voire très lourd, pour la grande majorité des résidents. Il y a donc place pour une assurance dépendance ; encore faut-il que les ménages soient convaincus que le système d'aides publiques n'est pas appelé à s'améliorer sensiblement.

b-2 - les actions envisagées pour renforcer l'attractivité des produits

Il s'agit de proposer des contrats susceptibles d'offrir des garanties substantielles en :

- clarifiant voire en améliorant les règles de revalorisation des rentes
- revoyant les règles de sélection médicale

- clarifiant les règles de réduction des rentes en cas de réduction et d'interruption des cotisations
- revoyant les règles de transférabilité des contrats

b-3 - encourager l'assurance par une fiscalité incitatrice ;

Trois schémas d'aide fiscale sont possibles : la déduction des primes du revenu imposable, une réduction d'impôt, un crédit d'impôt.

Dans les deux premiers, la mesure ne concerne que les ménages imposables et son niveau augmente avec leur taux marginal d'imposition. Le crédit d'impôt est universel et d'un montant uniforme pour tous les souscripteurs.

- La Fédération française de l'assurance propose un système de déductibilité analogue dans son inspiration aux incitations fiscales existantes en matière de retraite complémentaire.

Ce système ne concernerait que des contrats prévoyant une rente d'au moins 500 €/mois. Bien entendu, les rentes souscrites pourraient être supérieures à ce plancher. La déductibilité serait intégrale sans plafonnement de la cotisation. Le gain ne concerne que les ménages dont le revenu net imposable est supérieur au seuil d'imposition qui est pour 2016 de 2 230 €/mois pour un couple sans enfant. L'avantage fiscal augmente ensuite avec le revenu net imposable ; il est plafonné à 45 % de la cotisation pour les ménages dont le revenu est de 25 333 €.

Sur la base d'hypothèses – jugées « peut-être trop optimistes » – le taux de couverture (taux de personnes de plus de 50 ans disposant d'un contrat) à l'horizon 2040 pourrait être au mieux de 40 %.

Ce schéma appelle trois commentaires :

- la cible affichée est celle des classes moyennes supérieures et des ménages les plus aisés. La réforme ne règle donc pas le problème des ménages modestes et d'une large part des classes moyennes qu'on renvoie au système d'aides publiques.
- même si on peut en cantonner l'ampleur, les exclusions ou majorations de cotisations liées à l'état de santé à la souscription subsisteraient
- il est très probable que, dans un système de ce type, le niveau effectif des rentes souscrites augmenterait avec le revenu des ménages : leur capacité contributive et leur propension à souscrire un contrat d'assurance augmentent vraisemblablement avec lui tout comme le gain fiscal. La dépense fiscale augmenterait donc sensiblement avec le revenu ce qui est discutable. Dans un schéma alternatif on associe aux contrats un système de crédit d'impôt dont l'effet incitatif est peut-être supérieur notamment pour la classe moyenne.

⁴⁰ La constitution d'une épargne volontaire en matière de retraite est plus « naturelle » s'agissant d'une situation certaine et pour laquelle on souhaite vivre bien et donc disposer d'un revenu consistant.

c - Les limites du système

Il faut assurer le tuilage des aides actuelles et des rentes futures pendant la montée en charge du système. C'est un problème difficile. Le système d'assurance privée laisse à découvert les ménages modestes et le bas des classes moyennes.

II - Autres schémas d'assurance privée

a - L'inclusion d'une garantie dépendance dans les contrats d'assurance santé complémentaire

La large diffusion des contrats (près de 95 % des ménages hors CMUC disposent d'un contrat maladie complémentaire) assure une très importante couverture des ménages. L'âge d'entrée précoce permet d'assurer des rentes d'un montant consistant pour un niveau de cotisation modéré. On peut enfin supprimer les conditions actuelles d'entrée tenant à l'état de santé des souscripteurs. Sans surcharger la cotisation de façon caractérisée, on peut adopter un système en répartition et couvrir ainsi les personnes actuellement dépendantes.

b - L'institution d'une assurance privée obligatoire

Un tel système avait été évoqué en 2011.

Dans ce système le souscripteur choisit le montant de la cotisation (sauf si on retient l'option d'un montant minimum de rente) ; il a le choix de l'opérateur auprès duquel il souscrit son contrat. La loi doit définir au moins l'âge de souscription, la nature de la perte d'autonomie éligible, le montant minimum de la rente et les modalités de sa revalorisation. Si l'on retient un âge⁴¹ de souscription assez bas, on assure une très importante couverture des ménages, un niveau de cotisation modéré et la suppression des conditions actuelles d'entrée tenant à l'état de santé des souscripteurs.

On n'a pas à associer d'avantage fiscal au système envisagé. Mais on pourrait bien évidemment aider les ménages modestes en adoptant une aide à la souscription analogue dans ses principes à l'ACS.

Bertrand Fragonard,
Président du HCFEA – Juin 2017

III.3.2 - Les avantages du contrat collectif

Pour assurer la diffusion de la garantie autonomie, le rapport Fragonard de 2011 (p46) soulignait les atouts des contrats collectifs (conclus dans le cadre d'une branche ou d'une entreprise) :

- des contrats particulièrement avantageux pour les assurés, une partie de la cotisation étant prise en charge par l'entreprise ;
- des contrats qui permettent de couvrir une population plus jeune dans un cadre mutualisé plus large : tous les salariés cotisent, quel que soit leur

âge, leur revenu et leur état de santé ; la tarification est identique pour tous et est souvent élaborée pour garantir une même rente viagère aux assurés ;

- des contrats qui en général ne nécessitent pas de questionnaire médical et ne prévoient pas de délai de carence ou de franchise ;

- un socle commun de caractéristiques pourrait ainsi s'appliquer aux contrats collectifs, qui devraient assurer leur transférabilité vers les contrats individuels (lors du départ à la retraite, en cas de rupture du contrat de travail) ou vers un autre contrat collectif.

III.3.3 - La recommandation du Conseil d'analyse économique (octobre 2016) : une assurance obligatoire pour la dépendance lourde

Dans sa note n°35⁴², présentée en Conseil des ministres le 6 octobre 2016, le CAE envisage deux options pour faire évoluer le financement de la perte d'autonomie en France vers plus d'efficacité et d'équité. La première, qui ne modifierait pas l'architecture actuelle, fonderait le financement public sur le mode de prise en charge le plus efficient, en développant une APA étendue à toutes les dépenses liées à la dépendance. En complément, un prêt dépendance permettrait de mobiliser le patrimoine des ménages.

La seconde option, « plus ambitieuse », consiste à créer un « dispositif à deux étages » :

- « une assurance mutualisée et obligatoire pour le risque de dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3), couvrant l'intégralité de la population. (...) On pourrait concevoir soit une assurance publique comme une nouvelle branche de la Sécurité sociale, soit une assurance obligatoire et mutualisée sur la base d'un contrat défini par la puissance publique dont la gestion serait confiée à des assureurs privés en concurrence régulée. » Le CAE souligne que « les cas de dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3) sont peu fréquents ou durables, mais avec des restes à charge élevés. Les gains de l'assurance sont alors très importants en termes de bien-être. »

- « un financement public sous condition de ressources pour les situations de dépendance légère. »

III.3.4 - La position de la Chaire Transitions Démographiques, Transitions Économiques (TDTE) sur les places respectives de l'assurance autonomie et de la solidarité nationale

La Chaire TDTE préconise de bâtir une nouvelle politique sur trois piliers :

41 40 ans dans le système étudié en 2011

42 Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du Conseil d'analyse économique, n°35, octobre 2016. Antoine Bozio (École d'économie de Paris-PSE, École des hautes études en sciences sociales -EHESS, Institut des politiques publiques-IPP, membre du CAE), Agnès Gramain (Université de Lorraine) et Cécile Martin (Académie de Caen) avec la contribution d'André Masson (École d'économie de Paris – PSE). www.cae-eco.fr

■ **une assurance perte d'autonomie qui serait obligatoire à partir de 40-45 ans**, au travers de contrats labellisés, dans le cadre d'une concurrence régulée. Il est habituel d'envisager une assurance autonomie avec une contribution mensuelle d'environ 30€, ce qui est tout à fait possible pour la majorité des ménages. Selon la Chaire TDTE, une incitation fiscale pourrait être mise en œuvre. Il serait intéressant de prévoir une possibilité de sortie partielle en capital dans ces contrats, ce qui correspond à une demande souvent formulée.

■ **une solidarité nationale pour les personnes les plus sévèrement touchées par la perte d'autonomie (GIR 1 et 2)**. Une assurance autonomie couvrant largement les cas les plus sévères induirait très probablement des coûts d'assurance prohibitifs, ce qui entraverait son acceptation sociale. Aussi, pour la Chaire TDTE, la solution serait une solidarité nationale s'exerçant envers les cas les plus sévères avec l'obligation de rendre faible le reste à charge pour les personnes modestes. L'obligation d'une assurance autonomie induit des économies budgétaires dans le financement public, ce qui pourrait être mis à profit pour accroître les moyens consacrés aux cas les plus sévères (...).

■ **une prise en compte par les entreprises du besoin d'aide pour les aidants familiaux en activité**. (...) Pour la Chaire TDTE, les entreprises ont intérêt à se saisir de ce problème qui impacte la gestion des ressources (...). Des congés pourraient être admis pour les aidants, sous certaines conditions, tout particulièrement pour les cas les plus sévères de perte d'autonomie. Il s'agirait d'aller bien au-delà du droit existant. Des avantages fiscaux pourraient être octroyés aux entreprises qui mettent en place de tels avantages dans le cadre de convention négociées au sein d'entreprises et de branches professionnelles. Une mutualisation de ces congés pourrait être mise en œuvre au sein de branches d'entreprises, de façon à pouvoir indemniser les aidants sollicitant ces congés.

ENCADRÉ :



Pour une assurance autonomie obligatoire

La perte d'autonomie liée à une maladie chronique invalidante est un drame humain et financier pour les personnes atteintes et leurs proches. Beaucoup d'améliorations ont été apportées, gouvernement après gouvernement, mais la prise en charge reste insuffisante, la qualité des soins souvent discutable, et le « reste à charge » écrasant et parfois dramatique pour certaines familles. (...) Le paradoxe est que le coût de la prise en charge de la dépendance est insurmontable pour la personne, alors qu'il est extrêmement modeste à l'échelon des comptes sociaux de la nation. En effet, l'assurance maladie représente 165 milliards par an, les

retraites 115 milliards (chiffres 2013) ; la dépendance stricto sensu c'est-à-dire l'APA, qui représente l'aide aux familles pour prendre en charge la dépendance, n'est abondée que de 5,5 milliards.

Une assurance publique obligatoire, des assurances complémentaires privées.

Toutes les solutions proposées impactent lourdement les familles (viager, liquidation du patrimoine etc...). Une seule, pratiquée dans certains pays, par exemple le Japon, n'a pas encore été étudiée : l'assurance autonomie obligatoire, différente des contrats actuellement proposés par les compagnies d'assurances. (...) Aucun politique ne veut annoncer de nouveaux prélèvements à une population française qui se sent écrasée d'impôts et prélèvements divers. C'est méconnaître l'environnement démographique de la dépendance. Ce dernier crée des conditions ultra-favorables à l'établissement d'une assurance autonomie : seuls 8 % de la population de plus de 60 ans sont atteints de dépendance (soit 1.250.000 personnes). Ce rapport - 100 % de cotisants pour 8 % de bénéficiaires - rendrait le système extraordinairement performant pour des cotisations minimales (...).

Une assurance autonomie est concevable si tous, salariés ou non-salariés, retraités, cotisent dès le premier salaire ou les premiers émoluments pour que les cotisations soient les plus minimales possibles. Pour cette même raison, cette assurance doit être obligatoire, car avant l'âge de la retraite on ne pense pas à la dépendance.

Les cotisations doivent être basées sur les revenus, selon les grands principes de l'assurance maladie : « Je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins ». Elles doivent être indépendantes de l'état de santé ou du risque de dépendance. Pour cette raison, elles devraient être gérées par un organisme public du type CNSA, parce que la logique de l'assurance privée est de pratiquer, dans la majorité des cas, une sélection qui écarte les personnes qui présentent le plus de risque – il faut souligner toutefois que certains groupes ne le font pas.

Le système privé garderait toute sa place pour proposer des assurances complémentaires. L'inclusion des « jeunes » ne devrait pas poser de problème car s'ils n'ont pas de travail, ils ne paient pas de cotisation, et s'ils en ont un, ils paient une cotisation ultra-minime si leur salaire est faible. (...) Commencant plus tôt, cette assurance aurait la capacité d'offrir des prestations qui sortiraient, enfin, les patients dépendants et leurs familles du cauchemar financier.

Françoise Forette,
Directrice International Longevity Center – France

ENCADRÉ :

Perspectives du financement de la préservation de l'autonomie : la vision de CNP Assurances



1 - Contexte

La préservation de l'autonomie des personnes âgées est un enjeu sociétal majeur compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées qui est en constante augmentation. La prise en charge en établissement médicalisé est chère et la conjonction du niveau des retraites et des aides publiques (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ne suffit pas toujours à la financer. La presse s'est récemment fait l'écho de la situation d'un professeur de philosophie renommé qui faisait appel à ses proches pour financer une place en EHPAD (coût estimé à 3 000 € en région parisienne). Pour le budget familial, il peut donc s'agir d'une charge conséquente dont le poids relatif pourrait encore augmenter avec la baisse du taux de remplacement des retraites.

Le maintien au domicile avec l'organisation d'un suivi et le passage de personnels spécialisés est quant à lui plus abordable, mais nécessite la présence d'un aidant et la forte mobilisation de son temps. On observe que cette relation aidant-aidé peut durer longtemps, dans la mesure où l'espérance de vie augmente, mais l'espérance de vie en bonne santé semble marquer le pas. La perte d'autonomie de la personne âgée n'est toutefois pas inéluctable ; il s'agit bien d'un risque auquel les personnes sont exposées, et il entre dans la mission économique et sociétale de CNP Assurances d'en proposer des solutions assurancielles complétées de services adaptés.

Il est sans doute nécessaire de communiquer davantage sur ce risque car aujourd'hui, peu de personnes disposent d'une couverture assurancielle perte d'autonomie.

CNP Assurances, dans sa volonté d'être proche du client final, a constitué plusieurs groupes de travail composés de personnes âgées de 50 à 74 ans pour les interroger autour de ce thème et appréhender au mieux leurs besoins. Même si nombre d'entre elles ont connu une situation d'aidant et alors même qu'elles sont persuadées « que leurs enfants ne les aideront pas comme eux l'ont fait pour leurs parents », elles ne disposent pas à leur connaissance de couverture perte d'autonomie : 5 millions de personnes en France disposent d'une couverture généralement modérée, alors que plus de 30 millions de personnes détiennent un ou plusieurs contrats d'assurance vie.

Les individus ne veulent pas anticiper les conséquences d'une situation de dépendance qui les concerneraient, car ce serait se projeter indirectement dans la perte d'autonomie, alors même que ce n'est une perspective ni agréable, ni certaine (la problématique diffère pour l'assurance obsèques...). Les personnes interrogées

pensent que l'État les aidera et que leurs dépenses seront financées par l'assurance maladie.

2 - Contrats à adhésion facultative

Ces contrats, les plus communément distribués par tous les acteurs, comportent des garanties en rente et en capital dans les situations de perte d'autonomie. Ce sont des contrats individuels, souscrits à l'initiative de la personne (« facultatifs »), qui comportent une sélection du risque (le postulant à l'assurance est accepté, sur-primé, ou refusé...), et apportent des garanties viagères.

Un frein pour la souscription de ces produits à adhésion facultative concerne les prix. Ceux-ci sont assez élevés du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, et donc de la durée d'exposition au risque ; et ceci a été renforcé par la baisse des taux de rendement financiers observée ces dernières années (une rente escomptée dans 20 ans coûte plus cher aujourd'hui du fait de la baisse des taux d'actualisation).

Il est constaté une certaine anti-sélection sur les produits à adhésion facultative (les personnes qui souscrivent de leur propre initiative ont un risque majoré par rapport à la population générale). Pour permettre une meilleure mutualisation du risque, il faudrait augmenter le nombre de souscriptions à ce type de contrat.

Un moyen serait de baisser le prix, par le biais d'incitations fiscales à l'image des PERP ou des contrats Madelin. Il faudrait par exemple rendre les cotisations déductibles du revenu imposable. Cette incitation fiscale de la part des pouvoirs publics pourrait concerner les produits bénéficiant du Label GAD ou d'un autre label. L'État ne percevrait le bénéfice économique de cette approche que dans une vingtaine d'années (délai entre la souscription d'un contrat et la réalisation du risque) : plus de personnes couvertes, et un peu moins d'APA versées. Rappelons que c'est par le levier de l'incitation fiscale que l'assurance vie a connu l'extraordinaire expansion que l'on connaît, ce qui a permis à l'État de sécuriser sa dette, et ce qui n'a pas empêché l'État de restreindre les avantages fiscaux lorsque l'objectif a été atteint (l'avantage fiscal ne pourrait être qu'une incitation initiale temporaire).

Du point de vue de la couverture, il faudrait que ces contrats à adhésion facultative donnent droit à des garanties dès la souscription, afin que les produits n'aient plus cette connotation « à fonds perdu ». La souscription à ces contrats se fait à 60 ans alors que le risque survient vers 80 ans. Cette période de 20 ans, pendant laquelle l'assuré cotise sans aucune prestation renforce le côté non attractif du produit.

Une solution passe par la prévention, déjà présente dans de nombreux contrats. Aujourd'hui l'assureur a un rôle dans le « Bien vieillir ». Dans nos recherches sur le risque, nous connaissons les causes principales de perte d'autonomie de la personne âgée, et inversement nous connaissons les points de vigilance. Il nous faut promouvoir les moyens de se maintenir en autonomie le plus longtemps possible et aider l'assuré à les mettre en pratique pour se préserver. Notre rôle est

peut-être de diffuser ce savoir et de proposer un accompagnement de l'assuré pendant ces 20 ans de cotisations pour lui permettre de se maintenir à domicile le plus longtemps possible.

Ici il ne s'agit pas uniquement de prévention santé, mais aussi de proposer des bilans pour favoriser le maintien chez soi et éviter les chutes. Les recherches continues sur les objets connectés ont un rôle dans ce maintien à domicile. Grâce à ces innovations, le maintien à domicile se trouve facilité. Ces innovations peuvent limiter le coût du maintien à domicile en diminuant les passages de personnels, en facilitant les relais, et permet de diminuer les inquiétudes de l'aidant par rapport à son aidé, surtout lorsque la relation se gère à distance.

Pendant l'intervalle de temps entre la souscription et la réalisation du risque, l'assuré bénéficie de services, aujourd'hui peu utilisés et qu'il faudrait encore plus promouvoir.

Ces services peuvent toucher directement l'assuré, pour sa propre autonomie, mais également l'assuré en tant qu'aidant. Cet aspect est de plus en plus à développer. Aujourd'hui, quel que soit notre âge, nous connaissons des personnes aidantes, ou nous avons vu nos parents s'occuper de nos grands-parents. Nous serons de plus en plus confrontés à ces situations. Nous y pensons pour nos proches, peut-être est-ce plus facile pour les enfants d'y penser pour les parents. Car quoi qu'ils en disent, nous pensons les aider plus tard.

L'assureur peut apporter par le biais des services une aide à l'assuré en tant qu'aidant. Faire des bilans à 360° : financier, santé, sur tous les aspects possibles de la personne aidée pour favoriser son maintien à domicile sans que cette charge devienne trop importante pour l'aidant. L'assureur devient alors accompagnateur de vie.

Toucher l'assuré en tant qu'aidant permettrait aussi de rajeunir l'âge de souscription du portefeuille et par ce biais le prix associé. Ce serait aussi un moyen de montrer à l'assuré l'utilité de ces contrats pour sa propre personne et pour plus tard. La meilleure diffusion de ces contrats passe aussi par une meilleure lisibilité. Le label GAD y a contribué. Mais il est nécessaire d'aller plus loin pour que l'assuré sache clairement à quoi il a droit et quand.

C'est donc par la promotion d'une utilité immédiate, évolutive et durable des services associés aux garanties assurantielles que les contrats peuvent devenir attractifs, et que l'on pourra lever l'obstacle du déni sus évoqué.

3 - Contrats à adhésion obligatoire

Les contrats à adhésion obligatoire concernent tous les membres d'un groupe donné (Mutuelle, Entreprise, Branche), sans sélection du risque (application de la loi Évin). Les garanties sont des rentes et des capitaux, complétées de services divers, à l'instar des contrats facultatifs. La cotisation est uniforme sur tout le groupe assuré. Pour augmenter le nombre de personnes couvertes et baisser le prix de l'assurance, une piste est d'augmenter la mutualisation du risque et cela passe par des contrats obligatoires.

Tout d'abord par des contrats obligatoires d'entreprise et de branche. L'argument souvent opposé sur ce type de contrat est qu'au regard de l'âge moyen des salariés, le risque ne les concernera que lorsqu'ils auront quitté l'entreprise.

Pour lutter contre cela, il est plus que nécessaire de proposer des garanties au salarié en tant qu'aidant de ses parents ou beaux-parents. Cela crée une relation gagnant/gagnant entre le salarié et l'entreprise, car les garanties et services apportés aux parents apportent de la sérénité au salarié, et limitent sa perte de performance professionnelle.

Ces contrats d'entreprise ou de branche couvrant la perte d'autonomie bénéficient du cadre social et fiscal de la loi Fillon : déductibilité des cotisations sous certaines conditions de forme et de mise en place contractuelle.

Dans une plus large mesure, pour augmenter la mutualisation du risque, il faudrait rendre la couverture de la perte d'autonomie obligatoire. S'il n'est pas possible, comme il avait été évoqué sous la présidence 2007-2012, de créer une 5^{ème} branche de protection sociale (la crise financière est passée par là), on peut rechercher des régimes privés quasi obligatoires – ou au minimum à très large spectre – comme l'AGIRC / ARRCO.

La couverture de la perte d'autonomie pourrait être couplée avec une offre complémentaire santé. Une couverture basée prioritairement sur un niveau de perte d'autonomie, un équivalent GIR1 et 2. Chaque assureur gérant la couverture associée à ses contrats santé, se regrouperait au sein d'un pool où l'ensemble des résultats serait mutualisé. Cela permettrait également en cas de résiliation et de souscription d'un contrat chez un autre assureur que les droits se suivent. La garantie gérée par le pool le serait à partir des mêmes hypothèses techniques de tarification et de provisionnement.

Synthèse

La couverture en établissement médicalisé de la dépendance lourde est un budget conséquent que les familles ne pourront pas prendre en charge et que l'État ne suivra pas. Une prise en charge obligatoire, qui peut passer par un système privé, est la seule solution pour baisser les prix, garantir une plus grande mutualisation, et par ce biais garantir une moins forte variabilité du risque.

Lorsque la perte d'autonomie est plus légère, il faut pouvoir permettre à l'assuré de rester chez lui le plus longtemps possible. Et ce maintien à domicile passe par l'utilisation de services. Ceux-ci devront intégrer à l'avenir une dimension humaine encore plus importante pour être proche de la personne aidée et faciliter la vie de son aidant. Ici, d'ailleurs l'aide que peut apporter l'assureur au couple aidant-aidé, n'est-elle pas encore plus qu'un moyen de couvrir la perte d'autonomie, un nouvel outil de préservation de la santé ?

**Adeline Gérard ,
Responsable Solution Actuariat Dépendance,
CNP Assurances**

III.3.5 - L'hypothèse d'un dispositif public de Sécurité sociale

Cette proposition prévoit l'intégration du risque lié à l'autonomie dans le dispositif de la Sécurité sociale. Il repose sur la création d'une assurance universelle, obligatoire et gérée par répartition, dans laquelle les cotisations (cotisation de Sécurité sociale ou Contribution Sociale Généralisée, selon les positions exprimées) seraient proportionnelles aux revenus. La gouvernance du dispositif, telle que décrite par le Rapport Fragonard de 2011, serait assurée par la CNSA et les caisses de Sécurité sociale. En 2011, cette solution n'a finalement pas été retenue par le gouvernement. À nouveau défendue par plusieurs candidats à l'élection présidentielle française de 2017, elle est souvent jugée compatible avec le développement complémentaire d'assurances facultatives rendues plus attractives, éventuellement encadrées ou régulées.

Cette vision des assurances privées intervenant de façon complémentaire à une solidarité nationale assumant l'essentiel du risque a été mise en avant en 2011 par le Conseil économique, social et environnemental⁴³ et par le Manifeste du GR 31⁴⁴.

III.3.6 - Les hypothèses d'assurance privée universelle

Rappelons également deux propositions d'assurance privée quasi-substitutive à la dépense publique, discutées en 2010 et 2011. D'une part, le rapport Fragonard de 2011 évoquait « *un système fondé sur une assurance privée universelle de haut niveau réduisant très significativement à terme la dépense publique*⁴⁵ » (schéma basé sur l'exemple de Singapour, obligatoire dès 40 ou 50 ans, en capitalisation). D'autre part, le rapport de Valérie Rosso-Debord⁴⁶ proposait de créer « une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie⁴⁷ » obligatoire dès l'âge de cinquante ans, dont l'universalisation progressive s'effectuerait par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

Préconisations

Progresser vers une conception globale de l'autonomie : en cohérence avec l'article 13 de la loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, poursuivre les efforts de toutes les parties prenantes pour une politique globale de l'autonomie, quel que soit l'âge en rapprochant les dispositifs actuellement dédiés à l'âge et au handicap.

Réfléchir à la constitution d'un Observatoire de l'aide à l'autonomie, pour favoriser la production de données statistiques partagées.

Tendre vers l'élaboration d'une grille commune de critères d'évaluation de la perte d'autonomie, et réfléchir à l'articulation entre les critères d'attribution de l'APA et ceux des assureurs.

Poursuivre le chantier de l'information pour la lisibilité des contrats et la confiance des assurés, en particulier en étudiant la mise en place, par la concertation entre professionnels de l'assurance et de la protection sociale, un fichier national pour éviter la déshérence des contrats d'assurance autonomie. L'interrogation du fichier pourrait être automatique en cas de demande ou d'attribution de l'APA – et ceci indépendamment du rôle joué aujourd'hui par l'AGIRA.

Réfléchir à une nouvelle labellisation des contrats en engageant la concertation annoncée par la loi « adaptation de la société au vieillissement » en vue de favoriser les contrats les plus protecteurs dans les lois de finances ou de financement de la Sécurité sociale. Réfléchir à un label spécifique pour les organismes à but non lucratif. Renforcer l'attractivité des contrats grâce aux actions de prévention et aux services, notamment en direction des aidants.

Renforcer la prise en compte des aidant(e)s en faisant de l'assistance aux proches aidants un critère d'attribution d'un nouveau label pour les contrats autonomie, en renforçant les liens entre entreprises, assureurs, acteurs de la protection sociale et partenaires sociaux sur la question des aidant(e)s salariés et en développant les produits et services dédiés aux aidants.

Réfléchir à la place de l'assurance autonomie privée

- Explorer les articulations possibles entre solidarité nationale et assurances complémentaires.
- Encourager la négociation sur la garantie autonomie au niveau des branches tout en assurant la protection des travailleurs indépendants.
- Réfléchir à l'intégration d'une assurance autonomie dans les contrats complémentaires santé et prévoyance.
- Explorer les différentes hypothèses d'assurance autonomie obligatoire dans le cadre collectif et dans le cadre individuel, pour la dépendance légère ou pour la dépendance lourde.
- Réfléchir à un régime dérogatoire à Solvabilité II en matière d'assurance autonomie.

⁴³ La dépendance des personnes âgées, avis du Conseil économique, sociale et environnemental, juin 2011

⁴⁴ http://www.uriopss-idf.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/B_fevrier_2010/54000Plateforme_5eme_risque.pdf

⁴⁵ Groupe de travail n°4 - Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées - Comité interministériel sur la dépendance - juin 2011

⁴⁶ Rapport de Valérie Rosso-Debord (2010)

⁴⁷ Groupe de travail n°4 - Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées - Comité interministériel sur la dépendance - juin 2011

FOCUS 2

France PRÉVOYANCE INVALIDITÉ

« Améliorer la prise en charge de l'incapacité et de l'invalidité pour mieux répondre aux besoins des assurés »

Introduction

Par Monsieur Thomas Behar, Directeur Technique de CNP Assurances

La Prévoyance, permet de faire face à un imprévu, évite des frais financiers et permet de prévoir l'avenir de ses proches. Elle répond à un besoin évident des assurés. Sa définition, dans les contrats d'assurance, en revanche, présente toujours une grande variabilité nécessitant une attention particulière des assurés afin d'en vérifier l'adéquation avec leur besoin.

C'est en particulier le cas lorsque l'assuré vit en situation de handicap et a comme les autres assurés besoin de couvrir sa situation financière face à l'imprévu qui l'empêcherait d'exercer son activité professionnelle. La clarification des garanties déjà améliorée pourrait encore progresser afin de répondre pleinement au devoir de conseil dû aux assurés.

La Prévoyance répond néanmoins à un besoin des individus. Ce besoin n'est que très partiellement couvert par l'État au travers du système de Sécurité Sociale. Les revenus de remplacement procurés par le système social sont en général insuffisants pour faire face aux besoins réels. Le recours à des couvertures complémentaires ou supplémentaires est donc important. Malgré ce besoin, l'État n'a pas organisé d'obligation pour cette couverture complémentaire et n'a imposé que la souscription de garanties à fréquence forte mais coûts modérés au travers de l'obligation de la complémentaire santé (L'ANI).

Les grandes réflexions actuelles sur l'avenir du marché de l'assurance vie avec les contrats d'épargne pourraient permettre de prendre en compte ce besoin de couverture de la prévoyance en organisant des incitations à un enrichissement des contrats de garanties complémentaires de prévoyance.

I - Contexte et définition

I.1 - Définition de l'invalidité et de la prévoyance

L'invalidité et l'incapacité consécutive à une maladie ou à un accident : des définitions contractuelles encore et toujours trop restrictives.

On parle souvent d'assurance « accident-maladie », ce qui est pratiquement et juridiquement une aberration car aucun assureur ne consent à verser une somme d'argent, forfaitaire ou indemnitaire, au seul prétexte que son assuré aurait soit subi un accident, soit souffert d'une maladie. Le risque couvert est en réalité une conséquence de l'un de ces événements : une incapacité, une invalidité ou un décès. De la sorte, on se trouve en présence d'un risque dit composite, car au moins deux éléments doivent être constatés pour que la garantie trouve application : l'incapacité, l'invalidité et le décès d'une part, et leur origine, la maladie ou l'accident d'autre part. Or, si le constat d'un décès n'est en principe pas malaisé (sauf quand c'est un suicide qui est envisagé), tel n'est pas le cas des quatre autres éléments. En effet, dans le cadre des contrats d'assurance, aucun d'entre eux ne connaît de définition légale, sauf, parfois, par référence aux notions établies dans le cadre du Code de la Sécurité Sociale. Cela signifie très simplement que seule la lecture du contrat permet de savoir en quoi l'accident, la maladie, l'incapacité et l'invalidité consistent. Et, s'agissant de notions contractuelles délicates à cerner, cela se traduit inévitablement par un contentieux dont le volume montre que les assurés sont souvent déçus par leur couverture d'assurance, notamment lorsque celle-ci est affectée à un crédit.

En témoignent les centaines de décisions rendues par la Cour de cassation durant les vingt dernières années, étant entendu qu'il ne s'agit là que de la partie émergée de l'iceberg judiciaire. Même la Cour de Justice de l'Union Européenne a été appelée à intervenir sur ce sujet en 2015, dans un sens plutôt favorable aux assurés. Pourtant, les assureurs (ou la plupart d'entre eux) ont tenté, au cours de ces dernières années, d'améliorer les définitions contractuelles de la maladie et de l'accident, ainsi que celles de leurs conséquences, l'incapacité et l'invalidité. Ils ont été accompagnés par le Comité Consultatif du Secteur Financier en novembre 2015, qui a tenté d'en délimiter les contours, tout en précisant que « Les définitions proposées dans le présent glossaire n'ont aucune valeur contractuelle »...

Il ne peut être ici question de présenter toutes les clauses dont le caractère pathogène a été relevé en jurisprudence, ou observé par les médiateurs, mais celles qui ont suscité de plus ou moins nettes réponses de la part des juridictions judiciaires, réponses que chacun pourra approuver ou déplorer. Fondamentale-

ment, le problème est toujours le même : l'assuré prétend se trouver dans la situation d'incapacité ou d'invalidité au sens du contrat d'assurance, et l'assureur soutient le contraire en se prévalant de la lettre de ce dernier. Et la solution dépend de l'appréciation, par le juge, de la clarté de la définition et de sa compréhension par l'assuré. Quant aux remèdes apportés aux clauses trop restrictives aux yeux de ce dernier, ils ne sont souvent que des pis allers qui reflètent le malaise général qui imprègne ces garanties d'assurance.

1.1.1 - Les définitions discutées

Elles ont trait aussi bien à l'origine de l'invalidité, ou de l'incapacité, qu'aux critères contractuels de celles-ci.

A - L'origine : l'accident et la maladie

On n'insistera pas sur l'accident : la notion est souvent imprécise en raison, notamment, de l'exigence de la soudaineté et de l'extériorité, et cela est vrai de toutes les branches d'assurance. Pourtant, on ne résistera pas à citer une affaire qui montre les extrémités auxquelles sont parfois conduits les avocats des assurés afin de persuader le juge que l'événement accidentel survenu répond bel et bien à la condition d'extériorité : l'assuré étant tombé de la margelle de son balcon, sans aucune intervention d'un phénomène étranger (boum supersonique, attaque d'un frelon, etc.), il a soutenu que sa chute et sa brutale prise de contact avec le sol étaient dues à l'attraction terrestre, raisonnement malheureusement repoussé par la Cour de cassation...

La maladie provoque de multiples litiges dans la mesure où les polices d'assurance en excluent souvent un nombre important (toutes maladies sauf...), ou, plus rarement, définissent positivement les maladies comprises dans leur champ d'application (telle et telle maladie). La difficulté est alors évidente : comment décrire correctement la maladie exclue ou retenue ? Par son appellation scientifique ou par l'idée que le commun des mortels peut s'en faire ? C'est la seconde approche qui prévaut habituellement... mais le concept risque alors d'être trop flou au regard de la loi et de la jurisprudence. En quoi consistent une « maladie sexuellement transmissible », un « mal de dos », un « état dépressif » ou encore une « maladie ou infirmité à caractère évolutif » ? En revanche, l'ambiguïté disparaît, scientifiquement du moins, lorsque la clause mentionne les « atteintes vertébrale, discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatralgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie »... mais l'assuré est-il réellement mieux éclairé ?

B- Le risque garanti : l'incapacité et l'invalidité

De façon très générale, l'incapacité s'entend habituellement de l'impossibilité temporaire d'exercer une activité, le plus souvent professionnelle, tandis que l'invalidité correspond à une situation permanente, immédiatement liée à l'accident ou à la maladie, ou à une incapacité devenue durable. Il faut admettre que l'on ne peut pour ainsi dire rien tirer d'utile d'une telle observation, car à nouveau, c'est à chaque contrat qu'il convient de s'attacher pour déterminer le sens même de l'incapa-

cité ou de l'invalidité. Il est donc extrêmement difficile d'exposer des critères communs à l'ensemble du marché de l'assurance. Toutefois, les conditions peuvent tenir à la distinction entre activité rémunérée ou non rémunérée, et à la durée de l'impossibilité d'exercer ladite activité. Une approche éclairante de ces problèmes peut être trouvée dans le rappel de deux clauses extrêmement répandues dans les assurances emprunteurs, et dans d'autres contrats non liés à un crédit, du reste.

La première tient à l'activité de l'assuré à la suite de la maladie ou de l'accident : l'invalidité est décrite comme « l'impossibilité absolue de se livrer à une quelconque activité, rémunérée ou non ». Toute activité étant soit rémunérée, soit non rémunérée, et devant être ici impossible (et de façon « absolue », qui plus est !), on conçoit que la clause soit connue sous le nom de « clause coma ». La perte d'autonomie est ainsi radicale.

La seconde a trait à la durée de l'invalidité : celle-ci doit être « définitive » pour que soit due la prestation d'assurance... mais à quel moment saura-t-on que ce critère est satisfait ? De deux choses l'une : soit l'assuré retrouve une possibilité d'activité, et il n'aura jamais eu droit à la moindre prestation, soit on attend son décès et l'on constate alors que son invalidité n'a pas pris fin : c'est à cet instant qu'il peut percevoir la rente ou le capital prévu par le contrat d'assurance. Ionesco aurait apprécié.

La clause coma semble ne plus être intégrée aux contrats actuels, mais il faut songer aux portefeuilles d'assurance encore en cours, qui la contiennent toujours. Une évolution s'est néanmoins dessinée dans le marché, favorable aux assurés : l'invalidité suppose que l'assuré ne puisse plus exercer d'activité professionnelle. Le problème n'est pas pour autant vraiment neutralisé, car de quelle profession s'agit-il ? Le CCSS l'a bien relevé, dont le Glossaire de 2015 énonce que « l'invalidité permanente totale » est « selon les contrats », « l'impossibilité de poursuivre soit l'activité exercée au moment du sinistre, soit toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit ». On trouve effectivement la première définition dans quelques contrats, et la seconde dans la plupart des contrats. Or, autant l'une procure une garantie satisfaisante, autant l'autre ne répond pas aux attentes de l'immense majorité des assurés. Sur ce point, il est frappant de constater que la jurisprudence de la Cour de cassation concerne souvent des assurés qui sont des travailleurs « manuels », par opposition aux activités purement intellectuelles : boulanger, peintre en bâtiment, bûcheron, maçon, etc. Comment leur expliquer que si à la suite de l'accident ou de la maladie, leur invalidité leur interdit de poursuivre leur métier, la garantie ne s'appliquera cependant pas, au motif qu'ils peuvent encore être professeurs de droit ou conseillers à la Cour de cassation ? Et que diraient ces derniers s'ils se trouvaient certes dans l'impossibilité d'exercer leur profession, tout en pouvant néanmoins devenir boulanger, ou peintre en bâtiment ? La question mériterait d'être aussi posée, dans le même sens, aux assureurs qui rédigent les définitions de l'invalidité, ainsi qu'aux banquiers qui souscrivent des assurances de groupe qu'ils proposent à leurs clients.

Bref, tout cela est plus que bancal. Tout d'abord, l'assurance du risque d'invalidité ne délivre pas de garantie satisfaisante, et l'image des assureurs en est gravement atteinte, qui ne remplissent pas le rôle social que l'on attend d'eux. Ensuite, si l'on prend l'exemple des assurances emprunteurs, les banques se tirent une balle dans le pied en construisant des contrats de groupe aussi insuffisants : si l'assureur ne prend pas en charge les échéances des crédits, du fait du caractère trop restrictif de la notion contractuelle d'invalidité, il faudra mettre en jeu d'autres garanties personnelles (caution) et réelles (hypothèque, avec saisie du bien immobilier, etc.), sources de bien des complications et de drames pour les clients et leurs familles. Enfin, comment justifier l'inadaptation de la définition de l'invalidité au regard de la situation des assurés ? La réponse est simple : une bonne assurance est chère, et il tombe sous le sens que la prime qui correspond au risque de ne plus pouvoir exercer l'activité en cours au moment de l'invalidité est nettement plus élevée que celle qui est demandée au titre de l'impossibilité de pouvoir exercer une quelconque activité (clause coma), ou même toute autre activité professionnelle.

1.1.2 - Les remèdes

En deux mots, soit on critique la clause qui offre une définition trop restrictive de l'invalidité en l'interprétant ou en relevant son caractère abusif, soit on met en jeu la responsabilité de l'interlocuteur de l'assuré.

A - La critique de la définition contractuelle du risque

Un principe fondamental du droit des contrats veut que si la clause est claire et précise, elle doit être appliquée. Il n'est pas rare que les juges du fond tentent de déformer la définition contractuelle de l'invalidité, en jugeant par exemple que ce n'est pas toute profession qui doit être rendue impossible par la maladie ou l'accident, mais seulement la profession exercée par l'assuré au moment du sinistre. La Cour de cassation censure ces décisions au nom du principe du respect du contrat, loi des parties. Il reste alors à soulever le caractère abusif de la clause, en ce qu'elle crée un déséquilibre entre les droits et obligations des parties au contrat d'assurance. Toutefois, le droit français des clauses abusives, transposant les directives européennes, interdit d'atteindre les clauses qui définissent l'objet même du contrat, en l'occurrence, la définition de l'incapacité ou de l'invalidité. Il n'en reste pas moins que la Cour de Justice de l'Union Européenne a bouleversé cette règle en décidant qu'elle ne s'applique que si la clause litigieuse est à la fois claire et intelligible pour l'assuré. Dans cet arrêt, une opposition a été marquée entre deux notions : « incapacité totale de travail » et incapacité permanente partielle » : pour la Cour, il existe ainsi un risque de confusion dans l'esprit de l'assuré. Et c'est en suivant ce raisonnement qu'elle a condamné la clause « coma ».

Maintenant, si la clause qui définit positivement l'incapacité et l'invalidité est effectivement ambiguë, c'est-à-dire susceptible de plusieurs sens, le Code de la consommation impose au juge de l'interpréter en faveur du consommateur ou du non-professionnel : on assiste

alors à une certaine extension des notions d'incapacité et d'invalidité. Il faut aussi souligner que si la clause restreint le domaine utile de la garantie au moyen d'exclusions, la sanction de l'ambiguïté est nettement plus rigoureuse : l'exclusion est déclarée nulle. Tel a été le cas de celles déjà évoquées, relatives à l'origine de l'incapacité et de l'invalidité (ainsi que du décès, au demeurant) : « maladie sexuellement transmissible », « mal de dos », « état dépressif » ou encore « maladie ou infirmité à caractère évolutif ». Il faut bien mesurer les conséquences d'une telle annulation : d'une part, ce qui était contractuellement exclu devient garanti, pour le plus grand bien de l'assuré, mais d'autre part, l'assureur devra verser les prestations alors même qu'il n'a pas perçu de prime, et il ne sera pas en droit de demander une portion de prime pour le risque initialement exclu mais désormais couvert.

B - La mise en jeu d'une responsabilité

L'un des phénomènes les plus courants et constants du droit du contrat se tient dans la dualité des demandes du contractant déçu : si l'on n'obtient pas satisfaction par la mise en œuvre du contrat, on se rabat sur la mise en cause d'une responsabilité. En ce qui concerne les garanties dites maladie-accident, la seconde branche de l'alternative se manifeste par des centaines de décisions de justice. De façon lapidaire, l'assuré fera grief à son interlocuteur assureur, banquier, courtier, agent général, voire non professionnel de l'assurance- de ne pas l'avoir utilement informé, conseillé ou mis en garde contre l'insuffisance de la garantie, même très clairement libellée. Ce dernier devoir a été près de cent fois affirmé par la Cour de cassation ces dernières années... mais on n'observe pas de réel changement dans la rédaction des clauses définissant l'invalidité.

Il est certain que les assureurs ont fait de réels efforts pour rendre plus claires les clauses qui définissent les éléments des risques composites ici analysés : accident, maladie, d'une part, incapacité et invalidité d'autre part. Pour autant une claire restriction ne conduit pas à satisfaire les besoins de l'assuré.

Le seul remède envisageable réside dans une définition plus compréhensive de l'incapacité et de l'invalidité (voire de l'accident et de la maladie). Et si le prix d'une garantie convenable est plus élevé, il faudrait par exemple proposer un choix à l'assuré, en lui soumettant un catalogue au sein duquel il opérerait pour la garantie qui lui semble adaptée à sa situation personnelle.

1.2 - Un modèle social porté par les institutions

En France, les personnes concernées par le handicap, en âge de travailler et vivant à domicile, sont estimées à 9,9 millions. 2,5 millions d'entre elles déclarent avoir une reconnaissance administrative de leur handicap leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Ces populations, du seul fait de leur état de santé, présentent un risque fortement accru de ruptures professionnelles. « Par rapport aux

personnes en bonne santé, le risque de devenir inactif est 4 à 5 fois plus élevé pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée ». « 25 % des ayants droit à l'Obligation d'Emploi de Travailleurs Handicapés déclarent avoir connu un événement de santé qui les a contraints à quitter le marché du travail, temporairement ou définitivement. 35 % estiment que leur problème de santé a eu un impact sur leur vie professionnelle ».

Chaque année, plus de 850.000 avis d'aptitude avec réserves et plus de 160 000 avis d'inaptitude sont délivrés par les médecins du travail. Les études régionales visant à avoir une connaissance plus précise du devenir des salariés ayant été déclarés inaptes donnent des résultats convergents. Ainsi, une étude conduite en Bretagne, en 2010, montre que 95 % des salariés déclarés inaptes ont été licenciés. Une autre étude menée en Lorraine, en 2007, a constaté que seuls 20 % des salariés déclarés inaptes avaient retrouvé un emploi un an après la déclaration d'inaptitude. Des processus de mise en invalidité que l'OCDE qualifie de discriminant : « [...] ils sont basés sur des critères médicaux et non sur la capacité, même partielle, de travail ; ils sont excluant alors qu'il conviendrait de permettre aux personnes ayant des capacités partielles, de travailler à temps partiel ».

Le Défenseur des droits souligne lui aussi, dans plusieurs rapports, le caractère potentiellement discriminatoire de l'association qui est faite entre situation de handicap d'une part et exclusion sociale et professionnelle d'autre part.

Dans un modèle de société qui continue de systématiser le lien entre la restriction médicale et l'aptitude professionnelle, le droit au travail revendiqué par les personnes fragilisées dans leur santé, interroge les représentations collectives du handicap.

Pendant longtemps, en France, le handicap a été abordé comme la seule résultante d'une incapacité à réaliser une ou plusieurs tâches. Cette approche, centrée sur la déficience, a été supplantée par une acception plus large, instillée par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de Santé (CIF) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (2001) et la loi du 11 février 2005 pour « L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». La notion de « handicap situationnel », qui naît de l'absence, partielle ou totale, d'adéquation entre la déficience et l'environnement de la personne y est affirmée : la seule restriction médicale ne permet plus de définir le handicap.

Cette nouvelle représentation sociale du handicap, a fondé la nécessité d'une prise en charge globale de la personne et consacré l'intérêt de dépasser la performance technique devant aboutir à une récupération fonctionnelle. Les missions des établissements de soins ont d'ailleurs été réaffirmées dans ce sens. L'article L6112-1 du code de la santé publique dispose : « Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer [...] la lutte contre l'exclusion sociale [...] ». Les décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

(SSR), confirment les missions d'accompagnement à la réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle.

Alors que le projet de soins fait l'objet d'une attention soutenue, les initiatives d'accompagnement et de préparation à la réinsertion professionnelle représentent une réalité encore très hétérogène.



Anna PICARD - Directrice COMETE France

L'association COMÈTE FRANCE, créée en 1991, est la seule structure nationale qui met en œuvre un processus normé d'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées, dès leur hospitalisation. Cette action précoce, nommée Démarche Précoce d'Insertion (DPI), permet de gagner un temps considérable en conjuguant étroitement, dès les premières étapes du parcours de soins, insertion socioprofessionnelle et rééducation fonctionnelle. Une étude menée en 2004 par le CRÉDOC a démontré l'efficacité de l'accompagnement proposé puisque, sur une cohorte de 200 personnes interrogées, « 74 % des patients ayant été suivis par une équipe Comète ont retravaillé contre 38 % des patients n'ayant pas eu ce suivi ».

Mais les actions de l'association COMÈTE FRANCE sont actuellement limitées aux pathologies relevant des champs de compétence de la Médecine Physique et de Réadaptation (atteintes cérébrales, médullaires, traumatologie...). Pourtant, les besoins d'accompagnement socioprofessionnel des patients relevant d'autres spécialités sont tout aussi importants : l'attente des usagers du système de soins et de leur entourage est forte et les professionnels médicaux et paramédicaux affirment également cette nécessité d'accompagnement.

Véritables enjeux de société, l'inclusion et la participation des personnes en situation de handicap doit être une priorité devant garantir que les mêmes chances d'accès ou de maintien dans l'emploi soient proposées à tous, indépendamment de la nature de la déficience.

1.3 - Les interactions entre le handicap et l'environnement

Le handicap est une notion complexe, évolutive, multidimensionnelle et controversée. Ces dernières décennies, les organisations de personnes handicapées, avec l'aide de nombreux chercheurs en sciences sociales et de la santé, ont pu déterminer le poids des barrières sociales et physiques dans le handicap.

Le passage d'une approche médicale et centrée sur l'individu à une approche structurelle et sociale a été considéré comme un basculement du « modèle médical » au « modèle social », qui part du principe que les individus sont davantage handicapés par la société que par leur corps.

On oppose généralement ces deux modèles ; or, le handicap ne doit pas être envisagé d'un point de vue strictement médical ou social, car l'état de santé des personnes handicapées a souvent des répercussions sur leur vie sociale.

Il faut donc adopter une approche équilibrée, permettant de bien évaluer les différentes dimensions du handicap. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui forme le cadre conceptuel du présent rapport, envisage le fonctionnement et le handicap comme une interaction dynamique entre l'état de santé et les facteurs contextuels, à la fois personnels et environnementaux.

Cette « approche biopsychosociale » constitue en fait un compromis acceptable entre les modèles social et médical. « Handicap » est un terme vaste, qui recouvre les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation, et se rapporte aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant un problème de santé et les facteurs contextuels (environnementaux et personnels).

Dans son Préambule, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) reconnaît que « la notion de handicap évolue », et souligne aussi que « le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des déficiences et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». Définir le handicap comme une interaction, c'est considérer qu'il n'est pas un attribut de l'individu. On peut améliorer l'intégration sociale en s'attachant à supprimer les obstacles auxquels sont confrontées les personnes handicapées au quotidien.

L'environnement d'un individu a un impact considérable sur le handicap et la sévérité de la situation de handicap. Les environnements inaccessibles sont source de handicap, car ils créent des obstacles à la participation et à l'inclusion.

Voici quelques exemples de situations dans lesquelles l'environnement a un impact négatif :

- une personne atteinte de surdité, sans interprète en langue des signes à ses côtés ;
- un individu se déplaçant en fauteuil roulant dans un bâtiment sans toilettes pour personnes handicapées ni ascenseur ;
- une personne non-voyante utilisant un ordinateur sans logiciel de lecture d'écran.

II - Le fonctionnement de la couverture de ce risque

II.1 - Les conditions d'attribution de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale

Au 1^{er} janvier 2017, les conditions d'attribution de la pension d'invalidité sont les suivantes :

Une personne peut être reconnue invalide si sa capacité de travail et de gain est réduite d'au moins 2/3 à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle. Il est alors possible d'entamer des démarches pour obtenir le versement d'une pension d'invalidité afin de compenser la perte de salaire.

Pour adresser sa requête, il est nécessaire d'avoir été affilié à la Sécurité sociale depuis au moins 12 mois   partir du 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue :

- soit l'interruption de travail suivie d'invalidité,
- soit la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de votre organisme.

En plus de la durée d'affiliation, vous devez remplir au moins une des conditions suivantes :

- soit avoir cotisé sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le Smic horaire au cours des 12 mois civils précédant l'interruption de travail,
- soit avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité.

II.2 - Les différentes catégories d'invalidité

Pour déterminer le montant de la pension, les personnes invalides sont classées en 3 catégories, en fonction de leur situation :

Catégorie	Situation
1^{re} catégorie	Invalides capables d'exercer une activité rémunérée
2^e catégorie	Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque
3^e catégorie	Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

C'est le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui détermine la catégorie d'invalidité.

 tre reconnu invalide de 2^e ou 3^e catégorie n'entraîne pas automatiquement l'incapacité au travail. C'est au

médecin du travail de la constater, dans le respect de la procédure prévue en matière d'inaptitude. Toutefois, il peut déclarer une personne apte à travailler, sous conditions qu'il fixe dans son avis d'inaptitude, même en cas de classement en 2^e ou 3^e catégorie. La pension est calculée sur la base d'une rémunération moyenne, obtenue à partir des 10 meilleures années de salaire (salaires soumis à cotisations dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale).

Les pensions d'invalidité sont revalorisées 1 fois par an, par application d'un coefficient de majoration.

Montants minimum et maximum des pensions en fonction des catégories d'invalidité

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire annuel moyen des 10 meilleures années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 ^{re} catégorie	30 %	282,77 €	980,70 €
2 ^e catégorie	50 %	282,77 €	1 634,50 €
3 ^e catégorie	50 %, majoré de 40 % au titre de la majoration pour tierce personne	1 390,27 €	2 742,00 €

II.3 - Les enjeux et limites du système actuel

Un système de protection sociale efficace doit permettre de faire face aux aléas et/ou aux risques de la vie. Ces aléas et/ou risques auxquels les personnes en situation de handicap sont particulièrement exposées peuvent occasionner une baisse des ressources (perte de revenu) ou une hausse des dépenses du fait des besoins non couverts auxquels la personne doit pourtant faire face (maladie, vieillesse, invalidité, chômage, charges de famille,...).

Le système actuel d'invalidité et de prévoyance est perfectible pour couvrir au mieux les besoins des personnes en situation de handicap. Il pourrait vraisemblablement garantir un revenu de remplacement supérieur, voire offrir une prestation d'aide à l'autonomie adéquate pour faire face à l'intégralité des besoins liés à la perte d'autonomie. La couverture offerte par la solidarité nationale via l'assurance maladie, ne couvre pas l'intégralité des besoins et le reste à charge reste important pour les personnes et les familles concernées par le handicap. Les assurances complémentaires deviennent alors essentielles pour les familles qui souhaitent réduire le montant du reste à charge.

La sélection du risque pour les personnes qui sont en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou à une situation de handicap est alors déterminante pour les assurer et leur permettre par exemple d'emprunter de l'argent pour financer leurs projets. L'évaluation de l'état de santé du candidat constitue un élément important dans le calcul du risque. Le traitement du questionnaire médical peut entraîner le calcul de surprimes, d'exclusions de garantie voire un refus d'assurance sur certains risques déterminés.

Même si depuis le 1^{er} janvier 2015, la portabilité au titre des garanties de la prévoyance est généralisée, elle reste limitée dans le temps. Si l'on considère le champ de la prévoyance invalidité, certaines limites sont applicables aux personnes en situation de handicap.

A - Les limites de la prévoyance invalidité

Le système de prévoyance invalidité ne couvre que les personnes en situation de handicap qui ont travaillé. Si elle permet le versement d'une rente en complément de la pension versée par la sécurité sociale afin de compenser tout ou partie de la perte de revenu, ses conditions de mise en place et la durée et le montant de sa prestation varient selon les contrats souscrits.

Certaines personnes dont le chiffre exact reste difficile à évaluer, (aucun chiffre officiel n'est aujourd'hui disponible) restent à l'écart de ce système de protection parce qu'elles n'ont jamais ou pas suffisamment travaillé (moins de 12 mois ou bien à temps partiel). La pension d'invalidité est alors très faible.

Les garanties cessent à l'âge de la retraite.

B - Les perspectives ouvertes par la création d'un 5^{ème} risque de sécurité sociale (ou risque autonomie) est un axe d'amélioration potentiel

Effectuer les gestes simples de la vie quotidienne : se lever, se laver, manger, se déplacer... peut très vite devenir problématique voire impossible pour des personnes en situation de handicap.

La perte d'autonomie peut toutefois être "compensée" par des aides permettant de retrouver un certain niveau d'indépendance. Ces aides sont de différente nature : intervention d'auxiliaires de vie pour la toilette, la prise des repas, les déplacements..., mise à disposition de fauteuils roulants, de prothèses auditives ou d'écriture en braille, chiens d'aveugle...

ENCADRÉ :

Les attentes des personnes en situation de handicap,



Le sondage APF - Ifop « Élections 2017 et handicap » met en lumière la réalité quotidienne de personnes en situation de handicap. S'il fait ressortir diverses attentes, deux domaines sont considérés comme prioritaires par les personnes concernées :

- couvrir tous les besoins d'aide à l'autonomie (aides de toute nature nécessaires à la compensation du handicap) ;
- disposer de ressources suffisantes pour vivre dignement et sortir de la précarité. Selon le rapport l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) 1425 euros mensuels sont nécessaires à

une personne seule occupant un logement du parc social et 1 571 € pour une personne vivant dans un logement privé.

Premier exemple, le financement d'un fauteuil roulant n'est pris en charge par les aides de la Sécurité sociale, les MDPH et les fonds départementaux de compensation qu'à hauteur de 2 300 € alors que le coût total du fauteuil est de 7 300 €.

Autre exemple, dans le cadre d'une Invalidité Motrice Cérébrale, le coût du matériel pour la synthèse vocale d'Anaïs est estimé à 9 600 €, 2 400 € pour le Neater eater et 4 000 €, la poussette...

Le financement public des aides techniques proposées repose principalement sur trois bailleurs: la Sécurité sociale, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) *via* la prestation de compensation du handicap (PCH) et le Fonds départemental de compensation.

Mais la participation de la Sécurité sociale reste limitée (558,99 € seulement pour un fauteuil roulant manuel pliant à dossier non inclinable dont le coût est généralement 2 à 3 fois plus élevé) voire inexistante sur les produits qui ne sont pas inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (aides aux transferts, à la toilette, aux repas, etc.).

Le marché de la prévoyance est partagé entre les institutions de prévoyance, les mutuelles et les sociétés d'assurance. Celles-ci réassurent aussi de manière significative les opérateurs paritaires et mutualistes.

Pascale Ribes,
Vice-présidente de l'Association
des Paralysés de France

III - Produits et solutions existantes

III.1 - Descriptif des couvertures

III.1.1 - Le contrat de prévoyance

Un contrat de Prévoyance est un contrat d'assurance, à durée temporaire à fonds perdus qui protège l'assuré contre des événements susceptibles d'entraîner de profonds bouleversements dans la vie du foyer, comme le décès ou l'invalidité.

L'assurance vie

- pour permettre à la famille de faire face à la situation grâce à un capital,
- ou couvrir les frais d'éducation des enfants (versement d'une rente éducation aux enfants jusqu'à un âge déterminé dans le contrat).

Assurance décès ou invalidité

Dans le cas du décès de l'assuré, une somme définie au contrat est versée aux bénéficiaires désignés par l'assuré. Si une invalidité ou une perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A.) survient pour l'assuré, le contrat lui garantit le versement d'une rente, pour compléter ses revenus et faire face aux répercussions de l'événement.

À durée temporaire

L'aléa, ici le décès, étant tout aussi inévitable qu'il est imprévisible, l'enjeu d'une assurance décès est de couvrir le risque de décès pour une période donnée. Vous êtes donc couvert jusqu'à un âge fixé dans le contrat. Cet âge limite est en général de 65 ou 70 ans pour la garantie décès, et de 60 ans pour la garantie invalidité.

À fonds perdus

Un contrat de prévoyance est différent d'un contrat d'assurance-vie où les versements que vous effectuez constituent l'épargne que vous récupérerez au dénouement du contrat. Ici vous cotisez à échéance fixe (mensuelle, annuelle) et au terme du contrat, quand tout le monde est en bonne santé et que le risque n'est pas survenu, l'assureur garde les sommes cotisées. Si le risque survient, un capital calculé en fonction du montant des cotisations est versé.

De manière plus marginale aujourd'hui, il existe des contrats d'épargne sur lesquels sont prélevés des primes de risque finançant les garanties de prévoyance.

III.1.2 - La Garantie des Accidents de la Vie (GAV)

La Garantie des Accidents de la Vie (GAV) est un contrat d'assurance labellisé par les assureurs qui permet d'indemniser rapidement les assurés, selon les règles du droit commun, en cas de dommages corporels accidentels importants survenus au cours de leur vie privée. La Garantie des Accidents de la Vie couvre l'assuré même dans les cas où il s'est blessé tout seul et où il n'y a personne contre qui se retourner.

Deux types de contrat d'assurance sont généralement proposés : soit le contrat couvre une seule personne, soit il couvre une famille.

Quels sont les événements accidentels garantis ?
Les événements garantis sont :

- les accidents de la vie privée (chutes, intoxications alimentaires, brûlures...);
- les catastrophes naturelles et technologiques ;
- les accidents médicaux ;
- les accidents dus à des attentats ou des agressions.

Les accidents de la route et les accidents du travail ne sont pas garantis car ils sont soumis à un régime d'indemnisation spécifique obligatoire.

Que garantit la GAV ?

La GAV prévoit que les assureurs couvrent au minimum l'incapacité permanente, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément et les souffrances endurées, dès lors que l'incapacité permanente imputable directement à l'accident est au moins égale à 30 %.

Le plafond de garantie ne peut être inférieur à 1 million d'euros par victime.

Le contrat GAV labellisé indemnise au moins les postes suivants lorsqu'ils sont reconnus comme imputables à l'événement garanti :

- les frais de logement adapté (FLA) ;
- les frais de véhicule adapté (FVA) ;
- l'assistance permanente par une tierce personne (ATP) ;
- les pertes de gains professionnels futurs (PGPF) ;
- le déficit fonctionnel permanent (DFP) ;
- les souffrances endurées (SE) ;
- le préjudice esthétique permanent (PEP) ;
- le préjudice d'agrément (PA).

En cas de décès d'un assuré, les préjudices économiques et moraux subis par les bénéficiaires sont indemnisés. La GAV prend en charge :

- les frais d'obsèques (FO) ;
- le préjudice d'affection (PAF) ;
- les pertes de revenus des proches (PR) ;
- les frais divers des proches (FD).

De nombreux contrats offrent des couvertures plus larges ou des garanties complémentaires, par exemple :

- l'indemnisation des dommages corporels entraînant une invalidité inférieure à 30 % (taux minimal prévu par le contrat de base) ;
- des plafonds de garantie supérieurs à un million d'euros par victime

III.1.3 - L'assurance emprunteur

L'assurance décès

L'Assurance décès est une assurance obligatoire exigée pour l'octroi d'un prêt immobilier. Cette assurance permet le remboursement du montant du capital restant dû en cas de décès de l'emprunteur. La somme est directement versée par l'assureur à l'établissement prêteur. Dans le cas de co-emprunteurs, le montant du capital restant dû remboursé dépend de la quotité choisie lors de la souscription du contrat d'assurance.

Le coût de l'assurance emprunteur s'ajoute aux échéances de remboursement du prêt immobilier. Il variera en fonction de l'organisme financier et de la nature de l'opération de financement. Plus les risques sont importants plus la prise en charge sera élevée. L'assurance emprunteur est temporaire et limitée à la durée du prêt immobilier.

L'Assurance Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Cette assurance est une incapacité médicalement reconnue. Cela signifie que l'assuré doit obligatoirement justifier d'une impossibilité complète mais temporaire, d'exercer une activité professionnelle lui générant un gain ou un profit, suite à une maladie ou un accident.

Cette assurance permet à l'emprunteur de percevoir des indemnités destinées à compléter son revenu en cas d'incapacité de travail. Le montant de ces indemnités est fixé lors de l'adhésion à l'assurance.

L'assureur peut procéder au remboursement de deux manières différentes :

- forfaitaire : en cas d'arrêt de travail, cette prise en charge permet à l'assureur de percevoir une indemnisation totale de l'échéance de prêt ;
- indemnitaire : en cas d'arrêt de travail, l'assureur verse une indemnisation d'un montant qui correspond à la perte de revenus de l'assuré. Autrement dit le remboursement correspond à la différence entre le salaire perçu en activité et le salaire perçu en arrêt de travail.

La prise en charge par l'assureur sera généralement effective après une durée de franchise. Il s'agit du nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel l'indemnisation peut commencer.

Il existe plusieurs délais de franchise :

- 15, 30, 45 ou 60 jours : pour les artisans, commerçants ainsi que les travailleurs non-salariés ;
- 90 jours : ce délai de franchise est le plus classique ;
- 180 jours : il est généralement appliqué aux salariés bénéficiant d'un régime de prévoyance ou d'une couverture de salaire.

L'assurance Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Communément appelée Invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale 100 %, cette assurance couvre l'incapacité totale et irréversible de l'emprunteur de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque pouvant générer un gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante (se nourrir, se laver, etc.). L'assurance garantit le remboursement du capital restant dû en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'assurance PTIA est généralement associée à la garantie décès et sera souvent exigée par l'établissement prêteur pour l'octroi du prêt immobilier.

III.2 - Retour d'expérience et usages

ENCADRÉ :

La convention AERAS



En assurance des emprunteurs, un mouvement de fond original a été initié il y a plus de 15 ans (en 2001) en vue d'améliorer les conditions d'accès à l'assurance et au crédit des personnes atteintes d'un risque aggravé de santé.

Original, ce mouvement l'est par sa forme conventionnelle. Le dispositif, désormais connu sous le nom de Convention AERAS, réunit par contrat les représentants des tutelles de l'État (ministères de la Santé et de l'Économie), d'associations de consommateurs ou de personnes malades ou handicapées, des fédérations professionnelles de la Banque et de l'Assurance et de leur Régulateur. Pour en assurer la pérennité, ce dispositif est ensuite entériné par la loi et à ce titre visé par le Code de la Santé Publique.

Après une première phase consacrée au risque de décès, la démarche a été étendue dès 2007, puis confirmée en 2011, pour la garantie complémentaire d'invalidité. La Convention prévoit depuis lors que soit examinée systématiquement la possibilité de proposer une garantie d'invalidité spécifiquement définie, dès lors que les garanties d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente prévues au contrat n'ont pu être accordées intégralement ou ont été refusées.

La garantie invalidité spécifique mentionnée au 4) du Titre V de la Convention [est définie] comme suit :

La garantie invalidité spécifique correspond à une incapacité fonctionnelle couplée à une incapacité professionnelle. La garantie accordée ne comporte aucune exclusion de pathologie. La prestation servie est au minimum indemnitaire, en couvrant la perte de revenu de l'assuré. L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

S'agissant de l'incapacité fonctionnelle, un barème de référence commun à tous les assureurs est retenu. Il s'agit du barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Le taux d'incapacité fonctionnelle, à partir duquel la prestation intervient, est fixé à 70 % et apprécié par le médecin conseil de l'assureur suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires.

Lors de l'expertise médicale, qui permet de déterminer le taux d'invalidité fonctionnelle de l'assuré, ce dernier peut se faire accompagner par le médecin de son choix. En cas de poly-pathologies, la cotation est additive, c'est-à-dire qu'elle s'effectue en sommant le taux des différentes pathologies. » (1)

L'instauration de cette garantie, lorsque les garanties du contrat ne peuvent être accordées, représente une avancée significative en termes d'assurabilité, et donc d'accès au crédit. En effet, toujours aux termes de la Convention AERAS, « les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une garantie invalidité n'entraîne pas de refus systématique d'octroi d'un prêt. [De même] lorsqu'une garantie invalidité autre que la garantie standard est proposée par l'assureur et acceptée par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit et les sociétés de financement s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.¹ »

L'assureur à qui il est demandé de couvrir les risques de décès, d'invalidité et d'incapacité va s'employer à mutualiser les risques, à les homogénéiser, en respectant la communauté des assurés. C'est a fortiori vérifié lorsque le client présente une atteinte significative à son intégrité physique, psychique ou psychosensorielle, susceptible de retentir sur son espérance de vie ou sa capacité de travail. Il importera en particulier de veiller à ce que des clients présentant des caractéristiques ou antécédents de santé similaires bénéficient de conditions de couverture homogènes. Celles-ci peuvent se traduire par une acceptation dans les conditions générales du contrat demandé, ou moyennant une surprime ou une limitation de garantie. Dans de rares cas, l'assureur ne pourra pas du tout faire de proposition de couverture.

Lorsque le formulaire de déclaration du risque fait état d'une situation d'invalidité ou d'incapacité, l'assureur va s'interroger, au-delà de cette seule situation, sur le risque aggravé de santé sous-jacent. Et c'est sur la base de l'ensemble de ces éléments que les conditions d'assurance peuvent être déterminées. Dit autrement, l'assureur ne va pas s'attacher par exemple à un déficit morphologiquement visible ou médicalement isolé, mais cherche à évaluer l'état de santé constitutif d'une incapacité ou d'une invalidité préexistante.

L'état d'invalidité traduisant une atteinte significative aux capacités fonctionnelle et professionnelle tel qu'il est défini dans la Convention AERAS est désormais largement couvert par l'ensemble de la Profession de l'Assurance pour les contrats dits « Emprunteurs ».

Ainsi « en 2015, 209 000 garanties invalidité spécifique « AERAS » ont été proposées par les assureurs au titre de la garantie « incapacité-invalidité » dans les cas où celle-ci n'a pu être proposée aux conditions standard du contrat (143 000 en 2014). Depuis la mise en place de cette garantie en 2011, ce sont 683 000 garanties de ce type qui ont été proposées par les assureurs. »²

¹ Convention AERAS révisée du 2 septembre 2015

² Convention AERAS – Statistiques 2015 - FFA

Même s'il ne relève pas du domaine de la Protection Sociale, mais du domaine assurantiel dans un cadre conventionnel entériné par la loi, ce dispositif démontre la volonté et la détermination des parties prenantes à améliorer et étendre les possibilités de couverture du risque d'invalidité en cas d'accès à l'emprunt.

André Molin,
Responsable adjoint département gestion emprunteurs
CNP Assurances

III.3 - Le droit à l'oubli

Le droit à l'oubli a été instauré le 2 septembre 2015 par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) pour faciliter l'accès à l'assurance emprunteur des individus présentant un risque aggravé de santé.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a consacré le « droit à l'oubli » en intégrant deux nouveaux articles L.1141-5 et L.1141-6 dans le code de santé publique.

Qu'est-ce que le droit à l'oubli ?

C'est le droit pour une personne souscrivant un contrat d'assurance emprunteur, de ne pas déclarer une ancienne pathologie cancéreuse :

- Si elle a été diagnostiquée avant l'âge de 18 ans et que le protocole thérapeutique est terminé depuis 5 ans et qu'aucune rechute n'a été constatée.
- Si elle a été diagnostiquée après l'âge de 18 ans et que le protocole thérapeutique est terminé depuis 10 ans et qu'aucune rechute n'a été constatée.

La loi « santé » a également consacré la « grille de référence ». C'est une liste de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques) pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, sans surprime, ni exclusion de garantie, ou dans des conditions se rapprochant des conditions standard, après certains délais adaptés à chacune de ces pathologies. Ces délais courent à partir de la fin du protocole thérapeutique pour les pathologies cancéreuses ou des dates de références pour d'autres types de pathologies.

Cette grille est complétée et évolue dans le temps en fonction des avancées médicales. Concrètement, désormais, les assureurs transmettront aux candidats à « l'assurance emprunteur », c'est-à-dire l'assurance souscrite à l'occasion de la mise en place d'un crédit relevant de la convention AERAS, une information simple et claire concernant le dispositif de « droit à l'oubli » et la grille de référence (le code des assurances reproduit dans son article L133-1 les articles du code de la santé publique déjà cités).

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sera par ailleurs chargée du contrôle du respect du « droit à l'oubli ».

Préconisations

Créer le « risque autonomie »

Pour la création d'un cinquième risque couvrant tant les besoins d'aide à l'autonomie que les besoins liés à une perte de ressources.

Pour une couverture intégrale des besoins des personnes. Une réforme en profondeur de la protection sociale pourrait permettre d'une part de garantir des ressources de remplacement suffisantes à celles et ceux qui du fait de leur handicap ne peuvent pas durablement ou définitivement travailler et d'autre part pourrait couvrir intégralement tous les besoins d'aide à l'autonomie pour tous, quel que soit l'âge, et qu'elle que soit l'origine de la perte d'autonomie.

Pour cela la création d'un nouveau champ de protection sociale dédié à tous les besoins d'aide à l'autonomie (5^{ème} branche de la Sécurité sociale) pour couvrir l'intégralité des besoins dus à la perte d'autonomie, en distinguant les besoins d'aide à l'autonomie (prestation d'aide à l'autonomie(1)), des besoins liés à une perte de ressources (revenu de remplacement (2)) paraît nécessaire. Ce risque autonomie doit être assuré pour tous, que les personnes aient cotisé (système contributif) ou non (système de solidarité nationale)

La prestation d'aide à l'autonomie : une prestation universelle quel que soit l'âge

Selon la loi « handicap » du 11 février 2005, « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Ce droit à compensation, permet le financement d'aides humaines (auxiliaires de vie pour la toilette, le repas, ...), d'aides techniques (fauteuil roulant, moyens de communication), adaptation du logement ou du véhicule ou encore d'aides animalières. Mais la prestation de compensation (PCH) ne couvre pas l'intégralité des besoins, et les personnes doivent faire face à de lourds restes-à-charge.

Il ressort de la récente enquête Ifop-APF « Conditions de vie », qu'une meilleure prise en charge pour compenser les situations de handicap est l'objectif prioritaire cité par les personnes en situation de handicap pour améliorer leur quotidien. 76 % des personnes estiment que leurs besoins ne sont pas couverts (aides techniques, aides humaines ; logement véhicule...)

En effet, de nombreux dysfonctionnements sont constatés dans l'application du droit à compensation, notamment au niveau :

- des besoins non couverts par la PCH aide humaine : les activités domestiques, les aides à la parentalité, les assistants de communication... ;
- des tarifications insuffisantes de la PCH qui occasionnent de très lourds restes à charge qui n'ont

cessé d'augmenter ces dernières années, des plans d'aide qui sont revus à la baisse alors même que la situation des personnes n'a pas changé ;

■ des tarifs en dessous des coûts réels des prestations et des tarifs de prise en charge des aides techniques, des frais d'aménagement du logement, des véhicules ...qui n'ont pas évolué depuis 2006.

Aussi, l'APF souhaite un élargissement de l'assiette des besoins couverts par la prestation aux activités ménagères, aux aides à la parentalité, aux aides à la communication et la revalorisation des tarifs applicables (aides humaines, techniques etc.) pour les mettre en cohérence avec les coûts réels des prestations concernées conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005.

La création du « risque autonomie » pour financer l'intégralité des besoins et couvrir les dépenses effectuées par les personnes au titre des aides à l'autonomie, quelle que soit l'origine de la situation de handicap et quel que soit l'âge favoriserait la garantie du droit à compensation individuel. La compensation intégrale des besoins, par la création d'une prestation universelle d'aide à l'autonomie, sans reste à charge permettrait ainsi d'assurer une réelle autonomie aux personnes concernées.

Ces demandes sont reprises par le collectif « Une société pour tous les âges » qui, au-delà des principes pour un droit universel et intégral à la compensation des conséquences d'une situation de handicap ou d'avancée en âge, souhaite des réponses opérationnelles pour la refonte de la gouvernance du système d'aides et de soins.

A noter : La prestation d'aide à l'autonomie est à différencier des ressources de la personne : il ne s'agit pas d'un revenu ou d'une allocation, mais bien du financement des aides indispensables à l'autonomie de la personne pour vivre dignement sa situation de handicap. Elle devrait se compléter d'un revenu individuel d'existence.

Le revenu de remplacement

Créer le revenu individuel d'existence pour garantir des ressources suffisantes aux personnes en situation de handicap. Les dispositifs de revenus de remplacement existants (AAH, pension d'invalidité) s'inscrivent dans des logiques de natures distinctes (minimas sociaux, sécurité sociale, rentes, assurance complémentaire...) qui au-delà de leur complexité, créent des inégalités.

Le montant des revenus perçus par les personnes en situation de handicap est souvent en dessous du seuil de pauvreté. La valorisation de l'Allocation aux Adultes Handicapés est valorisée à 810,89 € par mois au 1^{er} avril 2017. Elle a été revalorisée de +6,67 % sur l'ensemble du dernier quinquennat et correspond à l'aide touchée par un bénéficiaire sans ressource. Si d'autres ressources sont perçues, pensions, aides ou allocations, la Caisse d'Allocations Familiales applique un abattement sur ce montant maximum. Tous les trimestres, le bénéficiaire de l'AAH doit ainsi adresser un formulaire de déclaration de ressources à sa caisse d'allocations familiales

afin que cette dernière détermine le montant de l'aide à laquelle il a droit.

Une sortie de la logique de minimum social qui maintient les personnes en situation de handicap sous le seuil de pauvreté, et la création d'un revenu individuel d'existence pour toutes les personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas ou plus travailler mettraient fin ces situations iniques. En effet, au 31 décembre 2015, 1 062 299 personnes bénéficient de l'AAH. Si comme l'INSEE l'indique le niveau de vie médian annuel s'élève à 20 490 € en 2014, le seuil de pauvreté peut être évalué à 60 % du revenu mensuel médian soit 1 008 € par mois.

Selon l'IFOP 79 % des personnes en situation de handicap vivaient dans la précarité.

Face à ce constat, il conviendrait de trouver une solution adaptée et pérenne pour sortir les personnes en situation de handicap de la pauvreté. La création d'un revenu de remplacement répondrait à cette urgence sociale- le revenu d'existence pour ceux qui ne peuvent pas ou plus travailler en raison de leur maladie ou de leur handicap. Ce revenu minimum se substituerait aux dispositifs actuels (AAH, pension d'invalidité) et garantirait une égalité de traitement, que la personne ait travaillé ou non. Son montant serait au moins égal au seuil de pauvreté (1 008 € par mois) et devrait être déconnecté des revenus du conjoint ou du concubin, et ce, quel que soit le lieu de vie (domicile, établissement, ou chez un tiers). Le revenu individuel d'existence doit apporter une réponse durable afin qu'aucune personne en situation de handicap ne vive sous le seuil de pauvreté.

Ce revenu individuel d'existence devrait se cumuler avec les droits connexes des personnes (concernant la santé et le logement notamment) et avec les compléments (charges indirectes liées aux conditions de vie). Ce revenu individuel d'existence devrait être une réponse (un revenu socle minimum) pour les personnes bénéficiaires de rentes et de pensions d'invalidité dont les montants sont inférieurs au seuil de pauvreté. Son financement serait assuré par la solidarité nationale. Cette mesure fait partie des 40 propositions « 2017 - 2022 Changeons de cap ! » que l'APF a publiées à l'occasion des élections présidentielle et législatives.

Innover dans les garanties et les services

L'innovation dans les garanties et les services afin de faciliter l'inclusion et la participation sociale des personnes en situation de handicap.

De plus en plus de sociétés d'assurance, conscientes de la nécessité de dépasser la seule approche juridique et pécuniaire, structurent des réponses innovantes pour accompagner aussi la personne, sur un plan humain, dans sa dynamique de vie. Depuis quelque temps déjà, les contrats Garantie Accident de la Vie prévoient des mesures spécifiques allant dans ce sens : garde d'enfant, aide aux devoirs, aide-ménagère, aide aux transports... Ces réponses, multiples, permettent de répondre à l'urgence d'une situation de santé ayant souvent des répercussions fortes dans le quotidien de la personne et de l'ensemble de son environnement.

Aujourd'hui, certaines sociétés vont plus loin en structurant, au sein même de leurs Comités médicaux et/ou services sociaux, des accompagnements spécifiques, déconnectés des réalités juridiques éventuellement liées à la situation de santé. Ainsi, certaines sociétés d'assurance proposent des évaluations, menées par des équipes pluridisciplinaires indépendantes, sur des questions comme l'employabilité ou la capacité de conduite automobile. Ces nouveaux développements, qui ne sont activés qu'avec l'accord de la personne et dans le respect plein et entier du secret médical, concourent à une meilleure inclusion des personnes fragilisées dans leur projet de vie par une réalité de santé. En agissant précocement, dans le respect de la volonté de la personne, les sociétés d'assurance, sont des acteurs clés pour faciliter l'inclusion et la participation sociale des personnes en situation de handicap.

Renouveler le métier d'assurance vie et les gammes de produits pour financer l'incapacité et la perte d'autonomie

Une réorientation de l'épargne et du métier d'assurance vie au service de la couverture du cinquième risque.

Dans un environnement de taux bas qui met sous pression les marges du secteur (marge financière notamment), les acteurs sont appelés en premier lieu à réduire leurs coûts de fonctionnement internes³. La digitalisation et la robotisation des processus de gestion actuellement en cours répondent clairement à cet impératif tout en garantissant une amélioration de la qualité et des délais de gestion. La révision des frais de commercialisation, qui impacte l'ensemble des intermédiaires, est au moins aussi nécessaire et aussi délicate à opérer. Là où elles existent les commissions sur encours fixées dans le passé doivent être rediscutées. Ici encore la digitalisation va rebattre les cartes.

Pour accompagner la transformation du modèle de l'assurance vie dans un contexte de taux bas, le cadre réglementaire et fiscal devrait par ailleurs évoluer. Il conviendrait ainsi de réserver un régime favorable :

- à des contrats plus longs (supérieur à 12 ans) rachetables avant le terme en valeur de marché (sauf en cas de survenance d'un risque biométrique où la garantie du capital serait rétablie) ;
- aux contrats comportant une part d'actifs risqués plus élevée (part minimum investie en Supports Unités de Compte ou Eurocroissance) ;
- aux contrats comportant un niveau minimum de garanties biométriques à long terme, pouvant varier selon la situation de l'assuré (dépendance, retraite notamment).

Par ailleurs, les règles européennes basées sur des mesures de risque à court terme qui pénalisent les investissements longs, pourraient être revues dès lors

que la durée réelle des contrats est prise en compte. Ainsi une renonciation à la garantie totale à tout instant permettrait d'accélérer la diversification des portefeuilles vers les placements plus rentables à terme, ce qui bénéficierait aux assurés et au financement de l'économie.

Les évolutions récentes ou à venir des systèmes comptable et prudentiel (MCEV, Solvabilité 2 et IFRS17) conduisent à une décomposition des contrats par briques élémentaires, cohérente jusqu'alors avec l'offre produit relativement segmentée (fonds en Euros, Unités de Comptes, Euro-croissance, Retraite, Prévoyance...). L'impact de la baisse des taux sur le fonds euros nécessite une évolution du mix produit actuel (82 % en euros /18 % en Unités de Comptes) qui se heurte à l'agilité de la distribution. Une nouvelle famille de contrats orientés vers le « long terme protégé », comportant ou combinant les caractéristiques précédemment décrites,

pourrait compléter le tandem du multi-support. Cette mixte intégrerait en son sein une mutualisation naturelle dont on peut intuitivement qu'elle bénéficierait d'une meilleure stabilité. Le regroupement des contrats actuels avec ces nouveaux contrats devrait permettre d'orienter une part de l'épargne déjà constituée vers des actifs plus rentables.

La transformation totale ou partielle de ces contrats, à l'échéance, en contrats de retraite assortis d'une couverture obligatoire du risque de perte d'autonomie devrait être favorisée par une simplification et un allègement du régime de la rente.

L'ensemble de ce dispositif doit permettre d'améliorer la protection des assurés contre les risques aujourd'hui insuffisamment couverts, notamment la perte d'autonomie, et d'améliorer le rendement de leur épargne en réorientant les ressources financières préexistantes.

L'évolution de notre société laisse enfin entrevoir que la protection des assurés ne passera pas seulement par une prestation pécuniaire mais également par un dispositif de prévention et de service dont les modèles économiques adaptés à l'industrie de l'assurance restent à définir (à l'image des Health Maintenance Organization américains, qui sont à la fois des assurances santé et des organismes fournissant les soins, tout en maîtrisant les coûts). Cette transformation laisserait place à une économie de fonctionnalité ou d'usage centrée sur le besoin de l'assuré. À titre illustratif, l'accompagnement des aidants dans la recherche d'établissement ou de solutions pour les dépendants est une véritable attente. Cet écosystème d'intérêt général constitue une alternative par capitalisation à un système reposant aujourd'hui sur les ressources de l'état alors que les contraintes budgétaires sont de plus en plus prégnantes. Cela fait écho aux premières approches de l'assurance développées par la Compagnie Royale d'Assurance sur la vie (1787). Selon Étienne Clavière, administrateur gérant de cette compagnie, l'assurance-vie est d'inté-

³ « Les défis du modèle de l'assurance vie dans un environnement de taux bas, voire négatifs » Antoine Lissowski et Jean-Baptiste Nessi. Revue de l'économie Financière n°126 juillet 2017

rêt général : " Faire servir l'inégale durée de la vie humaine, et l'intérêt de l'argent, à fonder des ressources pour l'âge avancé ou, après la mort, en faveur des survivants, tel est en peu de mots le but de toutes les sortes d'assurances sur la vie. Leur utilité générale n'est pas douteuse. Dans tout pays où l'on s'occupe du bonheur des individus, on a mis au rang des bienfaiteurs de la société les hommes qui ont inventé ces assurances."

Étendre l'ANI au domaine de prévoyance

En matière de complémentaire santé, la mutualisation fonctionne très bien dès quelques centaines de personnes protégées alors qu'il en va tout autrement pour la prévoyance dite lourde qui, elle, a besoin d'une large mutualisation. Cette décision était étonnante car, du point de vue de la théorie de risques, il aurait été préférable de généraliser, dans un premier temps, la prévoyance. En effet, l'assurance doit avant toute chose permettre de protéger l'assuré de son risque de ruine. Cela ne correspond en aucun cas aux dépenses pharmaceutiques usuelles (boîte d'antalgiques) ou optiques. Alors que le handicap, la dépendance et l'invalidité ont des conséquences financières beaucoup plus lourdes, pour ne pas dire désastreuses.

Malgré tout, ces risques ont été relégués au second plan au détriment de risques dont les conséquences financières sont beaucoup moins importantes.

Le marché a donc été bouleversé, d'une part, par la condamnation des clauses de désignation par le conseil constitutionnel au profit des clauses de recommandation

et, d'autre part, par la concurrence acharnée qui s'est jouée depuis 2016 entre les différents acteurs du marché de la protection sociale ; sans parler des régimes optionnels – antisélectifs et coûteux – qui sont apparus. Ce qui n'est pas sans conséquence sur les régimes de branche : la recommandation permet le nomadisme des entreprises, ce qui rend plus délicat la mutualisation des risques lourds. Concrètement, les entreprises peuvent entrer et sortir des régimes conventionnels de branche à leur gré et selon leur sinistralité, ce qui rend beaucoup plus instable l'équilibre des comptes.

Si la complémentaire santé n'a pas besoin d'une grande échelle de mutualisation pour s'équilibrer, il en va tout autrement pour la prévoyance lourde. Ainsi, privé des désignations, la survie et la création d'accords de branches en prévoyance *via* la recommandation s'avère plus problématique. Sans parler des reprises de passifs en prévoyance qui impliquent de lourds financements.

Enfin bien que la généralisation de la prévoyance apparaisse, raisonnablement, socialement et actuariellement comme une priorité, elle semble compromise au regard du contexte actuel : elle devrait logiquement avoir lieu mais tous les indicateurs contextuels sont des freins. Sans compter que bien d'autres questions restent à traiter : la prévoyance des fonctionnaires toujours facultative, la couverture du risque de perte d'autonomie des enfants et de leurs arrières grands-parents, etc.

FOCUS 3

France Assurance-Vie, Retraite

« Financer et accompagner le parcours de vie de la personne en situation de fragilité »

Introduction

Par Monsieur Jean-Jacques Berthelé, Directeur Général de la Carac

Nos concitoyens plébiscitent l'assurance vie, pour leurs projets d'épargne, de préparation à la retraite et la transmission de leur patrimoine sur le plus long terme.

Pour les personnes en situation de handicap, la situation est particulière. Elles n'ont pas toutes les moyens d'épargner, de se constituer un complément de revenus... Néanmoins, leurs besoins sont réels et peut-être même encore plus importants que pour les personnes dites valides car elles dépendent bien souvent de leur environnement familial.

Le groupe d'experts mobilisés sur cette thématique s'est attaché à chercher quelques pistes prospectives de réflexion en commençant par dresser l'état des lieux de l'existant et le contexte.

I - Le handicap

La notion de handicap est un élément majeur de la vie de la société française. On considère que 12 millions de français, sur 65 millions, sont touchés à des degrés divers

par un handicap. Parmi eux, 80 % ont un handicap invisible, 12,5 % sont atteints d'une déficience visuelle et 7,5 % ont une mobilité réduite.

I.1 - Le handicap : de quoi parle-t-on ?

Les politiques publiques françaises nomment « dépendance » l'existence d'un « besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie » (article L232-1 du Code de l'action sociale et des familles) pour les personnes d'âge avancé, par opposition au terme « handicap » qui concerne les personnes plus jeunes. La segmentation de l'action publique en fonction de l'âge distingue le système français. Elle s'est imposée en 1997 avec la mise en place d'une prestation spécifiquement destinée aux personnes âgées, la Prestation spécifique dépendance, remplacée en 2002 par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)¹. A cet égard, la loi du 24 janvier 1997 constitue un point marquant puisque, dans son article 27, elle distingue clairement les dispositifs de prise en charge du handicap et de la dépendance selon l'âge du bénéficiaire. En dépit des contradictions qui ont pu être émises, cette scission n'a pas été remise en cause depuis². Le 11 février 2005 a été votée l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées depuis la loi d'orientation du

Montant et évolution de la dépense du risque invalidité par secteur institutionnel et par grand poste

Montants en millions d'euros, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
PUBLIC	Administration de Sécurité sociale	6 989	7 376	7 894	8 160	5,2
	Pensions et rentes	6 103	6 411	6 896	7 114	4,8
	AJPP, APP et AEEH	732	773	835	847	5,5
	Autres prestations (SSIAD Personnes handicapées...)	154	191	163	199	18,6
	Autres administrations publiques	9 871	10 565	11 376	11 831	2,5
	Pensions et rentes	498	477	456	436	-4,5
	Allocations aux adultes handicapés (AAH)	6 446	7 020	7 779	8 178	3,4
	Garantie de ressources s'adressant aux travailleurs handicapés	1 158	1 162	1 204	1 249	1,2
	Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	259	270	267	268	-3,2
	PCH et ACTP des moins de 60 ans	1 323	1 427	1 497	1 552	2,0
PRIVÉ	Autres prestations	188	208	173	148	-1,6
	Institutions sans but lucratif au service des ménages	13 689	14 410	14 847	15 387	2,5
	Accueil et hébergement des personnes handicapées	12 012	12 714	13 130	13 643	2,7
	Aide par le travail (ESAT)	1 677	1 696	1 717	1 744	0,7
	Sociétés financières et non financières	1 422	1 511	1 604	1 664	8,6
	Prestations des mutuelles et institutions de prévoyance	1 400	1 487	1 578	1 635	8,6
	Autres prestations des régimes direct d'employeurs	22	24	26	29	7,4
	TOTAL	31 970	33 852	36 721	37 042	3,4

Note : PCH : Prestation de compensation du handicap, ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne, AJPP : Allocation Journalière de Présence Parentale.

APP : Allocation de Présence Parentale. AES : Allocation d'Éducation Spéciale. AEEH : Allocation d'Éducation de l'enfant handicapé Source : DREES-CPS.

- 1 Quelles politiques publiques pour la dépendance ? CAE? CAE et les défis de l'accompagnement du grand âge – centre d'analyse stratégique -2011
- 2 Quelles politiques publiques pour la dépendance ? CAE et les défis de l'accompagnement du grand âge – centre d'analyse stratégique -2011

30 juin 1975. Cette loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne la définition suivante du handicap :

« **Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou physiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.** »

Cette loi visait à poursuivre et renforcer les efforts existants mais aussi à promouvoir des nouveaux droits, en particulier la compensation du handicap, l'égalité des chances, la citoyenneté. Elle cherchait également à faciliter l'accompagnement et l'accessibilité des personnes handicapées.

1.2 - Le risque d'invalidité en France

En 2014, La France a consacré 1,8 % de son PIB, estimé à 2 134 milliards d'euros, à la politique du handicap soit 38 milliards. En 2014, on compte près de 2 614 millions de bénéficiaires des prestations liées au risque d'invalidité.

Effectifs de bénéficiaires des principales prestations liées au risque invalidité

Effectifs en milliers, évolutions en %

	2010	2011	2012	2013	2014	14/13
Pension d'invalidité***	868	879	907	913	918	0,6
Allocation pour adultes handicapés (AAH)	915	957	963	988	1 007	1,9
Complément d'AAH*	193	200	205	210	210	0,0
Allocation d'éducation de l'enfant handicapés (AEEH)**	169	191	204	215	225	4,7
ACTP moins de 60 ans**	70	65	60	55	50	-9,0
PCH moins de 60 ans**	128	151	167	182	198	8,7
Allocation journalière de présence parentale (AJPP)	5	5	5	5	6	5,7

*Bénéficiaires de la majoration pour la vie autonome (MVA) ou du complément de ressources (ces deux compléments n'étant pas cumulables).

Champ : Tous régimes, France entière, sauf **Hors Mayotte et ***Hors régime de la SNCF.

Sources : CNAF sauf **DREES, enquête aide sociale départementale et

***programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ».

Le Comité d'Entente des associations représentatives de personnes handicapées et de parents d'enfants handicapés a dévoilé les résultats de l'enquête IFOP intitulée « regards croisés : 10 ans après la promulgation de la loi sur l'égalité des droits et des chances, quel est l'état de l'opinion ? »

Le bilan est sévère quant à l'application de la loi du 11/02/2005 :

Délais supplémentaires de 3 à 9 ans :

- dysfonctionnements et disparités de mise en application de la compensation ;
- délais d'instruction des dossiers par les MDPH trop longs.

80 % des personnes interrogées considèrent que les pouvoirs publics ne sont pas assez engagés pour la cause du handicap. Il y a un fort décalage de perception entre les personnes intéressées et les pouvoirs publics, les réalités terrains ne sont pas retenues. Le Comité d'Entente a fait des recommandations précises comme :

- un volet handicap dans chaque loi ;
- une délégation interministérielle à l'accessibilité universelle ;
- l'implication de l'ensemble des acteurs pour l'amélioration de la perception du handicap et de l'inclusion des personnes handicapées dans la société.

II - Les différentes facettes du handicap

II.1 - Le droit à compensation

La loi affirme que : « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. » Le droit à compensation vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux « conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Selon la loi, il englobe « des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté » en réponse aux besoins identifiés lors de l'évaluation individualisée. (Art. L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Concernant l'accès aux soins le 23 juillet 2012, la ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Marie-Arlette Carlotti, a confié à Pascal Jacob, président de Handidactique, une mission sur l'accès aux soins courants des personnes handicapées. Le rapport final « Un droit citoyen pour la personne handicapée. Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » souligne les difficultés que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap confrontées au manque d'accessibilité du système de santé et formule plusieurs propositions afin d'améliorer l'accueil de ces personnes par les professionnels de santé et éviter les ruptures dans le parcours de soins : sensibilisation et formation des professionnels et des aidants, prévention, coordination entre les acteurs, information des patients, accessibilité des lieux de soins...

Suite à la parution de ce rapport, une charte Romain Jacob a été créée en 2014, par laquelle les signataires s'engagent notamment :

- à promouvoir la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap dans chaque région et toute action visant à atteindre cet objectif ;

- à diffuser les initiatives réussies ayant permis d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en milieu hospitalier, en institution comme en milieu ordinaire ;
- à promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et spécifiques en milieu ordinaire, quelle que soit la spécialité médicale ou paramédicale.

Le droit à compensation comprend	Les conditions concrètes d'accessibilité
L'accueil de la petite enfance,	
La scolarité, l'enseignement et l'éducation,	À l'école La loi pose la règle que tout enfant présentant un handicap est inscrit dans l'école ou l'établissement scolaire le plus proche de son domicile. Cependant, un enfant peut être inscrit avec l'accord de ses parents dans une autre école ou un établissement adapté. Les compétences, les besoins et les mesures mises en œuvre sont régulièrement évalués en lien avec la famille.
L'insertion professionnelle	Dans la vie professionnelle La loi donne la priorité au travail en milieu ordinaire en s'appuyant sur la mobilisation des partenaires sociaux, en misant sur l'incitation et si nécessaire la sanction : durcissement des sanctions financières, élargissement des sanctions aux établissements publics. La loi confirme aussi l'utilité du travail en milieu protégé et assouplit ses liens et les passages avec le milieu ordinaire.
Les aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de la citoyenneté et de la capacité d'autonomie	Dans les bâtiments, dans les transports et dans la communication La personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les bâtiments recevant du public. Elle doit également pouvoir se déplacer de manière continue, sans rupture dans la « chaîne de déplacement » : aménagement de voirie, accès aux gares, transports en communs... Les programmes télévisés doivent être sous-titrés et les sites internet publics accessibles.
Le développement ou l'aménagement de l'offre de services pour vivre en milieu ordinaire ou adapté.	L'accès aux soins et à la santé L'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap est un enjeu important qui s'inscrit dans le cadre de la démocratie sanitaire, expression consacrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et qui reconnaît les droits attachés à la personne dans ses relations avec le système de santé.

concernant l'accueil des personnes en situation de handicap, et le déploiement de consultations spécialisées à l'hôpital doit être encouragé (avec le soutien du fonds d'intervention régional - FIR). Enfin, la réforme de l'aide au paiement d'une complémentaire santé intervenue le 1^{er} juillet 2015 a amélioré les aides apportées aux personnes aux revenus modestes qui souhaiteraient souscrire une complémentaire santé. Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont potentiellement éligibles à ce dispositif.

II.1.1 - Le projet de vie de la personne handicapée, au centre du dispositif

C'est sur la base d'une approche fondée sur les besoins et les choix de vie de la personne que les décisions la concernant sont prises. L'aide n'est plus forfaitaire, mais individualisée : les réponses en terme de compensation sont définies en prenant en considération les besoins et les aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal.

II.1.2 - Un lieu unique d'accueil : les Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Depuis le 1^{er} janvier 2006, Une maison des personnes handicapées (MDPH) est créée dans chaque département.

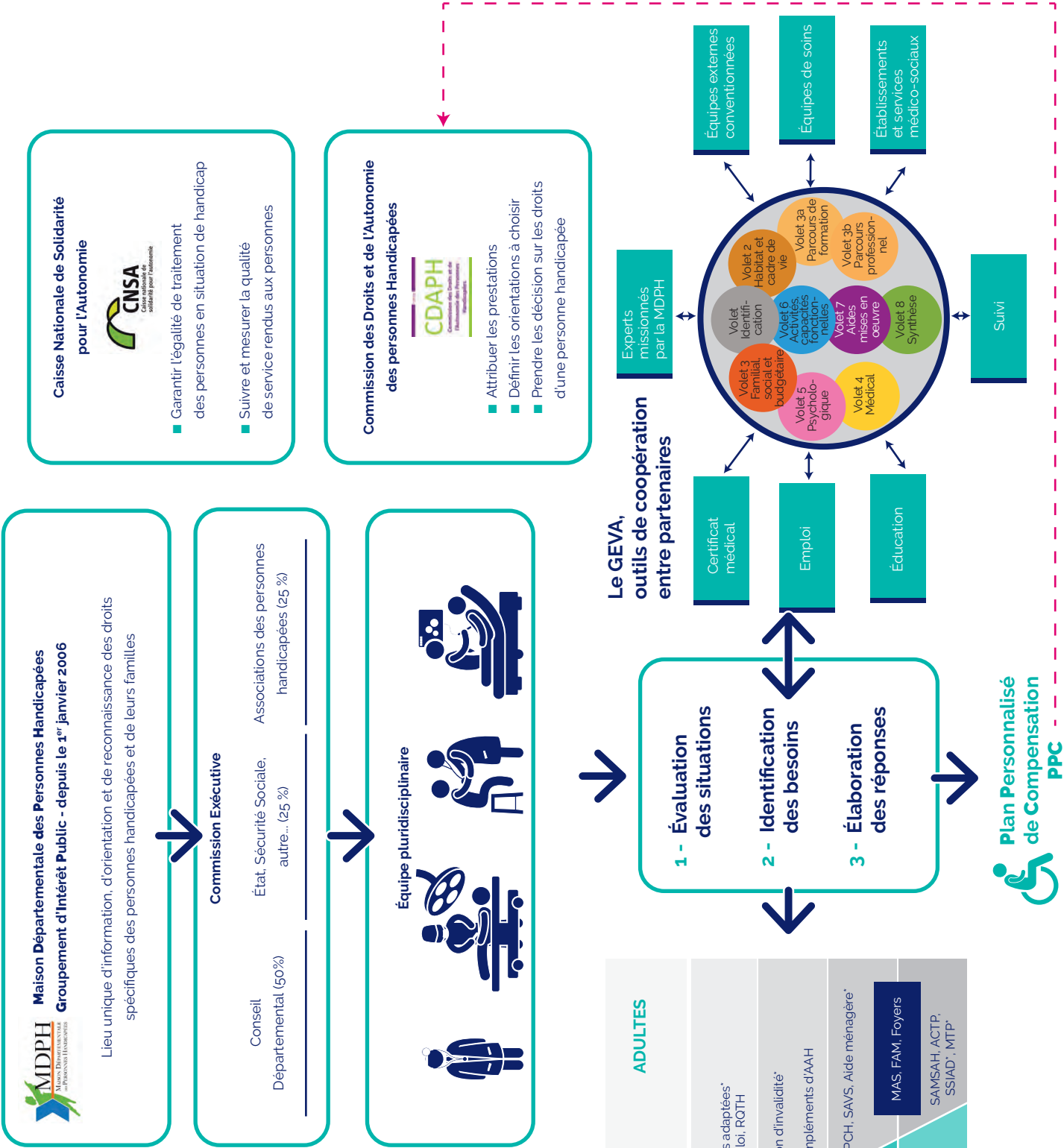
II.1.3 - La prestation de compensation

Toute personne handicapée a droit à une prestation de compensation prenant notamment en compte l'âge, mais aussi la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie. Les principales compensations sont au nombre de 3.

Prestation de Compensation du Handicap PCH	Allocation Personnalisée d'Autonomie APA	Allocation pour Adultes Handicapés AAH
Personnes en situation de handicap avant 60 ans	Personnes en situation de perte d'autonomie après 60 ans	Minimum financier qui compense l'absence d'activité professionnelle
5 formes d'aides	2 modalités de financement	Depuis le 1 ^{er} avril 2017, le montant maximum de l'AAH est de 810,89 €
Aides humaines	À domicile	
Aides techniques		
Aménagements du logement ou du véhicule, surcoûts liés aux transports	En établissement	Depuis le 1 ^{er} janvier 2017 : les bénéficiaires de l'AAH, dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %, n'ont plus l'obligation de faire valoir leurs droits à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (Aspa) pour conserver leur prestation d'AAH au-delà de l'âge légal de départ à la retraite (62 ans)
Aides spécifiques ou exceptionnelles		
Aides animalières		

Depuis janvier 2015, les contrats passés entre les agences régionales de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires doivent comprendre des objectifs

Esquisse du processus de définition du droit à la compensation pour les personnes en situation de handicap



ENFANTS		ADULTES	
RESSOURCES	PCH, AEEH et compléments	PCH	
	CUS, ULIS, SEGPA, AVS, MPA Aménagements pédagogiques	ESAT Entreprises adaptées* CAP Emploi, RQTH	
	AEEH et compléments	Pension d'invalidité* AAH Compléments d'AAH	
	Compléments d'AEEH, PCH	PCH, SAVS, Aide ménagère*	MAS, FAM, Foyers SAMSAH, ACTP, SSIAD*, MTP*
LIEU DE VIE (Logement, ...)		SOINS	
PCH		Hôpital de jour* Secteur libéral*	
SESSAD, CAMPS* cmlpt, d'AEEH			

*Ne relève pas de la MDPH

II.2 - Le parcours de vie de la personne en situation de handicap

ENCADRÉ :



La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale³.

Les différentes étapes de la vie d'une personne en situation de handicap doivent être accompagnées. Suite au rapport Piveteau « «Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » la mission Desaulle met en œuvre ce changement de paradigme permettant de passer d'une logique de places à une logique de réponses. En 2009, dans son texte d'orientation sur « l'avancée en âge des personnes en situation de handicap », l'APAJH affirmait déjà « Jusqu'au bout de sa vie la personne en situation de handicap doit être actrice de son parcours de vie. C'est à partir de sa volonté que doivent se construire les réponses, les plus adaptées, les plus respectueuses, un véritable cousu-main ».

L'adaptation et la modularité des structures sont indispensables pour répondre aux besoins de la personne en situation de handicap et à ses attentes. Pour respecter ce principe, le cadre réglementaire des agréments doit être révisé et permettre un « plateau technique de compétences ». L'idée est de prévoir une modularité des structures et de toujours rechercher des solutions innovantes au plus près des besoins exprimés par la personne elle-même. Dans ses « 10 engagements pour accompagner autrement les parcours de vie et offrir une réponse pour tous », l'APAJH réaffirme ce besoin de changement des pratiques, et donne les principes fondateurs pour donner sens à la notion de parcours :

- Un projet de vie de la personne en situation de handicap, avec ses souhaits, ses attentes, moteur de l'accompagnement : les réponses d'accompagnement s'inscrivent dans un rôle de facilitateur. La parole de la personne en situation de handicap est entendue en tant que citoyen à part entière, son projet d'accompagnement est construit avec elle et met en évidence ses potentialités. Des commissions

d'analyse sont instituées dans les structures pour la prise en compte des droits et besoins de la personne en situation de handicap tout au long de son parcours de vie.

- Un processus permanent d'orientation : les structures s'inscrivent dans la dynamique du plan d'accompagnement global (PAG) en lien avec la MDPH. Une vigilance particulière est portée aux situations complexes pouvant entraîner des ruptures de parcours (séjours d'adaptation, temps partagés,...).

- Une souplesse organisationnelle : des réponses diversifiées sont proposées à un plus grand nombre de personnes (principe de la file active), dans la limite d'une garantie de la qualité de l'accompagnement. Les structures s'organisent autrement pour que les ressources d'un même établissement puissent servir à tous. Les autorités de tarification et de contrôles sont associées au début de la concertation (diagnostic partagé, contractualisation,...).

- Une coordination organisée du parcours de vie : la multiplicité des acteurs entourant la personne en situation de handicap implique une coordination, garantie d'un accompagnement sans rupture. Les ressources du territoire sont prises en compte, se concertent et se responsabilisent évitant toute rupture de parcours. la construction de coopérations multidimensionnelles est incontournable, à l'échelle du bassin de vie, pour garantir et faciliter les réponses.

- La reconnaissance et l'accompagnement des aidants : la parole des aidants est primordiale dans l'accompagnement de la personne en situation de handicap. Le soutien des aidants fait partie intégrante de l'accompagnement global proposé par les structures (information, formation, droit au répit,...).

La plateforme de services, une nouvelle organisation respectueuse du parcours de vie de la personne. L'objectif est de proposer sur un bassin de vie des réponses diversifiées, modulaires et complémentaires. Le territoire APAJH Grand Sud-Ouest a ainsi réorganisé les 25 structures implantées sur le territoire pour passer de la logique des « complexes » indépendants et cloisonnés à celle d'un dispositif coordonné, organisé en plateformes thématiques et en pôles fonctionnels (Enfance, Vie sociale, Vie professionnelle, Grande Dépendance), dont les enjeux sont :

- Mieux répondre aux souhaits, attentes et besoins des personnes accompagnées
- Garantir une qualité homogène des réponses
- Optimiser l'utilisation des ressources
- Jouer pleinement le rôle d'une entité « ressource » permanente pour les personnes accompagnées, leurs familles et pour nos équipes
- Créer les conditions de mise en place de coopérations et partenariats au service de la fluidité des parcours des personnes accompagnées.

³ CNSA RAPPORT 2012 « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé »

Cette nouvelle structuration s'anticipe, se prépare, se met en œuvre en plusieurs étapes : la négociation avec les autorités de tarification, l'accompagnement au changement et à l'acquisition de nouvelles compétences, tant pour les cadres que pour les salariés (réunions, formations sur l'évolution des changements,...).

Jean -Louis Garcia,
Président de la Fédération APAJH

II.3 - La scolarisation des élèves en situation de handicap

ENCADRÉ :



La place des personnes en situation de handicap a évolué ces dernières années, notamment du fait d'avancées sur le plan législatif et réglementaire. Pourtant, au quotidien, nombreux sont les obstacles qui jalonnent la route de la personne en situation de handicap pour être un citoyen à part entière. Chaque jour, la personne en situation de handicap doit faire plus d'efforts pour s'adapter à son environnement et se faire reconnaître.

L'APAJH promeut une société du vivre ensemble où la personne en situation de handicap assume pleinement son rôle de citoyen, avec ses droits et ses devoirs. L'association met en avant une société inclusive pensée, conçue et adaptée pour tous, sans discrimination, dans l'esprit de la convention internationale de l'ONU ratifiée par la France en 2010.

L'APAJH valorise une définition de l'accessibilité nouvelle, une accessibilité globale pensée pour tous. Ces valeurs sont inscrites dans la Charte de Paris pour l'accessibilité universelle adoptée à l'unanimité lors du 38^{ème} Congrès de la Fédération des APAJH en juin 2014.

L'accessibilité universelle, c'est la prise en compte de tous les types de handicap et la garantie de l'accès au droit commun pour l'école, pour l'emploi, pour la santé, pour les pratiques sportives et culturelles, pour les loisirs, pour les droits civiques... Pour la société, le handicap ne doit pas être considéré comme une contrainte, mais comme une opportunité de progrès. L'École de la République, a un rôle essentiel à jouer pour que chaque enfant, chaque élève, quelles que soient ses déficiences, construise un parcours de formation qui lui permette de s'insérer dans la société, de réaliser son projet de vie et d'être un citoyen à part entière. Ainsi de la maternelle au lycée, une même règle doit s'appliquer à tous, l'école de droit commun. L'École de la République est le creuset dans lequel chaque enfant, chaque adolescent, chaque jeune adulte doit pouvoir dérouler son parcours scolaire de formation sans rupture, afin d'y

développer ses capacités et son potentiel. L'inclusion devrait être le principe directeur de notre système éducatif, qui devrait accompagner tous ses élèves sans exception. Ce n'est pas à l'élève de s'adapter à l'école mais à l'école de s'adapter à l'élève.

C'est pourquoi l'APAJH préconise :

- Une prise en compte de l'ensemble des besoins de l'enfant avec un accompagnement et un suivi adaptés sur tous les temps scolaires et périscolaires, dans l'optique de construire son autonomie,
- La généralisation des Unités d'Enseignement hors les murs,
- Une accessibilité des outils et démarches pédagogiques pour évaluer les compétences (le numérique est un levier pour faciliter les apprentissages),
- Le renforcement de l'accompagnement par des SESSAD⁴,
- Le déploiement de la convention cadre signée entre l'Éducation nationale et l'APAJH, sur l'ensemble du territoire, favorisant le déploiement des coopérations entre les différentes équipes éducatives et médico-sociales,
- Le soutien aux familles confrontées à la réalité du handicap et l'accompagnement dans leurs démarches tout au long du parcours de l'enfant,
- La sensibilisation et la formation de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Les Unités d'Enseignement Maternelle (UEM) : une avancée majeure dans le champ de l'autisme Les UEM, instituées par le 3^{ème} plan autisme, sont une facette de l'école inclusive, favorisant la scolarisation de jeunes enfants avec des troubles du spectre autistique. Il s'agit d'un dispositif médico-social implanté dans une école maternelle, accueillant au maximum 7 enfants de 3 à 6 ans qui n'auraient pu être accueillis à l'école du fait de l'importance de leurs troubles.

Dans les UEM, les enfants bénéficient d'une pédagogie adaptée avec un accompagnement qui répond à leurs besoins. L'autonomie y est favorisée grâce à des micro-objectifs pour soutenir quotidiennement la progression de l'enfant. L'équipe se compose d'un enseignant mis à disposition par l'Éducation nationale et d'une équipe médico-sociale qui travaillent conjointement auprès des enfants et de leurs parents. L'UEM accompagne à la fois l'enfant dans le milieu scolaire mais aussi au sein de son milieu familial. Ainsi, les professionnels participent à l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, notamment à travers la guidance parentale.

⁴ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptes.

Comment fonctionne une UEM ?

Les enfants bénéficient de services adaptés à leurs troubles. Ils ont un emploi du temps personnalisé qui alterne des temps d'apprentissage avec un des professionnels en relation duelle avec un des professionnels intervenant à l'UEM (éducateur, enseignant, psychologue, psychomotricien, orthophoniste), à des temps d'apprentissage en autonomie. Les outils de communication sont adaptés à leur pathologie, (dessins, photographies, pictogrammes...) sont utilisés pour faciliter les échanges entre l'enfant et l'adulte. L'inclusion est le maître-mot, des temps de partage avec les autres enfants de la maternelle sont organisés pendant les récréations, au déjeuner, puis pendant la classe les élèves de la maternelle vont être accueillis au sein de l'UEM.

Quel bilan ?

L'articulation des 2 univers le médicosocial et le scolaire est un atout indéniable pour développer les acquisitions scolaires, l'autonomie, la participation sociale, la communication... Si la « scolarisation précoce », affichée dans le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) a permis d'augmenter, en quatre ans, de 30 % l'accueil des enfants présentant des troubles du comportement, et d'avoir ouvert une centaine d'UEM -, 80 % de ces enfants échappent encore à la scolarisation ordinaire. Une situation condamnée par le Conseil de l'Europe⁵. L'APAJH, en tant que membre de la commission éducation scolarité du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées défend la place des UEM dans le parcours des personnes en situation de handicap.

Jean -Louis Garcia,
Président de la Fédération APAJH

II.4 - Les personnes en situation de handicap et la vie professionnelle

Le handicap dans sa diversité interpelle quant à sa réalité dans la vie courante. Selon la DREES, en 2010, le niveau de vie annuel médian des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élevait à 18 500 €, soit 2 000 € de moins que pour les personnes sans handicap. Les personnes handicapées présentant une limitation sévère avaient un niveau de vie annuel médian de 16 800 € (soit 1 400 € par mois), ce qui représentait 2 900 € de moins par an que pour les personnes ayant une limitation légère, et 3 700 € de moins que pour celles sans handicap.

Une partie des écarts est reflétée par les moindres revenus d'activité des personnes handicapées. Le revenu annuel moyen des ménages des personnes handicapées déclarant une limitation sévère est ainsi composé à 74 % de revenus d'activité et à 30 % de pensions et de prestations sociales, alors que pour l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans, les parts respectives sont de 92 % et 15 %.

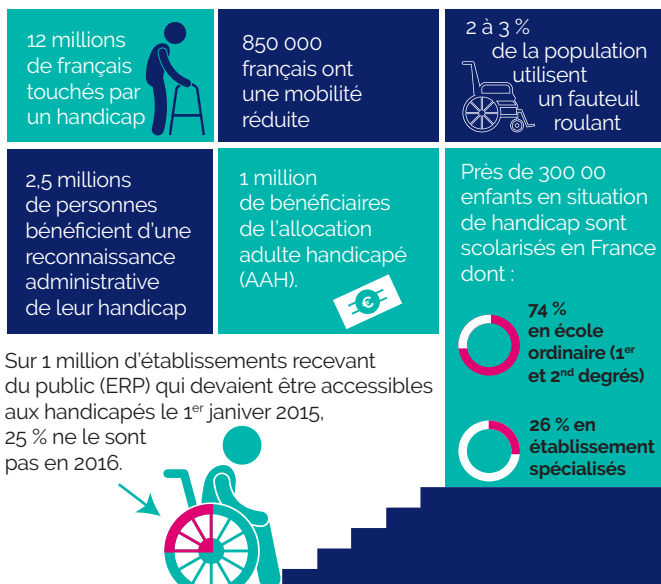
Il en découle donc naturellement de nombreuses problématiques :

- Comment financer ses soins, comment financer son accueil, son accompagnement, son accessibilité, sa vie quotidienne, décemment ?
- Pour les parents, comment organiser la prise en charge de l'enfant handicapé lorsqu'ils ne pourront plus le faire eux-mêmes ?
- Comment appréhender l'ambiguïté du passage à la retraite où une personne handicapée n'est plus considérée comme handicapée mais comme retraitée ? Quels moyens de subsistance ?
- Chaque personne handicapée a le droit à une « compensation » des conséquences de son handicap.

Le principe de non-discrimination dans la loi du 11/02/2005 rend possible pour les travailleurs handicapés d'accéder à un emploi dans l'entreprise, de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de faire des formations adaptées à leurs besoins. 2,51 millions de personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de leur handicap (RQTH) sont bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (OETH), parmi eux :

- 81 % occupent un emploi ordinaire ;
- 8 % travaillent au sein d'un Établissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT) ;
- 7 % occupent un emploi en entreprise privée avec une aide à l'emploi des travailleurs en situation de handicap ;
- 2 % occupent un emploi spécifique dans la fonction publique ;
- 2 % travaillent en entreprise adaptée.

Les chiffres du handicap



Il existe des paradoxes relevés dans le domaine de l'emploi pour les personnes handicapées :

- taux d'emploi faible : 3,5 % loin de l'objectif officiel de 6 % ;
- le regard sur le handicap se cristallise sur le fauteuil roulant alors qu'il s'agit d'un handicap au nombre très minoritaire ;
- 84 % des personnes interrogées déplorent l'inadéquation du handicap aux exigences du poste.

Selon l'enquête « Handicap & entreprise », enquête réalisée dans le cadre du baromètre emploi des personnes handicapées par l'ipsos & Handicap et société en décembre 2014, l'embauche de personnes handicapées est un acte jugé difficile par 80 % des dirigeants, tous secteurs confondus.

Même si l'information et la connaissance des dispositifs et des réseaux est plus accessible dans les grandes structures, les dirigeants jugent l'objectif d'obligation d'emploi de 6 % de personnes handicapées dans les entreprises de plus de 20 salariés, réaliste. Les principaux freins à l'embauche viennent du fait que le handicap est assimilé à une incapacité à travailler, synonyme d'un état de dépendance, là où le presupposé est à l'autonomie.

Le handicap est souvent considéré comme un surcoût (adaptation du poste de travail, des locaux, des horaires...), une perte de productivité et une source possible de tensions dans les équipes, voire de rejet. Mais le frein majeur à l'embauche, dans 84 % des cas est lié à l'inadéquation du handicap aux exigences du ou des postes proposés au sein de l'entreprise. Cependant si l'on se réfère au livre blanc sur le Handicap et la performance collective paru en 2015, la diversité des ressources humaines quand elle est bien gérée augmenterait la rentabilité de 5 à 15 % selon les types d'activité⁶.

Deux éléments essentiels ressortent :

- la performance des travailleurs en situation de handicap n'est pas inférieure à celle des autres salariés ;
- les équipes les plus diverses sont également les plus performantes.

Alors que la principale motivation à l'embauche d'une personne en situation de handicap tient plus de la volonté d'éviter de s'acquitter les pénalités, on note cependant que c'est aussi une affaire de conviction, bien souvent relayée par la sensibilité du dirigeant. C'est aussi un vecteur qui permet de renforcer l'image de marque de l'entreprise et d'insuffler une culture d'inclusion en interne.

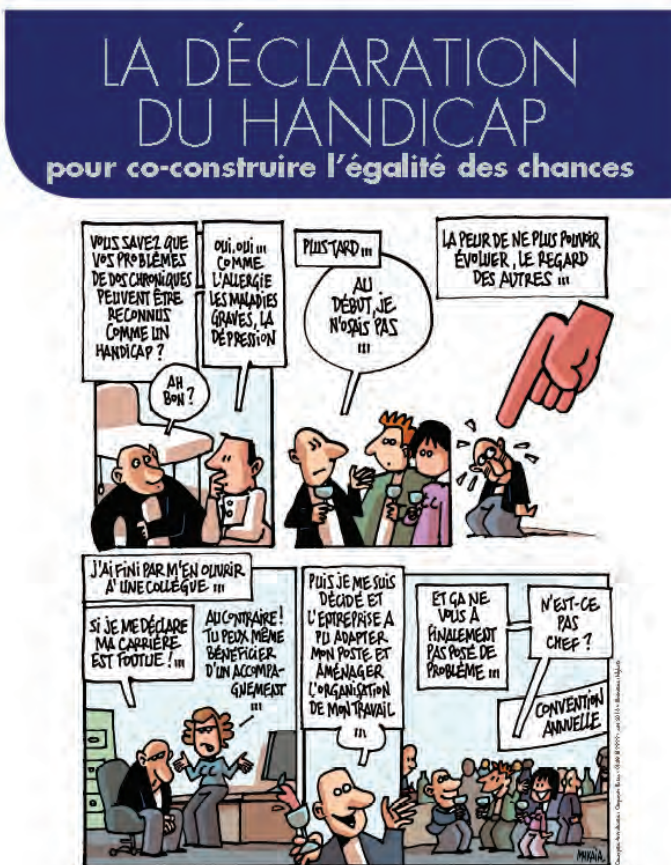
Ce qu'il faut retenir :

Même si les mentalités ont évolué positivement en matière d'image du handicap, le taux d'emploi reste faible dans l'entreprise, 3,5 % au niveau national dans

l'enquête réalisée par l'ipsos en 2014, loin de l'objectif officiel de 6 %. Le regard du handicap est polarisé sur le fauteuil roulant, alors qu'il ne concerne que 13,4 % des personnes en situation de handicap. Les handicaps physiques, pourtant les plus simples à « compenser » en raison des solutions techniques existantes sont jugés les plus difficiles à intégrer. Alors que les handicaps sensoriels soulèvent des problématiques d'intégration beaucoup plus complexes.

La capacité des employeurs à embaucher des personnes en situation de handicap est fortement dépendante de la nature des postes à pourvoir et plus précisément du couple activité / effectif salarié. Même si le regard sur le handicap a évolué, le passage à l'acte pour embaucher une personne en situation de handicap reste pour la majorité des dirigeants (80 %) difficile. Les aides financières ne constituent pas l'élément déclencheur d'une embauche. Et la perception de la difficulté d'embauche par rapport à un type de handicap donné témoigne d'une méconnaissance des problématiques à gérer dans le cadre de recrutement et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap au sein de l'entreprise.

Pour illustrer ces propos, CNP Assurances affiche un taux d'emploi global des personnes en situation de handicap à fin 2016 de 7,47 % avec un taux d'emploi direct de 5,4 %. Données méritoires pour cette Entreprise de Taille Intermédiaire qui propose des services financiers en B2B et recrute principalement des personnes hautement qualifiées. L'entreprise a signé en 2015, son septième accord quadriennal d'entreprise agréé sans réserve par la DIRECCTE.



■ AIDEZ-NOUS À VOUS AIDER !

Pour toute question ou pour vous accompagner dans vos démarches, n'hésitez pas à contacter Christine Cabrolle au 01 42 18 89 98 ou par mail : christine.cabrolle@cnp.fr



⁶ Le livre blanc sur le handicap et la performance collective – 2015 – execo – p11

Cet accord relaie trois axes d'intervention principaux :

1 - l'insertion : qui comprend les phases de sourcing, d'embauche, d'accueil et d'intégration des personnes en situation de handicap avec si nécessaire une étude ergonomique pour aménager le poste de travail, organiser les trajets domicile/lieu de travail, faire appel à un traducteur en langues des signes...

2 - Le maintien dans l'emploi : en proposant aux bénéficiaires concernés l'adaptation de leur plans de formation, un accompagnement dans leur mobilité d'évolution de carrière, et d'avancement en relation avec leur performance, en contrôlant qu'aucune discrimination n'existe par rapport aux autres salariés...

3 - Un plan de communication étudié et ciblé pour lutter contre les stéréotypes à l'encontre des personnes en situation de handicap. Des actions sont régulièrement menées par la mission handicap : une communauté sur Yammer partage les bonnes pratiques, des vidéos et des articles postés sur l'intranet sensibilisent les salariés à la vie professionnelle d'une personne en situation de handicap, des événements sont régulièrement organisés, notamment lors de la Semaine Européenne Pour L'Emploi des Personnes Handicapées (SEEPH).

Même si les stéréotypes restent vivaces, il est essentiel de rappeler que dans 80 % des cas, le handicap se déclare au cours de sa vie. En effet, 85 % des handicaps référencés sont des maladies invalidantes. Le handicap recoupe en fait une notion plus large que ce que l'on imagine souvent.

Par exemple, une personne atteinte de :

- lombalgie, hernie discale, amputation, atrophie d'un membre ... ;
- malvoyance, cécité, troubles de l'audition, surdité, limitations au niveau du toucher, de l'odorat, du goût ;
- sclérose en plaques, diabète, cancers, maladie cardio-vasculaires, SIDA, allergies respiratoires, alcoolisme, obésité.... ;
- dépression, troubles obsessionnels compulsifs, schizophrénie, psychoses, névroses, bipolarité, épilepsie... ;
- troubles de l'apprentissage, de la mémoire, du langage ;

... peut, si elle le souhaite, faire une demande de reconnaissance en tant que travailleur handicapé avec l'aide de la mission handicap.

Des préjugés, souvent tenaces, vis-à-vis des personnes en situation de handicap qui grâce à une action construite et soutenue vis-à-vis des collaborateurs peuvent être levés et permettent d'intégrer pleinement ces personnes à la vie professionnelle.

Une autre illustration est apportée par la Carac, mutuelle d'épargne, de retraite et de prévoyance, qui peut être considérée comme une PME de l'assurance : 380 salariés, 550 M€ de chiffre d'affaires, 11 Milliards d'€ d'encours gérés. La Carac affiche un taux d'emploi global des personnes en situation de handicap à fin 2016 de 6,57 % avec un taux d'emploi direct de 6,11 %. En parallèle, la mutuelle a mis en place pour tous ses salariés un plan de sensibilisation au handicap assorti de formations très concrètes, permettant notamment de mieux comprendre, intégrer et accompagner les salariés en situation de handicap. Il est aussi important de noter que ces derniers sont choisis et reconnus pour leurs compétences.

Le statut des personnes travaillant en ESAT⁷

L'ESAT est une institution sociale et médico-sociale, financée par l'État, et non une entreprise. À ce titre, les travailleurs handicapés ne peuvent être assimilés à des salariés de droit commun, soumis au code du travail ; en effet, ils sont avant tout les usagers d'une structure sociale et médico-sociale.

Ainsi, l'admission en ESAT ne relève pas d'un recrutement au sens propre du terme, comme le rappelle la Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 « il n'y a pas de contrat de travail ni d'embauche au sens où l'entend le code du travail ». Il s'agit, en effet, d'une admission prononcée suite à une décision de la MDPH. De même, on ne saurait soumettre les travailleurs handicapés en ESAT aux règles du droit du travail relatives au droit disciplinaire, telle la mise à pied. Sur ce plan le statut des travailleurs handicapés en ESAT s'avère plus protecteur que le salariat. Par ailleurs, le Directeur de l'ESAT ne peut mettre fin unilatéralement à la présence d'un travailleur handicapé en ESAT, procédant à ce qui s'apparenterait à un licenciement. En effet, il appartiendra au Directeur de saisir la MDPH, qui prononcera éventuellement une orientation vers un autre type d'établissement et seulement si la personne handicapée n'est pas « à même de tirer profit de sa présence en ESAT ». Il est donc clair que c'est l'intérêt de la personne qui doit motiver une demande de réorientation et non des impératifs de production.

Enfin, les travailleurs handicapés n'étant pas titulaires d'un contrat de travail, ils ne peuvent participer aux institutions représentatives du personnel. L'expression collective des travailleurs s'effectuera donc au sein du Conseil de la Vie Sociale, nouvelle dénomination des Conseils d'Établissement, (Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L311-6 du code de l'action et des familles).

Toutefois, le Décret du 31 décembre 1977 prévoit une soumission partielle des ESAT au code du travail. En effet, le droit du travail s'applique aux ESAT uniquement s'agissant des questions relatives à l'hygiène et la sécurité et à la médecine du travail.

⁷ Établissements et Services d'Aide par le Travail

Toute personne admise en ESAT a droit à une rémunération garantie dès son admission (même en période d'essai)⁸.

La rémunération garantie ne constitue pas un salaire au sens du code du travail. Cependant elle est considérée comme une rémunération du travail :

- pour la déclaration fiscale de l'individu (le montant imposable est précisé sur la fiche de paye) ;
- pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des ATMP et des allocations familiales ;
- pour l'assiette des cotisations au régime agricole et des cotisations versées au titre des retraites complémentaires.

Une part de la rémunération est financée par l'ESAT. Elle doit être supérieure à 5 % du SMIC mais reste à l'appréciation de chaque établissement. L'autre part est financée par l'État (elle ne peut être supérieure à 50 % du SMIC) :

- lorsque la part de la rémunération financée par l'ESAT est entre 5 et 20 % du SMIC : l'aide au poste de l'État s'élève à 50 % du SMIC ;
- lorsque la part de la rémunération financée par l'ESAT dépasse 20 % du SMIC : le pourcentage de 50 % est ensuite réduit de 0,5 % pour chaque hausse de 1 % de la part de la rémunération financée par l'ESAT.

Le montant de la rémunération garantie est compris entre 55 % et 110 % du SMIC dans des conditions et limites fixées par voie réglementaire. Il prend en compte le caractère à temps plein ou à temps partiel de l'activité. La CAF réexamine les droits du bénéficiaire de l'AAH lorsqu'il est admis en ESAT. En effet le cumul de l'AAH et de la rémunération garantie ne peut excéder 100 % du SMIC calculé pour 151,67 heures. Donc si le total du cumul excède ce montant l'AAH, doit être réduite en conséquence.

Les Entreprises Adaptées⁹

Les Entreprises Adaptées sont des entreprises de production dont la seule spécificité est d'employer majoritairement des travailleurs handicapés.

L'entreprise adaptée accueille des travailleurs handicapés orientés marché du travail par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Elles proposent aux travailleurs handicapés des conditions adaptées à leurs possibilités pour exercer une activité professionnelle salariée. Grâce à un accompagnement spécifique, elles favorisent la réalisation de

leur projet professionnel pour valoriser leurs compétences, leur promotion et leur mobilité au sein de la structure elle-même ou vers d'autres entreprises.

Les Entreprises Adaptées peuvent recruter des salariés valides, dans la limite de 20 % de leurs effectifs. Une Entreprise Adaptée peut être une structure telle qu'une association pour handicapés ou bien une société commerciale sous la responsabilité d'un organisme gestionnaire. Les Entreprises Adaptées doivent obtenir un agrément délivré par le Ministère de l'Emploi.

La personne en situation de handicap signe un contrat avec l'entreprise adaptée¹⁰. Celui-ci prend généralement la forme d'un contrat à durée déterminée (CDD), ou d'un contrat à durée indéterminée (CDI). La personne en situation de handicap a le statut de salarié et est soumise aux mêmes règles que les autres salariés.

La personne en situation de handicap perçoit une rémunération au moins égale au Smic¹¹.

II.5 - La retraite : quelle réalité pour une personne en situation de handicap ?

C'est la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 « portant réforme des retraites » qui pour la première fois en France a permis aux travailleurs handicapés de bénéficier de la retraite avant l'âge de 60 ans. Il fallut attendre la loi du 11 février 2005, évoquée ci-dessus, et celle n°2006-737 du 27 juin 2006 « visant à accorder une majoration de pension de retraite aux fonctionnaires handicapés » pour que, sous certaines conditions liées à l'âge et à la durée de cotisation, ils puissent obtenir une majoration des trimestres cotisés dès lors qu'ils étaient porteurs d'un handicap, pour prétendre au versement d'une pension de retraite réévaluée. Ces textes ont constitué un progrès indéniable.

Une fois à la retraite, une personne en situation de handicap ne peut plus percevoir la pension d'invalidité dont il bénéficie. Il perçoit alors une pension de vieillesse. Lorsqu'il atteint l'âge légal de départ à la retraite (60 ans si né avant le 1^{er} juillet 1951, et entre 60 ans et 4 mois et 62 ans pour ceux nés après, en fonction de leur date de naissance), le titulaire d'une pension d'invalidité cesse de toucher cette dernière. Il commence alors à percevoir une pension de retraite calculée au taux plein. Le passage de la pension d'invalidité à la pension de retraite intervient le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel cette condition d'âge est remplie. La pension de retraite de base est liquidée à taux plein, soit 50 % du salaire annuel moyen calculé à partir des 25 meilleures années de salaire. Mais ce montant peut être minoré si la durée d'assurance retraite est inférieure au nombre de trimestres nécessaires pour toucher la retraite à taux plein.

⁸ Le travailleur handicapé en ESAT – guide pratique MDPH

⁹ Anciennement « ateliers protégés » réformés par la loi n°2005-102 du 11 février 2005

¹⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1653>

¹¹ Salaire Minimum de Croissance : 1 480,27 € brut par mois.

Même lorsqu'ils ont atteint l'âge légal de la retraite, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent continuer à toucher celle-ci dès lors qu'ils exercent une activité professionnelle et touchent une rémunération. Ils cessent de bénéficier de ces versements lorsqu'ils demandent la liquidation de leur retraite ou lorsqu'ils atteignent 67 ans, soit l'âge où ils obtiennent une retraite à taux plein.

Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité percevant également la majoration pour tierce personne peut continuer à toucher cette dernière lorsqu'il se trouve à la retraite. Les personnes qui ont travaillé tout en étant atteintes d'une incapacité permanente d'au moins 50 % peuvent bénéficier d'un départ à la retraite avant l'âge légal. Pour prétendre à ce droit, ils doivent justifier d'une durée d'assurance et de périodes cotisées variables selon leur âge à la date d'effet de leur pension et selon leur année de naissance. La pension attribuée au titre de ce dispositif est versée à taux plein. Elle ouvre également droit à la liquidation sans abattement de la retraite complémentaire.

II.6 - L'accompagnement des personnes vieillissantes

Un décalage existe aussi concernant les politiques d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Tout semble laisser apparaître une impréparation à la réalité que les personnes handicapées, aussi vieillissent, qu'elles ont besoin de foyers d'accueil pour retraités, qu'elles vivent plus longtemps. Cette situation est la conséquence du progrès médical et de l'amélioration des soins. Il est donc crucial de maintenir l'accès aux soins de qualité pour les plus fragiles et de penser à leur environnement.

Le vieillissement est un processus normal qui touche l'organisme et ses fonctions dans leur ensemble. Une personne dite « valide » en vieillissant constate une altération de ses fonctions ce qui peut entraver ses interactions dans son quotidien. Ses préoccupations rejoignent peu ou prou celles des personnes en situation de handicap. Elle voit peu à peu diminuer ses facultés d'autonomie.

Les modalités de l'allocation personnalisée d'autonomie

	Domicile	Établissement
Bénéficiaires : 1 249 490 ¹² au 31 décembre 2014	738 160	511 330
GIR 1 ¹³	2 %	19 %
GIR2	17 %	41 %
GIR3	22 %	17 %
GIR4	59 %	23 %
Paramètres de calcul	Du niveau de ressources du bénéficiaire, du niveau de perte d'autonomie (GIR), du coût des aides prévues dans le plan d'aide.	les ressources du résident, son niveau de perte d'autonomie qui correspond à son GIR, le montant du tarif dépendance correspondant à son GIR en vigueur dans l'établissement.
Destination des aides financières	La rémunération d'une aide à domicile, du matériel (installation de la téléassistance...), des fournitures pour l'hygiène, du portage de repas, des travaux pour l'aménagement du logement (dans certains cas), un accueil temporaire, à la journée ou avec hébergement, des dépenses de transport, les services rendus par un accueillant familial.	Financer les frais d'établissement Un tarif hébergement (60 %) : c'est la partie restant à la charge du résident. Sous certaines conditions de ressources, le pensionnaire bénéficie d'aides financières. L'hébergement correspond à l'ensemble de la prestation hôtelière au sens large (accueil, repas, animation de la vie sociale, administration générale...) Un tarif soin (25 à 30 %) : ce tarif intègre l'ensemble des frais médicaux et paramédicaux engendrés par l'état de santé des résidents (troubles psychiques et/ou physiques, degré de dépendance). Il est constitué essentiellement par le coût du personnel soignant. L'Assurance maladie indemnise directement l'établissement Un tarif dépendance (10 à 15 %) : cette dépense couvre l'ensemble des achats matériels nécessaires aux personnes âgées dépendantes dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Cette dépense est à la charge de la Région et du résident. L'allocation personnalisée d'autonomie subvient partiellement aux besoins des bénéficiaires en fonction de leur degré de « dépendance » (G.I.R.).
Plafonds mensuels financiers GIR 1	1713,08 €	
	GIR 2 1375,54 € GIR 3 993,884 € GIR 4 662,95 €	

¹² Source DRESS

¹³ % de bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2013 DRESS

La perte d'autonomie se substitue à la notion de dépendance avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la loi du 20 juillet 2001 : « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée de ses besoins.

Cette allocation définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. » La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement modernise l'APA versée à domicile. Elle permet la diversification du contenu des plans d'aide. Ils peuvent ainsi mieux intégrer l'accès aux aides techniques et l'aménagement du domicile pour les personnes âgées et le soutien aux proches aidants à travers le droit au répit. La loi du 20 juillet 2001 instaure l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 réforme l'APA lorsqu'elle est versée à domicile.

Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants dans le respect de leurs compétences. Il définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. Au sein du conseil départemental, l'équipe médico-sociale, composée d'un médecin et d'un travailleur social, est chargée de l'instruction de la demande d'APA.

Elle conduit une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants. Elle établit l'éligibilité à la prestation à l'aide de la grille AGGIR, puis propose un plan d'aide. Le plan d'aide réunit l'ensemble des aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire et au soutien de ses proches aidants.

L'allocation personnalisée d'autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est servie à domicile et en établissement. Elle est attribuée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. L'APA aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré le manque d'autonomie, ou aide à payer une partie du tarif dépendance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement revalorise et améliore l'APA à domicile afin de :

- donner plus d'aide à ceux qui en ont besoin
- diminuer la participation financière de la majorité des bénéficiaires de l'APA,

- mieux prendre en compte les besoins et les attentes des bénéficiaires de l'APA et ceux de leurs proches aidants.

Le montant est versé par le conseil départemental.

II.7 - Le rôle des aidants



Le baromètre sur l'argent et l'entraide familiale, réalisé par Opinion Way pour le compte de la Carac en 2017, donne des indications chiffrées sur la situation des aidants.

1 - Des aidants très impliqués dans leur rôle...

Plus de 7 Français sur 10 considèrent leur rôle comme évident et naturel

Pour la majorité l'aide est ponctuelle mais pour 1 aidant sur 4 c'est une mission quotidienne. 17 % des aidants vivent à leur domicile avec la personne aidée. Un temps moyen d'aide élevé : 16H par semaine, qui s'élève à 30H par semaine pour les aidants permanents (un quasi temps complet).

Les aides sont nombreuses et variées

Une présence et un soutien moral (83 %)/ Des démarches administratives (81 %)/ Courses et promenades (75 %).

2 - Mais des aidants qui manquent eux-mêmes de soutien...

1 aidant sur 3 s'occupe seul du proche en perte d'autonomie. Plus de 7 aidants sur 10 ne bénéficient d'aucune aide professionnelle. Seuls 55 % ont contacté un organisme d'aide.

Et qui subissent un impact sur leur vie professionnelle, personnelle et financière

Une difficulté à concilier leur mission d'aidant avec :



leur travail
44 %

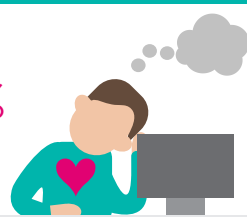


leur vie personnelle et familiale
43 %



leur vie sociale
41 %

POUR
75 %



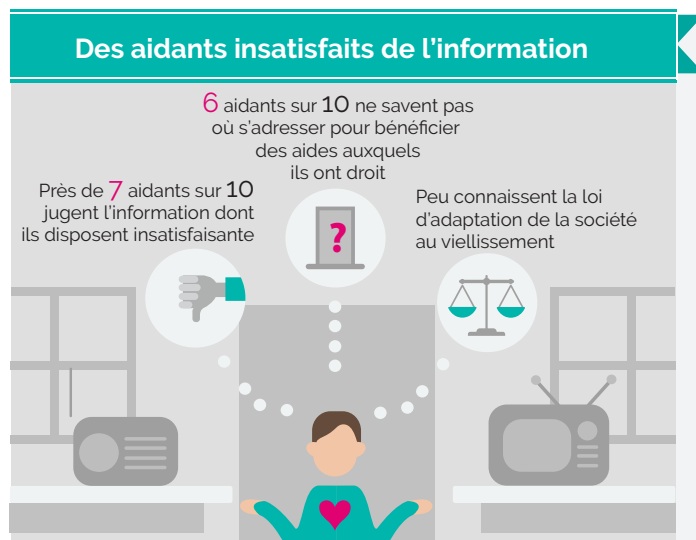
66 %
s'implique
financièrement
également



à hauteur
2 049 €
par an en moyenne

3 - Et qui subissent un impact sur leur vie professionnelle, personnelle et financière...

Une difficulté à concilier leur mission d'aidant avec : leur travail (44 %) / leur vie personnelle et familiale (43 %) et leur vie sociale (41 %). Pour 75 % des aidants leur activité a un impact sur leur vie professionnelle : fatigue et stress. 66 % s'impliquent financièrement également, à hauteur de **2 049 € par an en moyenne**. Pour les aidants permanents, c'est-à-dire ceux qui vivent à domicile avec la personne en perte d'autonomie, le coût annuel dépasse même les 3 000 €.



4 - Des aidants insatisfaits de l'information...

Près de 7 aidants sur 10 jugent l'information dont ils disposent insatisfaisante. Et 6 aidants sur 10 ne savent pas où s'adresser pour bénéficier des aides auxquelles ils ont droit. Peu connaissent les lois d'adaptation de la société au vieillissement.

5 - ...et en demande de soutien

Près de 8 aidants sur 10 auraient aimé être accompagnés à leurs débuts. Aujourd'hui ils sont intéressés par un soutien administratif (63 %), un bilan social de la personne dépendante (58 %) et des conseils sur la prévention des risques de chutes (56 %).

Cette étude mesure combien il est nécessaire de préparer en amont une telle situation, et notamment financièrement. Ceux qui, parents ou membres de la famille, aident des personnes handicapées vieillissent aussi et leur préoccupation récurrente est de pérenniser l'accompagnement. Or les aidants (parents, fratrie, associations) ont de plus en plus de difficultés à transmettre le relais. Comment résoudre efficacement cette équation ?

III - Quelles réponses l'assurance vie peut-elle apporter ?

III.1 - Le coût de la perte d'autonomie

Au niveau national le coût de la dépendance à la charge des ménages est estimé à 7,2 milliards d'euros. Rapporté au nombre de bénéficiaires de l'APA cela représente

un reste à charge moyen de 396 € par mois. Pour les personnes plus dépendantes ce montant peut avoisiner les 700 €. Toutefois cette évaluation macro-économique n'estime pas tous les coûts induits et la DREES évoque des montants pouvant aller de 570 € à 2 300 € par mois selon la nature de la dépendance et la prise en charge à domicile ou en institution.

L'accompagnement par les aidants familiaux ou informels a également un coût monétaire, mais aussi des impacts sur l'accès à l'offre de travail ou la détérioration de l'état de santé. Cette aide informelle est évaluée à plus de 8 Mds d'€. En synthèse 40 % de la charge monétaire de la dépendance est à la charge des ménages. Une partie de ces coûts peut être pris par l'assurance dépendance. Selon la FFA environ 2 millions d'individus seront réellement couverts en cas de survenance de la dépendance. Les rentes versées allant de 100 à 600 € par mois. Ces prestations représentent un montant total de 166 millions à comparer au reste à charge estimé à 7,2 milliards d'€. Ces estimations indiquent que la solidarité nationale, comme l'offre d'assurance prévoyance, ne peuvent suffire à couvrir l'ensemble des dépenses liées à une situation de dépendance. L'effort d'épargne des français est important et dépasse les 2 200 milliards d'€.

III.2 - Les contrats épargne-handicap

Les personnes handicapées peuvent bénéficier de contrats d'assurance vie spécifiques, donnant accès à une réduction d'impôt conséquente. Mais peu d'entre elles connaissent ce dispositif fiscal avantageux, qui, ne leur est pas toujours proposé. En effet, les assureurs et les banquiers ne proposent pas toujours cette solution à leurs clients handicapés. L'assurance vie épargne handicap générant de faibles volumes, et une gestion lourde et coûteuse. Instauré par la loi du 30 décembre 1987, le contrat épargne handicap est un contrat d'assurance en cas de vie d'une durée effective d'au moins 6 ans. Il garantit le versement d'un capital ou d'une rente viagère à l'adhérent-assuré atteint, lors de l'adhésion, d'une infirmité l'empêchant d'exercer une activité professionnelle dans des conditions normales de rentabilité. L'épargne handicap est réservée aux personnes majeures et non retraitées.

En plus des avantages fiscaux liés à l'assurance-vie, les garanties souscrites dans le cadre de l'épargne handicap bénéficient d'un régime fiscal spécifique : chaque versement ouvre droit à une réduction d'impôt de 25 % dans la limite d'un plafond global de versements annuels de 1 525 €, plus 300 € par enfant à charge (150 € en cas de garde alternée). Les intérêts d'un contrat épargne handicap sont exonérés de prélèvements sociaux lors de leur inscription au contrat. Ils y seront soumis lors du dénouement (rachat ...) et seront assujettis à la fiscalité de l'assurance-vie selon les conditions de la réglementation en vigueur.

Cette réduction d'impôt vient s'ajouter aux autres avantages fiscaux de l'assurance vie classique pouvant aller, dans la plupart des cas, jusqu'à une exonération totale des droits de succession dans la limite de 152 000 € transmis par bénéficiaire et une exonération d'impôts

sur les gains au bout de 8 ans dans la limite de 4 600 € pour une personne seule ou 9 200 € pour un couple, hors prélèvements sociaux. Les prélèvements sociaux, pour la partie investie en fonds en euros, ne sont pas perçus au fil de l'eau (lors de l'inscription des intérêts en compte). Cependant, ils restent dus au moment d'un rachat. Les rentes constituées n'entrent pas en compte dans le calcul de l'allocation aux adultes handicapés, dans la limite de 1 830 € par an.

L'assurance vie permet à la personne handicapée, souscriptrice du contrat, de se constituer une épargne dans des conditions fiscales avantageuses. L'objectif, compenser la perte de revenus liée au handicap.

Les contrats d'assurance vie, permettent aux personnes en situation de handicap de bénéficier de réductions d'impôts. Dans la réalité tous les supports d'assurance vie peuvent bénéficier de cet avantage, mais l'avantage fiscal n'est pas valide si le handicap survient après la souscription du contrat. L'objectif est de valoriser l'épargne personnelle de la personne en situation de handicap et les apports que vont constituer les éventuelles donations et la réserve héréditaire qu'elle va recevoir. Pour les personnes handicapées n'ayant pas encore liquidé leurs droits à la retraite, le législateur a apporté à l'assurance vie certaines spécificités fiscales et de fonctionnement ayant pour vocation principale de leur permettre de se constituer, dans les meilleures conditions et sur une durée minimum ramenée à six ans, une épargne de prévoyance.

Il est, bien sûr, tout à fait autorisé, au-delà de ce délai, de continuer à alimenter le contrat "épargne handicap" aussi longtemps qu'on le désire mais, à compter de la sixième année, il est possible de demander, à tout moment, le versement d'un capital ou d'une rente à la personne handicapée.

Il est possible de transformer un contrat d'assurance vie classique en contrat épargne handicap après-coup, même plusieurs années après l'ouverture du contrat, si on peut justifier de la présence de l'invalidité à la date de l'ouverture du contrat ; et bénéficier ainsi d'un rattrapage.

Par contre si le handicap apparaît après l'ouverture du contrat, il n'est pas possible de transformer l'assurance vie en épargne handicap. L'assuré doit être atteint d'« une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ». Dans ce type de contrat, c'est la personne handicapée qui est à la fois souscripteur et assurée. Le contrat est toujours à son nom. Si celle-ci est un mineur, ce sont, comme pour un contrat d'assurance-vie ordinaire, ses parents qui signeront le contrat pour son compte (ou ses représentants légaux).

La loi spécifie que toute personne, qu'elle soit mineure ou majeure, ayant un handicap qui lui interdit l'accès à une activité professionnelle dans des conditions normales de rentabilité a le droit de souscrire un contrat « épargne handicap ». Ce handicap peut se traduire par une incapacité totale à accéder à un emploi mais aussi par l'accueil en atelier protégé ou en centre

d'aide par le travail ou encore par une admission en milieu ordinaire de travail avec réduction de salaire en raison de rendements notablement diminués.

La personne doit être en situation de handicap au moment de l'ouverture du contrat et ne pas bénéficier encore de ses droits à la retraite. Le handicap coûte souvent très cher, de plus l'impossibilité d'obtenir un emploi dans des conditions normales entraînent bien souvent des difficultés financières que n'arrivent pas à compenser les faibles allocations spécifiques.

Les acteurs du marché

On dénombre environ 200 contrats d'assurance vie¹⁴ dans lesquels se trouve l'option épargne handicap. Parmi les acteurs du marché de l'assurance-vie dédiée aux personnes en situation de handicap, on trouve chez les banques, la Caisse d'Épargne, le Crédit Agricole ou la banque en ligne Fortunéo et chez les assureurs, Generali, l'AFER, CNP Assurances ou AXA. Chez les mutuelles, se distinguent notamment la mutuelle Intégrance engagée dans la protection des personnes en situation de handicap, la Carac et la société Apicil qui prévoient des contrats d'assurance-vie handicap. Tous ces acteurs font la promotion du dispositif d'épargne handicap sur leurs sites respectifs.

ENCADRÉ :



Avis d'expert pour bien choisir son contrat d'épargne handicap

Pour mémoire, un contrat d'épargne HANDICAP est un contrat d'assurance vie qui s'adresse à un assuré « atteint, lors de la conclusion du contrat, d'une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle¹⁵ » et qui lui assure au terme du contrat (8 ans minimum) le versement d'un capital ou d'une rente viagère.

Avant de choisir un contrat d'épargne handicap il est nécessaire de vérifier les points suivants :

- l'assuré doit être atteint d'une infirmité qui l'empêche de se livrer dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ;
- le contrat doit comporter une garantie de capital en cas de vie ;
- la durée effective du contrat doit être égale à minima à 6 ans.

À noter cette solution permet de constituer une épargne pour une personne en situation de handicap en bénéficiant d'une fiscalité spécifique et de bénéficier d'avantages successoraux.

En phase de constitution, le souscripteur du contrat bénéficie d'une réduction d'impôt égale à 25 % des

¹⁴ Étude Profidéo - mai 2017

¹⁵ Article 199-2 du Code général des impôts

versements annuels avec un plafond de 1 525 € maximum, plus 300 € par enfant à charge. En cas de rachat partiel, seuls les intérêts ou les plus-values sont imposables.

Les rentes versées au titre du contrat d'épargne handicap ne sont pas prises en compte pour :

- le calcul de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) dans la limite de 1 830 € par an et se cumulent avec les autres pensions soumises à condition de cumul ;
- Le calcul de la participation aux frais d'hébergement et d'entretien de la personne en situation de handicap hébergée en établissement financé par l'aide sociale du département.

Le contrat Epargne Handicap est une solution souple qui permet à une personne handicapée de se constituer un complément de revenus (capital ou rente) afin de préparer l'avenir.

Florence Grossen – Attachée de direction services APAJH Prévoyance

III.3 - Les contrats rente de survie, pour protéger l'enfant en cas de décès des parents

Les contrats rentes de survie sont des contrats d'assurance décès, souscrits par des parents au bénéfice d'un enfant ou d'un adulte dont le handicap l'empêche de se livrer à une activité professionnelle dans des conditions normales de rentabilité, en vue de lui garantir le versement d'un capital ou d'une rente viagère, en cas de décès de l'assuré. Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, son handicap doit l'empêcher d'acquiescer une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau considéré comme ordinaire. Si le bénéficiaire est âgé de plus de 18 ans, son handicap doit l'empêcher de se livrer à une activité professionnelle sans réduction de salaire liée au handicap.

La réduction d'impôt est accordée au signataire du contrat, s'il est parent du bénéficiaire en ligne directe descendante (parent, grands-parents, arrière-grand parent), en ligne directe ascendante (enfant, petits-enfants, arrière-petits-enfants), en ligne collatérale jusqu'au troisième degré (frères et sœurs, oncles et tantes, neveux et nièces). La réduction est étendue au contribuable, qu'il soit parent éloigné, ou qu'il soit sans lien de parenté avec le bénéficiaire du contrat de rente survie, lorsque ce dernier vit sous son toit de façon permanente, est fiscalement à sa charge, et est titulaire de la carte d'invalidité. En cas de décès du bénéficiaire avant le souscripteur (assuré), et sur les contrats le prévoyant dans leurs conditions, il est possible pour le souscripteur de récupérer le montant des cotisations versées.

Le montant de la réduction s'élève à 25 % du montant des primes versées, dans la limite d'un plafond de versements fixé à 1 525 €, majoré de 300 € par enfant à charge (ou de 150 € par enfant en résidence alternée). Cette limite s'applique à l'ensemble des contrats rente survie et épargne handicap souscrits par les membres du foyer fiscal. Au regard de l'Aide Sociale, le contrat de Rente de Survie, quel que soit le montant des arrérages, n'a aucune incidence sur l'AAH et les autres allocations qui sont servies par les Caisses d'Allocations Familiales. Et surtout en ce qui concerne l'Aide Sociale, l'intérêt principal étant que lorsque la personne est accueillie en structure financée par le département, les arrérages de Rente de Survie sont invisibles et ne sont pas inclus dans l'assiette de calculs de sa participation aux frais d'entretien et d'hébergement.

Pour les contrats rente de survie comme épargne handicap, le pourcentage du montant de la rente annuelle intégré comme un revenu imposable au titre de « pensions et rentes à titre onéreux » dépend de l'âge du créancier. Cette fraction imposable est de 70 % lorsque le bénéficiaire est âgé de moins de 50 ans, 50% si l'âge du bénéficiaire est compris entre 50 et 59 ans, 40 % si l'âge du bénéficiaire est compris entre 60 et 69 ans, 30 % si le bénéficiaire est âgé de 70 ans.

Outre ces deux contrats spécifiques, l'assurance vie peut également permettre de constituer un capital en vue d'apporter une aide financière à la personne en situation de handicap.

En complément à ces garanties, il existe aussi des produits d'assistance dont les garanties sont adaptées aux besoins des personnes handicapées, suppression des exclusions liées au handicap ou à une maladie invalidante, garanties voyage, rapatriement médical avec fauteuil roulant, appareillage, chien guide...

De même, certaines solutions complémentaires santé proposent des garanties et des remboursements adaptés aux différents types de handicap (ex : Intégrance, April Solidaris...), Fauteuils roulants, audioprothèses, ergothérapeutes, Méopa...

III.4 - Les options existantes

Face aux frais élevés engendrés par la dépendance, il est possible de prendre les devants en souscrivant des contrats d'assurance spécifiques à fonds perdus. Mais les détenteurs d'assurance vie peuvent aussi utiliser une option de leurs contrats, lorsqu'elle est proposée. Cette option dépendance est activable au bon vouloir du titulaire et ne fonctionne que pour les bénéficiaires qui acceptent de sortir de leur contrat sous forme de rente viagère. En cas de dépendance, la rente touchée est majorée (en général doublée). Certes, cela implique l'aliénation de son capital, mais cette rente peut être utile dans un contexte de baisse du niveau des pensions de retraite et de hausse des coûts de la prise en charge des seniors.

Autre avantage : opter pour la sortie en rente viagère de son contrat d'assurance vie est financièrement intéressant. En effet, cette rente est moins fiscalisée

que si elle provenait d'un produit de retraite classique. Seule une fraction du montant est taxée et soumise aux prélèvements sociaux de 12,3 % selon l'âge de l'assuré (la part taxable sera de 70% du montant si la première mensualité de rente est versée avant les 50 ans du bénéficiaire, de 50 % entre 50 et 59 ans, de 40 % entre 60 et 69 ans et de 30 % s'il a 70 ans ou plus). Et si le titulaire devient dépendant, la rente touchée est alors totalement exonérée d'impôt.

Son coût dépend des contrats, mais en général, les frais d'arrérage (frais administratifs prélevés par l'assureur pour transformer le capital en rente) tournent autour de 3 % du capital transformé en rente classique. Si le titulaire opte pour une rente dépendance, il paiera en moyenne 3 % de plus. L'option dépendance des contrats d'assurance vie fonctionne, dans la majorité des cas, qu'en cas de dépendance totale (et pas uniquement partielle comme pour les contrats prévoyance dépendance). Cette dépendance est en général mesurée par une grille classique. Enfin, aucun volet assistance (aides administratives, informations sur le financement...) n'est intégré. Ce petit plus, qui existe dans les contrats dépendance habituels, est pourtant très utile pour les proches de la personne dépendante.

III.5 - Autres solutions possibles

En dehors de ces solutions de contrats d'assurance vie il est difficile d'identifier des solutions d'épargne spécifiques. Certaines offres allient épargne et assurance dépendance, sans que l'avantage soit supérieur à l'agrégation de ces deux produits.

L'assurance vie constitue un support efficace mais les dispositifs fiscaux rattachés sont limités aux personnes déjà en situation de dépendance. Afin d'en faciliter le développement elle pourrait être ouverte à l'ensemble des personnes ayant souscrit l'option handicap avec un effet rétroactif au moment de la survenance de la dépendance permettant aussi de financer l'adaptation du logement, l'équipement de la personne ou l'accès à des services.

Concernant l'adaptation du logement il existe des dispositifs d'aides aux travaux via l'ANAH, sous conditions de ressources, mais pas de dispositifs de prêts à taux zéro comme cela existe pour l'environnement. Un lien avec le microcrédit pour les personnes n'ayant pas accès à un prêt bancaire traditionnel doit être promu. Ces services concernent aussi bien la personne en situation de dépendance que son environnement familial : les aidants. Ce statut mérite d'être reconnu et renforcé notamment au regard de l'offre d'emplois et à l'accès à des aides et services. Dans le cadre de l'assurance vie l'inclusion de services associés (comme dans les contrats de prévoyance) à destination de la personne dépendante et des aidants familiaux permettrait de limiter le coût de la prise en charge par les familles. Il pourrait aussi prendre la forme d'une assurance vie solidaire par le partage du taux de l'intérêt avec une structure associative d'aide à la personne.

Enfin, il faut augmenter l'offre de service et d'hébergement. À titre d'exemple, Mutlog et l'ACMIL sont à

l'origine d'un projet innovant : la résidence « A.I.M.E.R ». La 1^{ère} pierre de cette résidence a été posée le 14 septembre dernier, pour une location effective prévue en septembre 2017. L'originalité de ce projet de résidence « A.I.M.E.R » est de renforcer le lien social entre différentes générations; en faisant cohabiter sous le même toit des personnes en début de maladies cognitives et des étudiants médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes. Elle permet de réduire les coûts d'accès et d'offrir un logement et une expérience à des étudiants. Des outils d'épargne tracée permettant le financement à taux préférentiel de construction ou d'adaptation de structures d'accueil.

Le Crédit Coopératif a également proposé aux Fondations un produit d'épargne tracée : « Le livret Agir Fondations ». A fin 2016, le Crédit coopératif a ainsi collecté 54 M€ auprès de 73 fondations ce qui a permis de financer 83 structures pour des projets favorisant l'accessibilité des personnes en situation de handicap.

L'épargne handicap est encore aujourd'hui très peu connue. La plupart des initiatives des acteurs du marché de l'assurance sont des initiatives en matière de communication, de sensibilisation.

Quelques exemples récents :

- Mutex, partenaire de la 4^e Rencontre handicap, recherche et citoyenneté organisée par la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (FIRAH). Cet événement permet notamment à la fondation de présenter les résultats de ses actions ainsi que les nouveaux projets ;
- Amundi qui s'engage à hauteur de 6 millions d'euros auprès du Groupement solidaire afin d'amplifier son action en faveur des personnes en situation de handicap. Ce partenariat a pour vocation de démultiplier un réseau de logements en colocation et de services en faveur de personnes en situation de handicap, associés à des logements à loyers modérés ;
- Macif qui apporte son soutien au projet "cartes sonores" de la JCEF (Jeune Chambre Economique Française) visant à aider les restaurateurs à rendre accessible leurs menus aux personnes en situation d'handicap visuel.
- Malakoff Médéric est partenaire de la Semaine de l'accessibilité organisée par le musée du quai Branly - Jacques Chirac, qui a eu lieu du 3 au 11 décembre 2016. A travers, ce mécénat le groupe ambitionne d'aider les acteurs culturels à mettre en place des dispositifs d'accueil ouverts à tous les handicaps et contribuer au développement et à la diffusion de bonnes pratiques dans ce domaine.
- Eovi MCD mutuelle qui s'allie avec l'ASSE Cœur-Vert, AS Saint-Étienne pour la création d'une équipe de foot fauteuil. La mutuelle a signé une

convention de mécénat solidaire et versé un don à l'association afin de répondre aux besoins de financement de cette nouvelle équipe. Ce partenariat vise également à promouvoir le handisport et sensibiliser aux différentes formes de handicap.

■ La Fédération française d'assurance (FFA) qui crée l'association Mission handicap assurance qui vient élargir la dynamique impulsée par Gema handicap qui valorise une politique d'insertion et d'intégration des personnes en situation de handicap.

Hormis le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé il n'y a actuellement pas de guichet unique ou de site gouvernemental permettant de centraliser l'ensemble des informations à destination des personnes en situation de handicap et leurs familles.

Préconisations

Mettre en place une école de l'autonomie

L'école de l'autonomie est une formation destinée aux personnes en situation de handicap où la seule obligation est d'être volontaire. Plus qu'une école c'est un concept. Un concept considérant que chaque être humain est doué d'autonomie, aussi faible soit-elle. La personne handicapée est d'abord considérée comme une personne citoyenne, adulte et responsable. Une équipe de 5 à 7 professionnels accompagne le projet du client qui le plus souvent sera de vivre seul à domicile mais qui évoluera dans le temps à mesure de sa prise de conscience de ses besoins et de ses capacités. Des objectifs concrets et réalistes permettent à la personne en situation de handicap de diriger ses efforts dans une optique définie. A mesure que les objectifs sont atteints, la personne prend confiance en elle et devient consciente de ses possibilités.

Aujourd'hui ce type d'école a été mis en place à Chinon. Cette approche pédagogique devrait être relayée dans les établissements, les structures, les milieux recevant des personnes en situation de handicap. Apprenons aux enfants handicapés à devenir autonomes, laissons les enfants choisir, apprendre à s'habiller, se nourrir, aller au cinéma en ayant vu au préalable avec un ergothérapeute où poser son portefeuille, comment manipuler de l'argent.... À l'école de l'autonomie une infirmière est présente pour seconder si nécessaire les démarches de l'élève. Elle l'oriente vers des spécialistes ou les organismes compétents en fonction des besoins de l'élève. Développer et renforcer l'autonomie des personnes en situation de handicap est indispensable pour leur permettre de s'intégrer et de vivre comme citoyens dans notre société.

Créer des fonds labellisés Économie du handicap

A l'instar des contrats dits d'Investissement Social Responsable, il pourrait être pertinent de créer des fonds dédiés labellisés Économie du handicap. Les sommes confiées par les assurés seraient affectées au financement d'actions ou de structures dédiées aux

personnes en situation de handicap. À titre d'exemple, un accent particulier pourrait être porté à la problématique de l'habitat des personnes en situation de handicap. Comme l'a dit le Président de l'UNAPEI, Luc GATEAU, lors du Congrès National de juin 2017, « sans l'habitat, difficile de donner corps à la citoyenneté que nous visons pour les personnes handicapées. Sans lui, la vie sociale et affective, l'autonomie, l'intimité, l'accès aux soins, l'accès au travail... ne peuvent pleinement exister ».

Les mécanismes décrits ci-dessus pourraient donc être liés à des investissements spécifiques. Ces derniers concilieraient performance économique et impact social auprès des personnes en situation de handicap, en finançant des actions ou organismes qui contribuent à améliorer leur situation, dans toute la diversité de leur situation personnelle et des situations qu'elles rencontrent. Le monde de l'assurance pourrait ainsi promouvoir une politique active de collecte en la matière en posant le handicap comme l'une de ses « grandes causes ». Le monde de l'assurance pourrait ainsi promouvoir une politique active de collecte en la matière en posant le handicap comme l'une de ses « grandes causes ».

Reconnaitre les aidants

La définition de l'aidant familial est celle qui a été élaborée par le CIAAF¹⁶ : « l'aidant familial ou l'aidant de fait est la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendant de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes. »

Selon l'HAS-DRESS, octobre 2010, 8,3 millions de personnes aident régulièrement à titre non professionnel, des personnes vivant au domicile pour des raisons de santé ou de handicap, par une aide à la vie quotidienne. Cette aide, de nature diverse, peut aller jusqu'à 24h sur 24 et durer toute une vie.

Les actions suivantes visent à inscrire la reconnaissance des aidants dans les orientations stratégiques des associations et des services publics.

Il serait souhaitable de :

- positionner l'aidant dès l'évaluation des besoins des personnes réalisée par la MDPH et lui reconnaître le droit à l'information, à des réponses d'aides financières et d'accompagnement (administratif, psychologique...);
- accorder un droit de formation aux aidants ;
- sensibiliser les professionnels du soin en intégrant dans leur formation des aidants familiaux en tant que formateurs et un contenu relatif aux aidants familiaux les présentant comme des partenaires possibles ou experts ;

16 CIAAF : Collectif Inter-Associatif des Aidants Familiaux

■ sensibiliser les aidants à la nécessité de suivre des formations tant pour se préserver que pour améliorer la qualité de vie des personnes aidées et de leur famille. L'Ipéria Institut et la Compagnie des Aidants, travaillent actuellement en collaboration avec 6 partenaires européens à la mise en place d'une formation « certifiante » pour les aidants en France, en Allemagne et en Espagne. Un MOOC¹⁷ « savoir être aidant » est édité par Campus Urbain et FuturAge ;

■ informer, former les aidants sur l'impact du handicap sur la vie familiale et les approches permettant de maintenir un équilibre familial, social et professionnel. À l'instar de la Compagnie des Aidants, créée par Madame Kulak qui pour éclairer les aidants et les soutenir dans leurs démarches, propose une plateforme collaborative solidaire, www.lacompagniedesaidants.org pour échanger et partager des bonnes pratiques.

Cette plateforme s'articule autour de 4 axes fondamentaux :

- un axe territorial : l'aidant en saisissant son code postal entre en relation avec d'autres aidants qui résident dans son secteur géographique. Ils peuvent ainsi trouver des bénévoles disponibles sur leur territoire et échanger sur les dispositions qu'ils ont mises en place pour organiser le quotidien (démarches administratives, coordonnées de médecins spécialisés...) ;
- une bourse d'échanges de matériel médical d'occasion ;

■ une application mobile (Aidants sur Apple store) qui permet de recevoir des informations personnalisées et géo localisées utiles et indispensables aux gestions d'urgences, aux démarches administratives ...

■ Des services personnalisés, consultations par téléphone avec un psychologue

■ Rémunérer le congé d'un proche aidant. La loi ASV a mis en place un congé de 3 mois, renouvelable une fois, c'est une avancée, certes, mais le financement du congé reste à la charge de l'aidant ou de son proche.

■ Créer un fonds de solidarité pour financer la perte d'autonomie et offrir une fin de vie décente à tous, en soutenant ceux qui ont des moyens plus modestes.

Conclusion

Pour les personnes en situation de handicap, les solutions d'épargne et de retraite doivent s'inscrire dans un champ de réflexion beaucoup plus vaste qui englobe également leur famille, et en particulier les aidants familiaux qui sont souvent des contributeurs financiers en la matière.

L'autre piste majeure d'évolution serait d'inciter la communauté des assurés à souscrire de nouveaux contrats d'assurance vie retraite, à créer, et dont la finalité serait de participer au développement d'infrastructures en leur faveur.

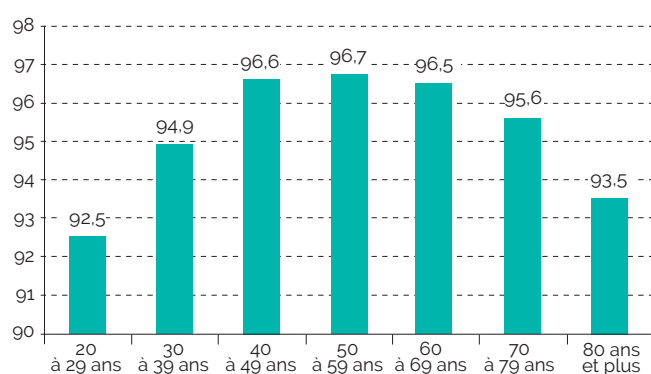
III - Les acteurs

III.1 - Les consommateurs

III.1.1 - Caractéristiques générales

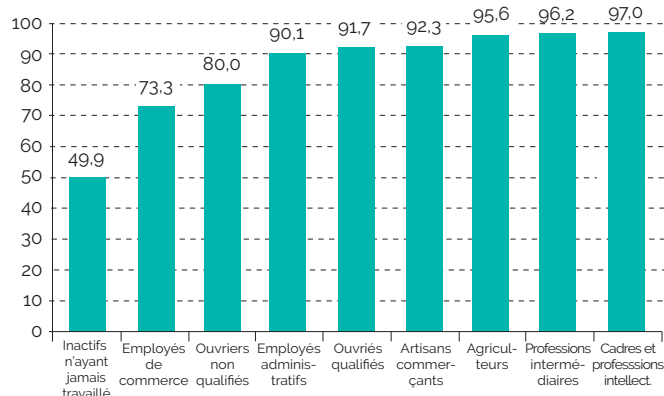
Le handicap peut toucher chaque individu au cours de sa vie, soit directement (accident, maladie, ...), soit indirectement parce qu'il va toucher un ascendant ou un descendant. Il est donc essentiel que chacun puisse accéder à une assurance qui le prémunisse de ce risque et le protège lors de sa survenance éventuelle. Dans le cadre de l'introduction, différentes données ont d'ailleurs mis en évidence des typologies de population plus à risque (femmes, enfants, personnes en situation de pauvreté, personnes âgées). Malgré des données plus préoccupantes pour certaines populations, un profil-type des adultes les mieux protégés se dessine cependant : un homme, entre 40 et 70 ans, ayant un niveau de statut professionnel élevé et appartenant à un ménage plus aisé⁹¹. Un profil, qui ne correspond pas ou peu aux personnes présentées comme sujettes au handicap.

Proportion des personnes déclarant être protégées par une couverture complémentaire (cmu-c) selon l'âge



Source : IRDES – ESP 2010

Proportion des personnes déclarant être protégées par une couverture complémentaire (cmu-c) selon la catégorie socio-professionnelle



Source : IRDES – ESP 2010

Dans un contrat d'assurance, il est nécessaire de distinguer : le bénéficiaire du contrat d'assurance du souscripteur. Il peut s'agir ou non de la même personne. Dans le cas du handicap, l'assuré peut être différent du souscripteur, notamment en cas de handicap mental.

Les ménages ayant des revenus aisés

Le handicap touche plus particulièrement les personnes en situation de précarité, de revenus modestes et inscrit ces dernières dans un cercle vicieux (pauvreté => handicap => pauvreté). Les coûts dissuasifs des produits assurantiels destinés à la gestion du handicap (surprime), dès lors qu'ils sont proposés par des assureurs privés, sont destinés à des populations financièrement plus aisées. Elles deviennent alors des « cibles » privilégiées pour les assureurs puisqu'elles acceptent de cotiser plus et sont moins à risque. En Allemagne, par exemple, l'assurance-dépendance publique est obligatoire. Cependant, sous certaines conditions, les personnes assurées dans le public peuvent opter pour une assurance maladie privée. L'assuré doit alors justifier qu'il dispose de revenus supérieurs au plafond de cotisation de l'assurance maladie. Les assurés ayant quitté le système public doivent être certains de leur choix puisqu'ils ne peuvent plus faire marche arrière. D'autres systèmes publics réfléchissent également à augmenter les frais de participation. Ainsi, au Royaume-Uni, le gouvernement travailliste a rédigé un « green paper » suggérant un partenariat entre l'État et le particulier dans lequel les coûts de la dépendance « seraient financés plus équitablement entre les groupes de revenus grâce à un système structuré où les patients devraient acquitter un certain pourcentage de leurs frais en fonction de leurs revenus⁹² ». Actuellement, étant donnée la valeur de l'immobilier, les propriétaires ne remplissent pas le critère relatif au patrimoine. Le seul moyen de financer la dépendance est de se séparer de leur bien, ils privent ainsi leurs descendants d'un patrimoine qui leur était destiné. En France, 54 % des personnes interrogées estiment que les aides financières liées au handicap devraient être réservées aux seules personnes disposant de faibles revenus⁹³.

Champs des possibles :

Réduire la contribution publique auprès des catégories les plus aisées en les incitant à souscrire, de manière non obligatoire (mais exclusive) à des assurances auprès d'acteurs privés. Des incitations fiscales et/ou des services « plus » peuvent alors favoriser l'adhésion de ces catégories sociales.

Les personnes âgées

Les risques couverts par les assurances-handicap ou dépendance ont plus de chance de se voir réaliser lorsque la population arrive dans un âge avancé. La souscription tardive d'une assurance, sans restriction spécifique, pourrait mettre les assureurs en difficultés

⁹¹ La protection sociale complémentaire en France, Mise à jour : Juillet 2016 - IRDES

⁹² L'assurance-dépendance privée et publique : une comparaison internationale - Octobre 2012 - Scor Life.

⁹³ Études et Résultats - DREES - Janvier 2017 - Numéro 0990 - Handicap, dépendance et pauvreté les français solidaires les plus vulnérables

financières puisqu'ils n'auraient pu constituer les provisions suffisantes pour ensuite assurer les garanties prévues par les contrats. Afin de parer à ce risque, les assureurs ont envisagé d'exclure de la souscription de certaines assurances les personnes dès lors qu'elles dépassent un seuil. C'est le cas notamment pour les garanties-emprunteur lors d'un prêt immobilier. Alors que le marché de l'immobilier des seniors se développe (déménagement suite à l'arrêt de l'activité professionnelle, acquisition d'un bien plus adapté à ses besoins, investissement locatif...). Or, les assureurs limitent les conditions d'acceptation des prêts puisqu'ils ne couvrent plus le risque de la garantie décès au-delà de 80 ans. Ainsi, les prêts sur 20 ans sont réservés aux personnes de moins de 60 ans et ceux sur 15 ans aux moins de 65 ans. Dans le cas où la banque accepterait le prêt, la dette sera transmise aux héritiers.

Elles ont également prévu des conditions tarifaires plus importantes en fonction de l'âge. L'objectif final est surtout d'encourager les assurés à prendre en charge ces risques le plus tôt possible.

Champs des possibles :

Est-il possible de rattacher l'assurance-dépendance (notamment pour sa partie prise en charge « matériels ») avec une autre assurance telle que l'assurance habitation / responsabilité civile. Une quote-part pourrait ainsi être ajoutée, constituant un capital spécifique dédié à l'éventuel aménagement/déménagement du domicile dans le cas d'un handicap nouveau ou aggravé.

Les familles

Pilier de la solidarité face à de nombreux bouleversements, la famille est en première ligne lors de la survenance d'un risque « handicap » et/ou « perte d'autonomie ». Le rôle qu'elle joue, et notamment le chef de famille, dans la prise en charge des frais liés à la santé pose la question des assurances dédiées.

Aujourd'hui, les produits d'assurance destinés aux personnes en situation de handicap permettent à un proche de bénéficier d'un capital décès ou d'une rente viagère. Les fonds publics proposent aussi des allocations spécifiques aux familles qui ont des enfants handicapés à charge.

Parfois le rôle de la famille va au-delà de la souscription à une couverture spécifique et à la protection de la personne handicapée ou dépendante. Cela se caractérise notamment par une implication au quotidien auprès de la personne handicapée. Il s'agit des aidants (familiaux ou professionnels), qui peuvent avoir des besoins spécifiques en matière d'assurance (cf Les aidants).

III.1.2 - Les entreprises

Les entreprises ont une double responsabilité vis-à-vis de la population handicapée : proposer des couvertures adaptées et intégrer les personnes déficientes dans la structure de l'entreprise afin de favoriser son inclusion.

Les actions directes : assurances collectives et couverture des risques professionnels

La prise en charge du handicap et de la dépendance par les entreprises est une voie suivie par certains pays. Ainsi, la plupart des américains assurés le sont grâce à leurs couvertures employeurs. D'après une enquête⁹⁴ de LIMRA⁹⁵, la majorité des employeurs considèrent la couverture dépendance comme une option possible pour leurs salariés.

Les partenaires sociaux français sont également attentifs aux développements de ces produits. La rente handicap apparaît ainsi comme « *un produit qui répond à une demande des partenaires sociaux* »⁹⁶.

La prévoyance collective est de plus en plus développée dans les entreprises par le biais d'assurances collectives employeurs. Il s'agit d'un contrat de groupe obligatoire. Les salariés sont obligés d'y souscrire et l'assureur est obligé de prendre en compte l'ensemble des risques, sans aucune exception, y compris celle du handicap⁹⁷.

En Israël, la présence des assureurs privés sur le segment de la dépendance/handicap se fait principalement à travers les assurances collectives souscrites par les entreprises.

La dépendance n'est pas la seule couverture envisagée, puisque l'assurance santé et invalidité sont également incluses dans le droit des entreprises, en lien avec les risques professionnels. En Thaïlande, le « *Compulsory Social Insurance* » est un système d'assurance sociale obligatoire tripartite entre le gouvernement, l'employé et l'employeur. Les entreprises contribuent également à la protection des employés face aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et aux coûts en cas de décès, à travers le « *workmen Compensation Scheme* ».

« La recherche a montré que les initiatives de santé sur le lieu de travail peuvent contribuer à réduire l'absentéisme pour congés maladie de 27 % et les dépenses de santé pour des entreprises de 26 % »⁹⁸.

Champs des possibles :

Les entreprises peuvent être un canal de distribution intéressant puisque la prestation dépendance au-delà d'un certain âge peut apparaître comme un avantage social complémentaire.

⁹⁴ Comparatif LIMRA 2011 entre produits collectifs et produits individuels.

⁹⁵ Organisation de recherche et d'étude qui offre à ses membres des informations et des analyses sur l'assurance, la retraite. Elle les aide également dans la mise en place de stratégie commerciale efficace.

⁹⁶ La Tribune du handicap, Mars 2010

⁹⁷ Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

⁹⁸ Protection de la santé des travailleurs – Aide-mémoire n°389 – Avril 2014 – Organisation Mondiale de la Santé

Les actions indirectes : l'intégration/l'inclusion personnes handicapées

L'entreprise⁹⁹, en tant qu'organisation sociale¹⁰⁰, est un lieu d'intégration sociale, d'identité. Alors que le handicap se caractérise souvent par une forme d'exclusion, la capacité/possibilité pour les personnes en situation de handicap d'accéder à un emploi est une véritable opportunité pour réduire l'exclusion et bénéficier d'une rémunération limitant le risque de précarité et la capacité individuelle à souscrire à des couvertures privées complémentaires. « *Si la santé influe sur la probabilité d'obtenir un emploi, l'absence d'emploi influe sur la santé et les chômeurs sont aussi en première ligne face à la maladie confirmant l'influence des facteurs psycho-sociaux comme l'estime de soi* »¹⁰¹.

L'Organisation Internationale du Travail estime cependant que 386 millions de personnes en âge de travailler dans le monde ont une forme de handicap. Or dans certains pays, le taux de chômage des personnes handicapées peut atteindre 80 %. En Argentine, ce taux est de 90 %¹⁰². L'Inde n'est pas épargnée puisque seules 100 000 personnes ont trouvé un emploi sur les 70 millions d'handicapés que compte L'Inde. Les pays industrialisés ne sont pas en reste face à cette inégalité. Aux États-Unis, seules 35 % des personnes en situation de handicap sont employées.

Ces chiffres affligeants s'expliquent par la croyance persistante des employeurs que les personnes en situation de handicap représentent « *un coût en termes de productivité et de potentialité perdues et pour l'économie nationale un coût qui se traduit par le versement de prestation d'invalidité et un manque à gagner* »¹⁰³. Au-delà de cette vision non-productive, les employeurs craignent la mise en œuvre d'installations coûteuses liées au handicap¹⁰⁴.

La France a fait de cette intégration une obligation légale depuis 2005. En effet, les entreprises avec au moins 20 membres du personnel doivent avoir 6 % de leurs travailleurs à temps plein équivalent sur leur masse salariale enregistrée comme handicapés¹⁰⁵. Cette obligation existe aussi dans les pays européens. En Allemagne, en Espagne, en Italie, la part de postes qui doit être réservée aux personnes en situation de handicap est respectivement de 5 %, 2 %, 7 % pour les entreprises de plus de 50 salariés¹⁰⁶.

Le Danemark, pays aux politiques publiques inclusives, va plus loin puisque les personnes en situation de handicap bénéficient d'une priorité d'emploi dans le secteur public¹⁰⁷.

En France, comme en Belgique, ou aux Pays Bas, la liberté dans la mise en œuvre de ces obligations, et le contrôle du respect de ces contraintes, limitent l'impact réel sur l'employabilité des personnes.

Cependant la multiplication des politiques de RSE (Responsabilité Sociale et Environnementale) va dans le bon sens. Au-delà de l'intégration des personnes en situation de handicap, les entreprises favorisent notamment le soutien de projets autour de cette thématique, ou les activités autour du bien-être en entreprise. Ainsi, les initiatives de santé sur le lieu de travail peuvent contribuer à réduire l'absentéisme pour congés maladies de 27 % et les dépenses de santé des entreprises de 26 %¹⁰⁸.

Champs des possibles :

Est-il envisageable d'inclure des obligations de respect de ces contraintes dans les contrats d'assurance employeurs. Dès lors que les impératifs d'employabilité ne seraient pas respectés, l'entreprise subirait une surprime ou une exclusion de garantie.

III.1.3 - Les aidants

Enjeux et définition

L'aidant est une personne « *non professionnelle, qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing* »¹⁰⁹, les soins, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc... »¹¹⁰.

Sur 1505 adultes handicapés, mais pas encore âgés aux États-Unis d'Amérique, 42 % ont signalé ne pas avoir pu sortir d'un lit ou d'une chaise parce que personne n'était là pour les aider¹¹¹, des statistiques incitant au développement des aidants. Deux phénomènes ont favorisé l'apparition de cette nouvelle catégorie. Le premier, bien connu dans le domaine de l'assurance est la place de la famille dans la prise en charge des risques. Hormis l'obligation morale qui pèse sur de nombreuses familles, leur participation en temps permet généralement d'économiser sur des coûts de

⁹⁹ L'entreprise est la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour

¹⁰⁰ Sociologie des entreprises – Christian THUDEROZ – Collection Repère, édition la Découverte.

¹⁰¹ Legros et Al, 2012

¹⁰² Handicap autour du monde : Amérique du Sud – Juin 2013 – articles de blogueurs.

¹⁰³ Bureau International du Travail

¹⁰⁴ Disability statistics : fact on disabilities and disability issues – mise à jour le 26 janvier 2017

¹⁰⁵ Les personnes handicapées et le monde du travail – mai 2015

¹⁰⁶ Services des études juridiques, janvier 2003, l'emploi des personnes handicapées en Europe : où les politiques adoptées traduisent les différences culturelles – Dominique VELCHE, bulletin scientifique de la maison des sciences sociales et du handicap, Sciences Sociales n°4, Février 2012.

¹⁰⁷ Services des études juridiques, janvier 2003, l'emploi des personnes handicapées en Europe : où les politiques adoptées traduisent les différences culturelles – Dominique VELCHE, bulletin scientifique de la maison des sciences sociales et du handicap, Sciences Sociales n°4, Février 2012

¹⁰⁸ Protection de la santé des travailleurs – aide-mémoire n°389 – Avril 2014 – Organisation mondiale de la santé.

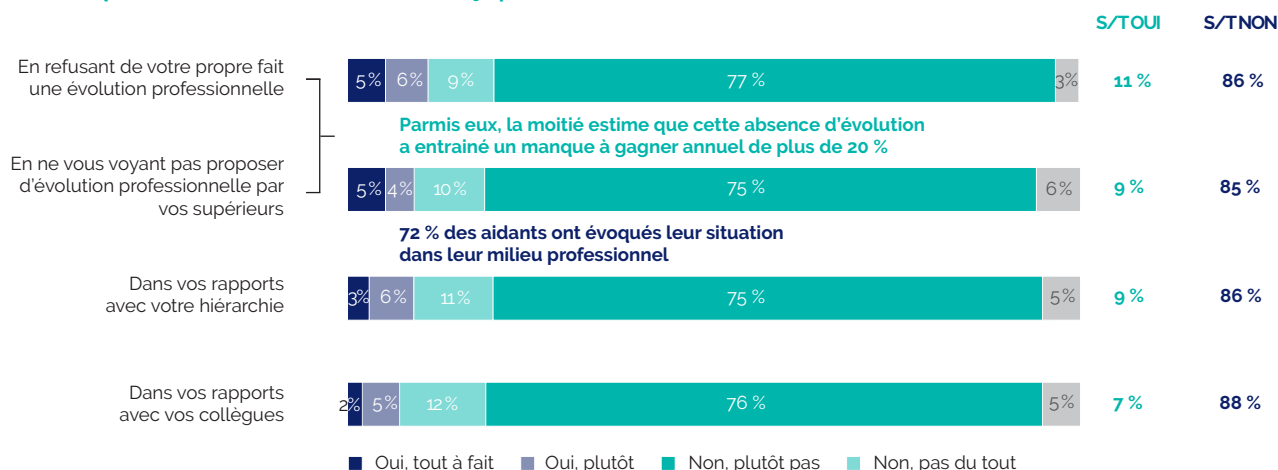
¹⁰⁹ Expression d'origine anglaise signifiant « ensemble de soins d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes » - Petit Larousse

¹¹⁰ Coface Handicap – charte européenne de l'aidant familial

¹¹¹ Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003

Impacts de l'activité des aidants sur sa vie professionnelle

Diriez-vous que votre situation d'aidant vous a déjà pénalisé au cours de votre vie ?



Source : Enquête BVA/Novartis « les aidants familiaux en France – Octobre 2010 »

prise en charge de plus en plus importants. Le second facteur est la tendance commune aux différents pays, malgré l'hétérogénéité des systèmes publics en charge, à réduire les coûts partagés et à favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie, développant ainsi la place des aidants dans la société¹¹². Leurs contributions économiques seraient évaluées à 164 milliards d'euros¹¹³. Il est donc essentiel que les assureurs prennent en compte ces besoins.

Besoins des aidants

La gestion d'une personne en situation de perte d'autonomie a un impact fort sur l'aidant. En effet, ils peuvent rapidement souffrir de stress, d'isolement et de perte d'opportunités sociaux économiques. Il est important que l'ensemble des risques puissent être envisagés pour favoriser le travail des aidants. Aux Etats-Unis, les membres des familles d'enfants ayant des handicaps de développement, « travaillent moins que les autres, et ont une probabilité plus forte de quitter leurs emplois »¹¹⁴.

Ils auront également des problèmes financiers graves et sont moins susceptibles de prendre un nouvel emploi. Cependant, en France, en 2010, 7 % des personnes sondées répondent que c'est parce qu'elles n'avaient pas financièrement le choix qu'elles ont été amenées à aider ou accompagner leur proche dépendant¹¹⁵. C'est une des causes qui motive les aidants à assumer seuls le rôle, sans faire appel à aucune aide professionnelle extérieure.

Certains assureurs proposent d'ores et déjà des solutions adaptées en cas d'hospitalisation afin de compenser l'absence auprès de la personne en situation de handicap/dépendance, leur prise en compte semble

essentielle puisqu'elle peut être génératrice de troubles physiques ou psychiques. L'étude PIXEL¹¹⁶ révèle que 20 % des aidants différent, voire renoncent à une consultation, une hospitalisation ou un soin pour eux-mêmes par manque de temps, engendrant alors un risque important pour l'assuré (et l'assureur) de vivre lui-même une situation de handicap, voire de dépendance. Dans le rapport : « Les aidants familiaux : problème de santé publique sous-évalué et coût économique », publié en novembre 2009 sur le site de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace, Yann HODE¹¹⁷ met même en évidence la mortalité accrue de l'aidant comme conséquence néfaste de sa souffrance. Cette contrainte est d'autant plus à prendre en compte qu'une part importante des aidants est de plus en plus caractérisée par des « jeunes retraités » ou « génération pivot¹¹⁸ » pris en étau entre des parents dépendants et des enfants, qui ne sont pas encore autonomes financièrement.

Champs des possibles :

Est-il possible d'envisager une assurance homme/femme clé, sur le modèle identique à celui proposé aux entreprises ? L'objectif est que lorsqu'un membre d'une famille, participant aux revenus du ménage, a l'obligation (morale, financière...) de devenir aidant pour un ascendant ou un descendant, il puisse recevoir une compensation en contrepartie des salaires (ou opportunités) perdu(e)s du fait de son rôle d'aidant ? Cette offre assurantielle pourrait notamment éviter de creuser les inégalités hommes/femmes, très présentes sur le plan salarial, puisque que près de 80 % des heures d'aide sont délivrées par des femmes¹¹⁹. L'entreprise pourrait jouer un rôle dans la prise en charge de la cotisation.

¹¹² Rapport : les défis de l'accompagnement du grand âge – juin 2011 – Centre d'analyse stratégique

¹¹³ Mémoire « Assurance et handicap » 2014- 2016 – Édith BOCQUAIRE

¹¹⁴ Rapport mondial sur le handicap – publié par l'OMS et la Banque mondiale – 2011

¹¹⁵ Enquête BVA/Novartis « les aidants familiaux en France – Octobre 2010 »

¹¹⁶ Étude PIXEL, l'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, 2001.

¹¹⁷ Yann HODE est membre du Bureau de la Conférence régionale de santé d'Alsace

¹¹⁸ « La génération Pivot » 2^{ème} conférence départementale de la Famille – MDAF 49 – Novembre 2012

¹¹⁹ Rapport : les défis de l'accompagnement du grand âge – juin 2011 – Centre d'Analyse Stratégique

Les aidants souffrent également du manque de reconnaissance de leur utilité sociale. Le développement du droit au répit dans certains pays, notamment en France ou encore au Canada a permis aux aidants de bénéficier d'un statut avec des droits non négligeables. Le droit au répit est une disposition visant à accorder du temps aux aidants pour qu'ils puissent se reposer, se dégager du temps pour eux, grâce à une personne relais pendant une durée définie. Au-delà d'un accompagnement financier, les aidants aimeraient bénéficier de formations. En effet, 80 % des aidants se sentent peu ou mal informés¹²⁰, et 20 % des aidants n'ont aucune connaissance des moyens d'informations sur ce statut.

La reconnaissance des proches aidants et le rôle de l'État

Selon vous, que devraient faire en priorité les pouvoirs publics pour améliorer la situation des aidants qui sont dans la même situation que vous ? (une seule réponse possible)

Permettre un meilleur aménagement du temps de travail	17
Fournir une aide financière	24
Permettre aux aidants d'être formés	17
Ouvrir des centre d'accueil de jour pour recevoir les personnes dépendante dans la semaine	37
Autre	5

source : Source Baromètre DREES 2015

Champs des possibles :

Les offres d'assurance concernant la prise en charge du handicap et/ou de la perte d'autonomie pourraient-elles inclure un volet formation pour les aidants qui accompagnent leurs proches et faciliter ainsi leurs démarches face au dispositif des aides existant ?

Le rôle des assureurs est attendu tant dans la prise en charge directe du handicap que dans l'accompagnement des structures et/ou personnes amenées à le gérer quotidiennement.

III.2 - Les assureurs

Pour Antoine MATTEI, directeur du marché IARD d'Axa, le marché du handicap n'existe pas spécifiquement : « Pour toutes nos offres, nous nous efforçons, dans l'ensemble de nos processus (souscription, indemnisation) de prendre en compte cette caractéristique ». Une vision qui vient presque en opposition de celle de Laurent MONARQUE, April, qui déclare que le handicap est « un marché de niche »¹²¹.

Malgré le « potentiel » que représentent les personnes en situation de handicap, leur prise en compte n'est pas considérée comme un segment de marché à part entière. Cela se traduit notamment par la faiblesse de chiffres disponibles sur les primes assurantielles versées par des personnes handicapées. Cette absence

de marché identifiée ou sa caractéristique de niche tient principalement dans les pays industriels au fait que ce sont les pouvoirs publics et le milieu associatif qui prennent en charge ce risque. Les bouleversements socio-économiques engendrés par l'arrivée à la retraite des baby-boomers (en France, mais également dans d'autres pays du monde) ont incité les pouvoirs publics à se tourner vers des logiques privées pour prendre en compte le handicap et la dépendance. Cela permet de repositionner le curseur et offre des possibilités pour les assureurs d'identifier des solutions pérennes, qui apparaissent actuellement comme un filet de sécurité, complémentaires des actions publiques.

Face aux conséquences du handicap et de la dépendance, le risque financier pour l'assureur peut être important afin d'indemniser la réalisation de l'aléa. Les assureurs doivent donc développer une réelle capacité à prévoir la survenance du risque sur le long terme et avoir les fonds nécessaires pour le couvrir.

Grâce aux produits d'assurance, les assureurs participent à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société. Cela présente cependant un risque important qu'ils doivent maîtriser, en analysant le plus possible la population à risque. Ainsi, lors du lancement des premières assurances-dépendance dans les années 1980 aux États-Unis, les assureurs ont prévu des procédures d'indemnisation particulièrement optimistes. Ils ont ainsi reçu 30 % de demandes d'indemnisation supplémentaires. La prise en compte du handicap doit forcément passer par des analyses prédictives sur la prévalence d'un individu à tomber malade et/ou à avoir besoin de soins dans un cadre temporel défini¹²².

III.2.1 - Les assureurs traditionnels

Les assureurs¹²³ et les mutuelles¹²⁴ sont particulièrement présents sur la gestion du handicap et de la dépendance, puisqu'ils fournissent les principaux produits destinés à cette population. Ils viennent ainsi compléter la prise en charge publique offerte par la sécurité sociale. Ils participent notamment à la prise en charge des dépenses de santé liées au handicap ainsi que les frais liés à l'acquisition de certains appareillages (prothèse auditive, fauteuil roulant...). Progressivement les mutuelles se positionnent de plus en plus sur les problématiques liées à la vieillesse et à la dépendance¹²⁵.

La plupart des assureurs français et étrangers proposent des solutions liées à la gestion du handicap.

¹²⁰ Selon l'étude réalisée en 2008 par l'IFOP pour la MACIF, « Connaître les aidants et leurs attentes », 2008

¹²¹ Revue du courtage 877, Mars 2012

¹²² L'assurance-dépendance privée et publique : comparaison internationale – Octobre 2012 – Scor Life.

¹²³ Une personne morale qui s'engage, moyennant le paiement d'une prime d'assurance ou d'une cotisation à dédommager l'assuré ou un bénéficiaire désigné d'un capital ou d'une rente financière en cas de risque déterminé ou de sinistre survenu

¹²⁴ Les mutuelles sont des personnes de droit privé à but non lucratif. Elles mènent au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leur statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

¹²⁵ La protection sociale complémentaire en France, Mise à jour : Juillet 2016 – IRDES

Alors que sur la question de la dépendance, les acteurs présents sont souvent moins présents. Face aux risques financiers, certains assureurs américains se sont progressivement retirés du marché, afin de réduire leurs expositions aux risques, ou ont relevé les tarifs assurantiels, freinant alors la généralisation de la prestation « dépendance »¹²⁶. Ils sont d'ailleurs peu nombreux sur ce marché et notamment dans l'assurance collective, puisque cinq assureurs se partagent la quasi-totalité du marché. Si sur certains marchés, la concurrence a du bon, dans ce domaine, elle peut être vitale. En effet, la défaillance d'un acteur sur un marché restreint pourrait avoir un impact fort sur l'ensemble de l'écosystème. Le risque de « *dépendance est un risque à la rentabilité incertaine à long terme car de grosses incertitudes pèsent encore sur l'occurrence de ce risque* »¹²⁷, rendant assureurs et réassureurs peu enclins à investir sur ce marché.

Certains marchés tels que les marchés espagnol et italien de l'assurance-dépendance sont très peu développés. Les produits existent mais la demande reste faible. Les assurés préférant souvent privilégier la solidarité familiale.

Champs des possibles :

Est-il envisageable de mettre en place un contrat d'assurance-handicap/dépendance familiale, afin justement de prévenir la préférence familiale pour la prise en charge de ce risque. Couverture qui inclurait les ascendants et les descendants sur trois générations, et dont les contributeurs pourraient être multiples en fonction de leur âge, de leur situation, afin de faire jouer la solidarité. Ce contrat famille pourrait peut-être également faire partie de la transmission dès lors que le risque n'a pas atteint les ascendants, afin de couvrir une nouvelle génération ?

Le marché latin n'est pas l'exception puisqu'au Royaume-Uni, bien que les prestations publiques restent insuffisantes, les opérateurs privés n'ont pas (encore) profité de l'opportunité.

Conscients des enjeux de la prévention, et de la prise en charge physique, des assureurs ont également commencé à investir dans les centres d'accueil, notamment dans le domaine de la dépendance, et deviennent offreurs de services. Ils peuvent alors monter de toutes pièces un réseau ou encore racheter une structure existante. CNP Assurances a, par exemple, racheté le réseau de franchisés Age d'Or Services et a créé la filiale CNP Services à la personne. Genworth (1,6 millions d'assurés) a également adopté cette stratégie, en rachetant CareScout, une société de services d'aides à domicile permettant à leurs assurés de bénéficier de réduction sur différents services, tels que le matériel et les fournitures pour personnes dépendantes.

III.2.2 - Les banques

Face au potentiel de la « silver économie », les banques sont « insuffisamment préparées pour répondre aux attentes des seniors, et abordent ce marché avec des offres souvent parcellaires et globalement focalisées sur les produits (plus que sur les besoins des clients¹²⁸) ». L'augmentation de l'espérance de vie fait en outre du marché des seniors une cible hétérogène, avec des besoins qui sont tout sauf uniformes. Il est possible de distinguer la « génération silencieuse » de celle des « baby-boomers ». La première, née avant la Seconde Guerre mondiale, a connu l'époque où les femmes mariées ne pouvaient ouvrir de compte bancaire sans l'autorisation de leur mari, un verrou qui n'a sauté qu'en 1965. Ce qui n'est pas sans conséquences, lorsque leur époux disparaît, car beaucoup d'entre elles ne se sont jamais occupées des affaires bancaires du ménage.

Quant aux « baby-boomeuses », nées après 1945, elles sont au contraire parfaitement à l'aise avec le sujet des finances personnelles. De la même façon, elles n'entretiennent pas le même rapport que leurs aînées avec le vieillissement. Loin de s'y résigner, elles comptent bien profiter de leur retraite, pour voyager, par exemple, d'où une propension à contracter des crédits à la consommation plus importante que chez leurs mères. Les seniors adoptent aussi les nouveaux usages, puisque en 2017, 65 % utilisent internet pour suivre leurs comptes bancaires¹²⁹.

Une population hétérogène qui ne peut pas être abordée comme un seul et même marché, mais qu'il est judicieux d'aborder par moments de vie, qu'il s'agisse de la perte du conjoint, d'une succession ou d'une problématique de dépendance. En octobre 2016, la Société Générale a lancé des solutions d'assistance aux personnes dépendantes, notamment autour des objets connectés. Ainsi, Ultralert est une application mobile¹³⁰ développée par Mondial Assistance disponible sur Play Store et App Store qui déclenche une alerte en cas de situation critique en matière de santé ou de sécurité en appuyant sur un bouton ou en secouant son téléphone pour déclencher l'alerte. Ou bien la solution Silver Mother qui grâce à un système de capteurs intelligents qui se programment, favorise le maintien à domicile des aînés, en toute sécurité, tout en rassurant les proches. Comme l'appareil fonctionne par l'entremise de capteurs missionnés pour telle ou telle fonction, il est possible par exemple d'en placer un sur une boîte de médicaments. Les différents capteurs envoient des alertes en cas d'oubli de prise du traitement et peuvent aussi rappeler un rendez-vous chez le médecin. Ils conseillent de vous hydrater correctement, de surveiller votre sommeil ... Il faut dire que le nombre de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie devrait osciller entre 1,82 million et 2,65 millions en 2060, en France, contre 1,2 million en 2012, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

¹²⁶ L'assurance dépendance privée et publique : comparaison internationale – Octobre 2012 – Scor Life.

¹²⁷ Assurance dépendance : comment rendre l'assurance individuelle plus attractive pour les clients et les assureurs ? – Travaux de l'École Nationale d'Assurance – Christelle DELFAU - 2011.

¹²⁸ Les stratégies des banques et assureurs sur le marché des seniors - Precepta, groupe Xerfi - mars 2016.

¹²⁹ Les seniors et l'épargne - We Save - mai 2017

¹³⁰ <https://www.assurances.societegenerale.com/fr/espace-presse/communiqués/communiqués/news/ultralert-plus-jamais-seul-avec-nouvelle-application-mobile-mondial-assistance-1/>

Reste que s'adresser à ce marché n'est pas simple. Les banques doivent composer avec une cible bien souvent dans le déni face à son âge, et qui n'apprécie guère d'être stigmatisée*.

Pour éviter cette stigmatisation, la Société Générale a choisi de ne pas avoir de conseillers spécialisés sur la clientèle des seniors, mais des chargés de clientèle généralistes qui peuvent avoir recours à l'éclairage d'experts, en matière de prévoyance par exemple. À la Banque Postale, ce sont même les facteurs, « personnages préférés des personnes âgées », qui rendent visite aux seniors, dans le cadre du contrat d'assurance dépendance proposé par l'établissement.

III.2.3 - Les pure players

Parallèlement au secteur de la bancassurance, certains courtiers ou petits assureurs se sont positionnés sur ce marché de niche et offrent des solutions à des publics ciblés. En France, la Convention AERAS a permis à ce segment de se développer à travers des entités spécifiques. Ainsi, par exemple, Handi-Assur propose uniquement des garanties emprunteurs pour les personnes ayant un handicap ou une ALD. Au Royaume-Uni, des courtiers se sont spécialisés dans l'assurance des personnes séropositives. Certains assureurs préfèrent d'ailleurs renvoyer le consommateur à un fournisseur de niche dès lors qu'ils se sentent incapables d'assurer le titulaire de police étant donné le niveau accru de risque. La compagnie d'assurance Solidaris a fait son credo de ces marchés de niche. Après avoir couvert les emprunteurs malades, elle a lancé une offre spécifique pour les personnes en situation de handicap et leur entourage, incluant notamment un contrat de prévoyance pour les aidants¹³¹.

Champs des possibles :

Les entreprises sont soumises à des quotas d'employabilité des personnes en situation de handicap.

Est-il envisageable de transposer cette obligation aux assureurs afin d'obliger une prise en charge des risques. Une répartition pourrait ainsi être faite des dossiers entre les différents assureurs, afin de limiter l'éventuel impact financier, tout en garantissant une prise en charge à coût normal. L'objectif serait d'aller plus loin dans l'effort de mutualisation et de ne plus seulement mutualiser les risques dans les catégories définies par les assureurs, mais de mutualiser l'ensemble du portefeuille clients. Le rôle des réassureurs est fondamental pour intervenir en cas de risque d'insolvabilité.

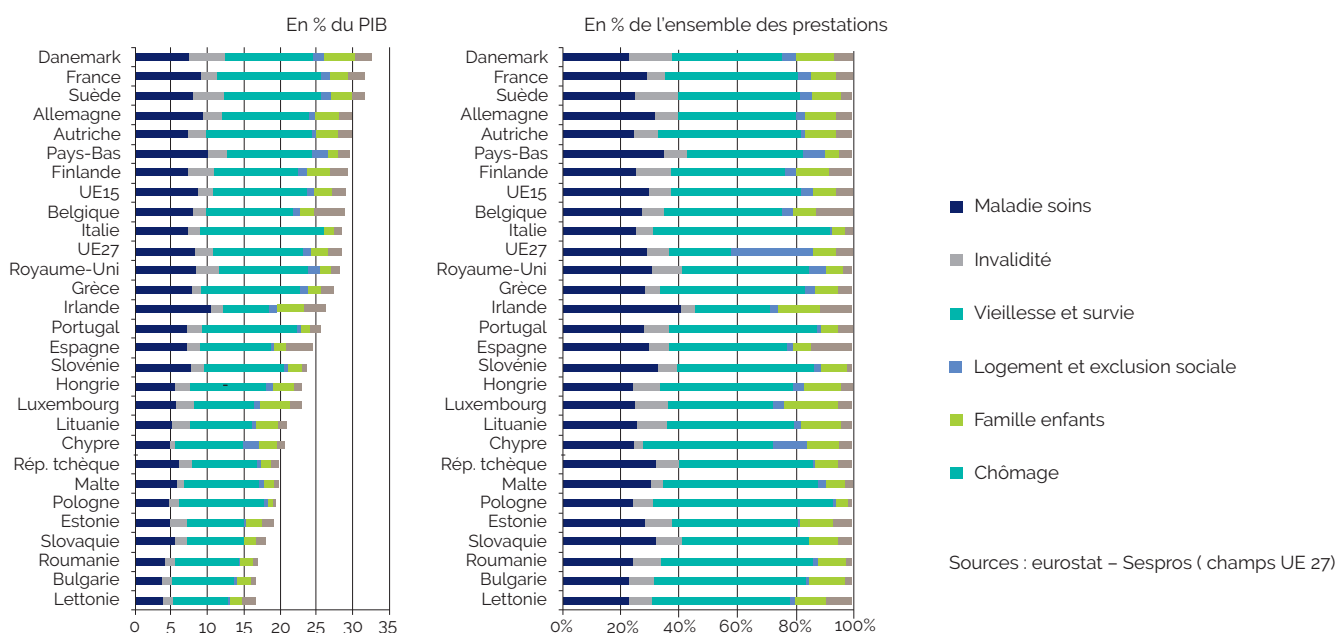
III.2.4 - Les réseaux de distribution

La vente des produits d'assurance se fait principalement par le biais des agents d'assurance et des courtiers. Or dans le domaine du handicap, certains personnels peuvent manquer de connaissance quant à l'évaluation des risques liés à telle maladie ou à tel handicap. La téléprospection est particulièrement présente dans les modes de distribution. Cependant selon les marchés, la typologie de personnels retenus diffère. Au Royaume-Uni et en Irlande, le personnel infirmier est principalement mis à contribution alors qu'en Amérique du Nord (comme en France), le recours à cette catégorie professionnelle, comme en France, est peu développé en raison des coûts qu'il engendre¹³². En Australie et en Asie, la majorité des entretiens est réalisée par les employés de centres d'appels, les tarificateurs ou le personnel administratif chargé des affaires nouvelles. La Banque Postale, en France, a innové puisqu'elle a recours aux facteurs pour vendre des produits d'assurance dépendance.

Champs des possibles :

Le développement de réseaux de distribution plus proches des personnes semble une nécessité pour réduire la méfiance des personnes vis-à-vis du monde de l'assurance. Par ailleurs, la nécessité de connaître l'assuré, ses difficultés, les enjeux de sa

Prestations de protection sociale par risque en 2009



¹³¹ Une complémentaire dédiée aux handicapés – l'Argus de l'Assurance n° 7105 – Janvier 2009

¹³² La télé-souscription, une étude mondiale – enquête réalisée par Select X – SCOR 2010

maladie, peut-elle être satisfaite par le biais d'un réseau de proximité (association sportive, maison de retraite, pharmacien, infirmier, assistante sociale ?

Dans l'ensemble des pays, l'assurance privée joue un rôle mineur, y compris dans les pays qui ont tenté de favoriser son développement. Une part des dépenses reste à la charge de la personne âgée ou de sa famille. Depuis quelques années, une tendance vise à élargir les bases de financement des systèmes de prise en charge et à cibler davantage les personnes qui ont les besoins les plus importants tout en universalisant l'accès aux prestations¹³³.

IV - L'État

La collaboration entre les assureurs et les États est fondamentale dans une prise en charge efficace du handicap. En effet, leurs protections peuvent être complémentaires. Ainsi, les assureurs américains suivent de près l'attribution des aides MEDICAID/MEDICARE à leurs assurés afin d'éviter de couvrir deux fois un risque¹³⁴ et donc potentiellement de faire également payer deux fois un assuré.

Pour autant, aujourd'hui encore, l'État est aussi le plus grand concurrent des assureurs. En Allemagne, la forte présence de produits d'assurance-dépendance publique a freiné fortement le développement de complémentaires dépendance, pour lesquels la confiance des assurés reste plus faible¹³⁵. Les incitations politiques visent cependant à renforcer le marché et notamment avec le développement d'assurance « labellisée »¹³⁶.

IV.1 - Un rôle clé de financement

L'État a un rôle clé dans le financement de la prise en charge du handicap et de la dépendance. Au titre de la protection sociale, les pays de l'OCDE investissent de nombreux champs d'action tels que le chômage, le logement, la famille, mais également l'invalidité, la maladie, les soins et la vieillesse. Ces différents champs peuvent croiser la problématique du handicap et de la dépendance.

Les pays ne subissent pas les mêmes évolutions de leurs dépenses, reflétant principalement le niveau de prestations proposées et les conditions d'éligibilité des personnes handicapées ou invalides. Deux logiques de politiques publiques se font face. Celles appliquées dans les pays nordiques avec notamment le Danemark et la Suède qui ont vu leurs dépenses augmentées, alors que les Pays-Bas tentent de baisser le niveau de prestations, notamment liées aux prestations d'invalidité.

Virginie GRIMBERT, du Centre d'Analyse Stratégique¹³⁷ a mis en exergue quatre modèles de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE. Le premier est le modèle libéral, que l'on retrouve dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni), et dans lequel la prise en charge est principalement individuelle. L'État n'intervient alors que pour les personnes en situation de précarité importante. C'est notamment le cas avec le programme MEDICAID¹³⁸, qui prend en charge les dépenses de santé des personnes ayant un revenu faible et dépourvu de patrimoine. Le second est le modèle familial propre aux pays latins (Italie) où les mécanismes familiaux sont mis en œuvre. Une aide limitée est attribuée par l'État. Les Allemands ont mis en place un troisième modèle dit « corporatiste » où l'entreprise prend en charge les assurances et les protections contre le risque de dépendance. Les pays nordiques ont développé un système « social-démocrate » qui met l'État au premier plan du financement.

IV.1.1 - La typologie des aides

La solution publique reste une solution privilégiée qui apparaît comme un « filet de sécurité » efficace.

L'État intervient pour le remboursement en tout ou partie des frais de soins liés au handicap ou à la dépendance. En France, l'État prend principalement en charge les dépenses de santé à vocation médicale. Il s'agit notamment des prothèses ou des fauteuils roulants. Cela n'inclut cependant pas les aides à l'autonomie (bracelets de géolocalisation, pompes à insuline...)¹³⁹ et les différents dispositifs de prévention (objets connectés, ...). Le programme MEDICAID prend surtout en charge les dépenses en soins de longue durée, en institutions médicalisées et peu les services à domicile ou résidentiel (11 % du coût global). Pour les services à domicile, le financement est principalement réalisé par l'assuré et par la famille. Les assurances privées ne couvrant que 2 % de l'ensemble.

L'une des principales aides fournie par l'État est l'assurance-invalidité, soit à travers le régime de sécurité sociale, soit en tant que revenu supplémentaire de sécurité (États-Unis). Aux États-Unis, pour la dépendance notamment, le programme MEDICARE est ouvert spécifiquement aux personnes de plus de 65 ans ou aux personnes en situation de handicap. Pour en bénéficier, il faut simplement justifier d'une cotisation fiscale durant 10 ans.

L'État intervient également pour les personnes ayant à charge des enfants handicapés en revalorisant les prestations d'allocations familiales. C'est le cas en Autriche, en Belgique, en Estonie, en Finlande, en Espagne ou encore au Brésil. Cependant le contenu des prestations peut varier d'un État à un autre. Ainsi, au Danemark, la prestation prise en charge par l'État couvre les dépenses de traitement mais aussi de formation spéci-

¹³³ Rapport : les défis de l'accompagnement du grand âge – Juin 2011 – Centre d'Analyse Stratégique

¹³⁴ L'assurance dépendance privée et publique : comparaison internationale – Octobre 2012 – Scor Life

¹³⁵ L'assurance dépendance privée et publique : comparaison internationale – Octobre 2012 – Scor Life

¹³⁶ Exemple du label GAD Assurance Dépendance

¹³⁷ Rapport : les défis de l'accompagnement du Grand âge – Juin 2011 – Centre d'Analyse Stratégique

¹³⁸ Lors de la rédaction de ce document, le Président Donald TRUMP a émis la volonté de remettre en cause ce programme, sans que pour l'instant cela ne soit entré en vigueur

¹³⁹ Maintien à domicile des personnes fragiles – rapport d'étonnement de l'atelier – Institut des hautes études pour la science et la technologie

fique pour la prise en charge du handicap. En Espagne, la prise en charge permet une augmentation des congés paternité, une réduction du temps de travail pour la prise en charge d'un enfant handicapé. L'Espagne va d'ailleurs plus loin puisqu'elle permet l'accès à ces prestations sociales pour un proche dépendant.

L'État est également très présent dans les politiques de prévention afin de réduire les causes de handicap et de dépendance avec, par exemple, des programmes pour une alimentation saine, pour réduire la consommation d'alcool et de tabac, favoriser la pratique du sport. L'État participe également aux campagnes de lutte contre les violences routières.

Champs des possibles :

Alors que la génération pivot prend une place de plus en plus importante dans la gestion quotidienne du handicap et de la dépendance, est-il envisageable que les allocations familiales françaises tiennent compte de cette évolution ?

Cependant, l'ensemble des pays de l'OCDE tendent à réduire les coûts aujourd'hui partagés liés à la perte d'autonomie en favorisant notamment le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance (vieillesse ou handicap) par leurs proches, ainsi que par un transfert progressif de la prise en charge par des assurances privées. Différents dispositifs incitatifs sont mis en œuvre pour que de nouvelles formes de prises en charge soient développées.

IV.1.2 - L'échelon local – un rôle de financement, d'évaluation et de suivi

La quasi-totalité des pays de l'OCDE présente cette particularité d'avoir un échelon déconcentré particulièrement présent dans les politiques de prise en charge du handicap et de la dépendance. Cependant, cette présence forte des collectivités dans les différents pays en matière d'organisation mais, aussi, de financement des services liés à la prise en charge de la dépendance a entraîné des disparités régionales et locales fortes, y compris sur un même territoire. Les collectivités locales en Suède, au Japon et au Royaume-Uni jouent un rôle clé dans l'évaluation des degrés de handicap et de dépendance, et bénéficient d'une forte autonomie. En France, mais aussi, en Allemagne ou aux Pays-Bas, la définition des critères se fait au niveau national avant d'être appliquée au niveau local. Cela permet d'uniformiser les pratiques entre les régions.

Au Japon, ce sont les municipalités qui administrent le système lié à la dépendance (vieillesse). Longtemps public, le système est devenu mixte dans les années 2000. L'assurance est devenue obligatoire, et elle fait l'objet d'un paiement par l'assuré dès ses 40 ans, ainsi que d'un cofinancement par l'entreprise. Au Royaume-Uni, l'évaluation de la dépendance est menée par des équipes médicosociales des collectivités locales, grâce à un guide mis en place par le ministère du Travail et des retraites.

Le Care Manager, que l'on peut retrouver en Suède, ou aux États-Unis par exemple, évalue les besoins de la personne dépendante, décide du plan d'aide et réalise le suivi. Il est nommé par les autorités locales qui ont la responsabilité de l'aide aux personnes dépendantes.

En France, ce sont également les échelons déconcentrés (maisons départementales des personnes handicapées ou Caisse d'allocations familiales) qui apporteront les justificatifs liés au handicap, utiles également lors des demandes de prêts spécifiques, de la prise en charge et de la distribution des aides. Au Danemark, la collectivité a la responsabilité d'organiser la réponse aux besoins des personnes handicapées incapables d'assurer les activités courantes de la vie. Les municipalités organisent, financent et procurent services à domicile accessibles 24 heures sur 24, aides techniques, adaptation des logements, transports pour personnes handicapées, aides financières. En Allemagne, en matière de dépendance, ce sont les länder qui ont longtemps pris en charge cette dépendance avant de faire pression sur l'État fédéral pour qu'il prenne ses responsabilités à travers l'assurance-maladie¹⁴⁰.

IV.1.3 - Les pays en développement

Souvent soutenus par l'OMS, les pays en développement mettent en place des couvertures maladies universelles, qui ont pour but notamment de prendre en charge, les indigents, les handicapés et les personnes âgées, comme aux Philippines, en Thaïlande ou en Inde.

Aux Philippines, la Caisse d'assurance publique mise en place depuis 1995, permet aux personnes amputées d'un membre de bénéficier d'une prothèse, facilitant ainsi son intégration dans la société¹⁴¹.

IV.2 - Un rôle incitatif

IV.2.1 - Incitations fiscales

La souscription de certaines assurances est facilitée grâce à une aide fiscale assurée par l'État. Les États-Unis, par exemple, encouragent le recours à l'assurance privée par ce système. Il s'agit souvent d'exonération d'impôt sur une part plus ou moins significative de l'assurance souscrite. Cependant, il faut rester mesuré sur l'impact de l'incitation fiscale¹⁴². En effet, la communication autour du produit, le choix du canal de distribution, la réponse réelle à un besoin est avant tout la clé.

IV.2.2 - Incitations législatives

La procédure des incitations législatives est l'obligation faite par certains États aux citoyens de souscrire une assurance obligatoire (assurance santé, assurance responsabilité civile, assurance voiture), y compris dans de nombreux pays en développement. En revanche, peu de pays rendent obligatoires les assurances dépendance

¹⁴⁰ Jean-Claude HENRARD, "Handicap, dépendance, perte d'autonomie : du flou des concepts aux catégorisations sociales de politiques publiques", Sciences et actions sociales [en ligne], N°3 | 2016,

¹⁴¹ Philippines : une nouvelle jambe, une nouvelle chance – Septembre 2013 – OMS

¹⁴² L'assurance dépendance privée et publique : une comparaison internationale – SCOR – Octobre 2012

ou spécifiques à la prise en charge du handicap. L'Allemagne a fait ce choix en rendant obligatoire la souscription d'une assurance publique dédiée à la prise en charge de la dépendance. L'Allemagne impose, par ailleurs, des tarifications en fonction des prestations afin de limiter les discriminations¹⁴³. Le développement de l'assurance santé aux États-Unis, durant la mandature d'OBAMA allait en ce sens en imposant aux employeurs de plus de cinquante salariés de contribuer à la couverture santé de leurs employés et en prévoyant une affiliation individuelle obligatoire, sous peine d'amende, à une assurance santé dès 2014¹⁴⁴.

Champs des possibles :

Le choix coercitif de l'Allemagne peut être intéressant à déployer, notamment dans le cadre de l'assurance-dépendance. En réglementant le marché, l'Etat pourrait obliger les assureurs à proposer des produits en phase avec les attentes des consommateurs. Dans le même esprit, la standardisation des produits pourrait faciliter la lecture pour le souscripteur éventuel.

Les États agissent d'ailleurs sur ce point en promouvant le droit des handicapés et personnes en situation de perte d'autonomie, avec une force contraignante limitée. La signature de la convention AERAS en France va dans ce sens. Cependant, elle ne signifie pas l'obligation pour les assureurs de prendre en charge ces individus. L'autre biais d'intervention a été de définir des labels pour les assurances afin de rassurer le consommateur sur la fiabilité du produit proposé. Ainsi, depuis 2013, la France a mis en place le Label GAD « Garantie Assurance Dépendance »¹⁴⁵. Ce label mis en place par la FFSA a pour objectif d'encadrer les contrats d'assurance dépendance autrefois critiqués par les consommateurs pour leur opacité et leurs conditions trop limitatives.

Les États de l'OCDE tendent à reconnaître le rôle des aidants et notamment en les rémunérant. Il s'agit alors d'aidants professionnels, qui n'ont pas forcément de liens avec la famille. Cependant l'État soutient la prise en compte des aidants. En effet, les pays de l'OCDE envisagent une baisse de l'offre de soins apportée par des proches, qui risque d'accroître la hausse des dépenses de prise en charge des soins de longue durée. Il y a donc un véritable enjeu pour les États à reconnaître leur rôle. Au Japon, c'est le manque de professionnels dans le secteur des soins de longue durée, qui pousse le gouvernement à favoriser le recours aux aidants familiaux.

IV.3 - Un rôle global de réduction des barrières liées au handicap

L'État participe également à l'accessibilité des personnes en situation de handicap à l'offre de service public tels

que les transports, les lieux culturels, les établissements d'enseignement, avec en France l'obligation faite pour tous les lieux recevant du public d'être aux normes en termes d'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR).

Les pays de l'OCDE ont également édicté de nombreuses lois afin de favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap et rompre ainsi un éventuel cercle vicieux vers la précarité. En Allemagne, 5 % des postes dans les entreprises de plus de 50 salariés doivent être pourvus par des personnes en situation de handicap. En Italie cette fraction est de 7 %. Au Danemark, les personnes en situation de handicap bénéficient d'une priorité d'emploi dans le secteur public¹⁴⁶. D'autres pays (Danemark, Royaume-Uni, États-Unis) n'ont pas imposé de quotas mais exigent cependant l'aménagement des locaux, l'assouplissement des horaires, la mise à disposition d'un auxiliaire de vie.

Les États ont également édicté différentes dispositions afin de faciliter l'emploi des personnes en situation de handicap (cf. III.1.2 les entreprises).

V – Des leviers organisationnels et technologiques au profit d'une meilleure inclusion des personnes en situation de handicap

La responsabilité des assureurs est grande pour faciliter l'accès des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Or, malgré les freins évoqués par les assureurs quant à la capacité d'assurer tous ces risques dans des conditions dites « classiques », l'évolution de leur métier, soit organisationnel, soit technologique permet largement d'envisager des pistes de développement intéressantes.

V.1 - L'accessibilité à des services de prises en charge et de compréhension de leurs besoins

V.1.1 - La formation des agents d'assurance, et des distributeurs

L'un des principaux freins mis en évidence par les personnes en situation de handicap et des personnes qui souhaitent anticiper leur dépendance est l'incapacité qu'elles ont à trouver des interlocuteurs qui comprennent véritablement leur situation et leurs besoins. Dans le cadre de la dépendance, les assureurs publics ont développé les fonctions de Care Manager. Ce

¹⁴³ Le rôle de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance : une mise en perspective internationale – Laurence ASSOUS, Ronan MAHIEU – Novembre 2001

¹⁴⁴ Question de santé public : Système de santé américain et français – n°13 – Institut de recherches en santé publique.

¹⁴⁵ « GAD assurance dépendance » est une marque déposée

¹⁴⁶ Service des études juridiques, janvier 2003. L'emploi des personnes handicapées en Europe : où les politiques adoptées traduisent les différences culturelles – Dominique VELCHE, Bulletin scientifique de la Maison des Sciences Sociales du Handicap, Sciences sociales n°4, Février 2012

dernier a pour rôle l'évaluation de la dépendance, la planification de l'aide et la réalisation du suivi. Les assureurs pourraient reprendre cette idée et mieux former les agents et les courtiers, qui proposent des solutions et ainsi les aider à mieux appréhender les enjeux, la manière d'aborder les assurances vendues en adaptant son discours et ses produits au plus près de la situation individuelle de son interlocuteur.

Champs des possibles :

Imposer véritablement ce métier en France en formant des « Care Manager », qui viendraient alors apporter leur aide aux assureurs, mais également qui pourraient mieux accompagner les proches.

V.1.2 - Le renforcement des services d'écoute

Le sentiment de solitude est particulièrement présent lorsque les personnes se retrouvent face à une situation de handicap ou de dépendance. Les assureurs pourraient mettre en place des services d'écoute spécifiques à la gestion de ces situations. Avec la progression des usages numériques, cette assistance pourrait également prendre la forme d'une application, permettant d'accéder à son dossier, de le mettre à jour, d'informer facilement son agent. Les assureurs pourraient également réfléchir aux développements de forums d'entraide, de conseils, de partages d'astuces entre les personnes victimes ou avec leur entourage. Ces services d'entraide et d'écoute sont particulièrement attendus par les aidants.

V.2 - L'amélioration des capacités d'anticipation du risque pour l'assureur, une clé de succès ?

V.2.1 - L'usage différent des questionnaires médicaux

La réalisation des questionnaires de santé afin de prendre en charge de manière personnalisée le risque entraîne des coûts importants pour l'assureur, qui doit faire appel à des professionnels de santé pour évaluer les risques. Ce coût a eu pour conséquence que certains assureurs ont préféré exclure les personnes en situation de handicap, afin d'économiser les frais de diagnostic. En Allemagne, en Italie, au Royaume-Uni, et au Danemark, les assureurs peuvent prendre contact, en accord avec le patient, avec leur médecin ou un professionnel de santé qui l'a déjà vu afin d'obtenir des informations précises sur la situation médicale de l'assuré. Le développement d'un véritable dossier médical personnalisé pourrait véritablement faciliter la tâche d'évaluation de l'assureur, qui pourrait dès lors répercuter le coût de ces évaluations, sur les primes. Cela permettrait également de proposer des produits assurantiels particulièrement proches des attentes puisque basés sur une évaluation médicale sur du long terme plutôt que ponctuellement dans le cadre d'un questionnaire figé.

Le point important qui pourrait cependant être soulevé est la confidentialité des données médicales. Il pour-

rait, dans ce sens, être intéressant d'appréhender les actions menées par l'Allemagne, le Canada et le Royaume-Uni. Ces derniers partagent en effet, une base de données recensant les profils ayant été refusés par une assurance, ou acceptés avec majoration, ainsi que ceux présentant un risque particulier. Administrée par des autorités indépendantes, elle permet aux assureurs danois utilisant cette base de données d'améliorer la tarification des produits. L'accès à des données croisées des dossiers médicaux personnels permettrait aux assureurs d'envisager un modèle prédictif des produits liés à la perte d'autonomie.

V.2.2 - Le développement de modèle prédictif

Le développement de solutions analytiques et des technologies liées au Big Data peuvent permettre aux assureurs de mieux envisager les risques, de mieux les évaluer et ainsi d'adapter leur tarification aux plus proches des attentes des consommateurs. Or, le métier de l'assureur repose justement sur cette bonne connaissance des risques.

Les questionnaires médicaux pourraient notamment servir de base à cette évaluation. Mais ils ne représentent pas la seule source d'informations potentiellement utiles pour les assureurs. Une étude menée par les chercheurs au Danemark suggère que des informations sur les jours auto-déclarés d'absence, pour cause de maladie, peuvent être utilisées pour identifier efficacement les groupes potentiels futurs de pension d'invalidité. Ces études peuvent fournir des informations utiles pour les décideurs, les autorités de gestion, les employeurs et les médecins.

Parallèlement, l'accessibilité du génome humain constitue une véritable opportunité pour les assureurs pour le développement du modèle prédictif. En effet, le modèle économique de ce dernier repose sur sa capacité à calculer un risque pour le couvrir. Or lorsqu'il s'agit de handicap, et de dépendance, ce risque est souvent peu maîtrisable. Le développement de la génomique pourrait répondre à cette question. En effet, l'assureur pourrait accéder à des données massives (anonymes ?) améliorant sa connaissance de l'homme et lui permettant de mieux segmenter les risques. A titre d'exemple, la Massachusetts Mutual Life insurance a conclu un accord de séquençage lui permettant de collecter 40 000 génomes humains afin d'améliorer sa propre segmentation.

V.3 - Les nouveaux usages technologiques au service de l'inclusion

V.3.1 - Les nouvelles technologies au service de la souscription

Aujourd'hui, la capacité à lire un contrat d'assurance, à le signer, et par la suite à déclarer son sinistre n'est pas si aisée pour les personnes en situation de handicap. En effet, la généralisation des contrats en braille n'est pas encore acquise en France, alors même que parallèlement des solutions de lecture de contenu se développent. Les développements des contrats électroniques devraient également être encouragés.

La seconde difficulté réside dans la signature des contrats sans forcément recourir à la délégation à un membre de son entourage. Serait-il possible d'envisager des signatures biométriques (rétines, empreintes digitales ou vocales....).

Pour finir, la présence de la téléphonie (smartphone, tablette) et les applications permettant de communiquer à distance (réseaux sociaux, téléphonie via Internet) doivent faciliter l'accès physique à l'assurance, à la fois au moment de la souscription que lors de la gestion des sinistres. Cela est particulièrement vrai pour la déclaration des sinistres à distance et la possibilité de gérer des dossiers à distance pour les personnes à mobilité réduite.

V.3.2 - Les technologies de domotique et de selfcare au service de la prévention

51 % des enfants du millénaire et 30 % des personnes en général sont très ou extrêmement susceptibles d'envisager de porter un dispositif de suivi de l'activité et de partager ces résultats avec une compagnie d'assurance-vie, en échange de récompenses financières pour des comportements sains¹⁴⁷.

Certains assureurs américains n'hésitent d'ailleurs plus à demander aux assurés à risque de monitorer leur taux de glucose, leur tension ou leurs glandes lipidiques. Le particulier n'y est pas obligé, mais sa prime augmentera en conséquence. Le développement de solutions dites « selfcare » peut favoriser l'émergence d'un meilleur suivi des assurés et peut permettre aux assureurs de mieux prendre en compte la situation d'un individu. Ces outils peuvent surtout être utilisés dans le cadre des mécanismes de prévention afin de pousser les consommateurs (pas seulement les personnes en situation de handicap) à des pratiques vertueuses en échange de réduction tarifaire. Le développement des pratiques de paiements « pay how you behave » devraient faire avancer les modèles économiques dans ce sens. Certains consommateurs ont cependant peur que leurs assurances calent leur prix sur les mesures faites, réduisant ainsi l'effet mutualisation propre à l'assurance. Les assureurs devront faire preuve de pédagogie quant à l'usage des données, qui pourrait, peut-être, être encadré par l'État.

Les éléments liés à la domotique s'inscrivent dans cette même philosophie. Les assureurs pourraient cependant aller plus loin en dupliquant certains mécanismes propres à l'assurance automobile. L'assurance habitation pourrait ainsi imposer l'aménagement du domicile et l'installation de dispositifs de domotique pour les personnes en situation de dépendance.

V.3.3 - L'accessibilité numérique au service de tous

L'accessibilité numérique consiste à permettre à tous et notamment aux personnes en situation de handicap,

d'utiliser les ordinateurs, les logiciels, et de consulter ou créer des contenus numériques, sur tout type de support (ordinateur, téléphone portable, tablette...). L'accessibilité numérique concerne tous les types de handicap : visuel, auditif, moteur, cognitif, technique...

Le cadre réglementaire

L'Europe parle de l'accessibilité numérique comme d'une obligation citoyenne : une plus large diffusion de produits et services numériques accessibles favorise l'insertion professionnelle, l'intégration sociale et un cadre de vie autonome.

Certains pays européens sont en pointe : l'Irlande ("Disability Act", 1999) ; la Grande-Bretagne (Disability Discrimination Act, 1995) ; l'Allemagne et l'Espagne (2002) ; la Grèce (2003)...

En France, la loi pour une République numérique a été promulguée le 7 octobre 2016. Elle prépare le pays aux enjeux de la transition numérique et de l'économie de demain. Elle promeut l'innovation et le développement de l'économie numérique, une société numérique ouverte, fiable et protectrice des droits des citoyens. Elle vise également à garantir l'accès de tous, dans tous les territoires, aux opportunités liées au numérique¹⁴⁸.

Le décret d'application qui vise à améliorer l'accessibilité des services téléphoniques aux sourds, malentendants, sourds-aveugles et aphasiques a été publié au *Journal Officiel* du 10 mai 2017. Il définit « les limites d'un usage raisonnable de l'offre de services de communications électroniques accessible que les opérateurs de communications électroniques ont l'obligation de commercialiser et fixe le seuil du chiffre d'affaires au-delà duquel les entreprises doivent rendre leur numéro de téléphone destiné à recueillir l'appel d'un consommateur accessible aux sourds, malentendants, sourds-aveugles ou aphasiques¹⁴⁹ ».

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005, "Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" impose, dans son article 47, "l'accessibilité des services de communication publique en ligne pour les services de l'État, les collectivités territoriales et les établissements publics qui en dépendent", dans un premier temps.

Les sites publics ou assimilés se doivent par conséquent d'être compatibles avec les règles fondamentales de l'accessibilité numérique.

Le décret n° 2009-546 du 14 mai 2009 pris en application de l'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et créant un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne abonde en ce sens. Tout comme le label Euracert qui valorise la qualité d'accessibilité d'un site internet au niveau européen.

¹⁴⁷ Assurance dépendance : comment rendre l'assurance individuelle plus attractive pour les clients et les assureurs ? – Travaux de l'École Nationale d'assurance – Christelle DELFAU – Octobre 2011.

¹⁴⁸ <https://www.economie.gouv.fr/republique-numerique>

¹⁴⁹ <http://www.miroirsocial.com/actualite/14604/deploiement-de-l-acces-aux-services-telephoniques-pour-les-handicapes>

Aux États-Unis, l'accessibilité numérique a été prise en compte dès 1998, avec l'adoption par le Congrès d'un amendement couramment appelé "section 508" qui porte sur l'accessibilité des sites fédéraux et des ressources électroniques du gouvernement.

La conception universelle (Design For All)

Plutôt que d'adapter des produits aux handicaps, on préférera la notion de **conception universelle (Design for All)**, qui tend à réaliser des produits pouvant être utilisés par tous, sans distinction de sexe, d'âge, de situation ou de handicap. On retiendra également que l'accessibilité numérique favorise tous les types de handicap, y compris ceux dus au vieillissement, soit une population française de plusieurs millions de personnes.

La prise en compte du handicap fait écho aux déficiences auxquelles sont confrontées les personnes en situation de fragilité ou de perte d'autonomie.

Aujourd'hui, encore beaucoup de sites Web et applications mobiles sont conçus sans penser à la navigation des personnes en situation de handicap. Pourtant, pour ces personnes, l'outil digital représente un véritable levier d'intégration, et leur apporte bien souvent un surcroît d'indépendance.

Une interface « accessible » s'avère en général plus ergonomique et plus simple d'utilisation aussi bien pour les personnes en situation de handicap mais aussi pour les personnes qualifiées de « valide ». Elle peut être consultée et utilisée par tous, y compris les 12 millions de Français souffrant d'un handicap temporaire ou permanent. Elle est également plus adaptée aux éventuelles déficiences physiques - de la fatigue oculaire ou auditive bénigne aux maladies invalidantes - dont peuvent souffrir les « séniors ».

Pour les personnes en situation de handicap ou de fragilité, la technologie permet de pallier à ces insuffisances.

Créer un continuum entre les besoins des personnes en situation de handicap et celui des séniors crée une dynamique économique pour répondre à des besoins similaires.

En France, les séniors de plus de 55 ans passeraient de 20 millions en 2015 à près de 25 millions en 2035, soit une augmentation de 1 million du nombre de séniors tous les cinq ans. Une forte progression du nombre de centenaires est aussi prévue à partir de 2020, de 14 000 environ à 33 000 en 2035¹⁵⁰.

D'après Eurostat en 2014, les plus de 65 ans représentent 18,5 % de la population totale de l'Union Européenne, soit environ 94 millions de personnes¹⁵¹.

Le vieillissement de la population est par conséquent une réalité économique et sociale dont les conséquences sur la perte d'autonomie, la vulnérabilité, la consommation des soins et des services, le vieillissement au travail, l'amé-

nagement urbain et la citoyenneté des personnes âgées restent encore aujourd'hui sous évalués.

Un continuum existe entre les déficiences des personnes en situation de handicap et celles de nos aînés tant sur le plan des déficiences cognitives et/ou physiques, lourdes ou légères, que sur celui de la transformation digitale. Pour les séniors, le départ à la retraite est le moment opportun pour changer d'équipements, d'usages, de mode de vie (famille, association humanitaire, voyages, loisirs...). Ce moment de vie est à accompagner en proposant notamment des produits et services dédiés aux nouveaux usages de cette cible.

Rapprocher la perte d'autonomie de nos aînés des déficiences des personnes en situation de handicap permet de désenclaver ces 2 marchés, de réaliser des économies d'échelle pour ainsi financer les investissements nécessaires.

ENCADRÉ :



Accessibilité numérique, concevoir de nouveaux modes d'interaction pour assurer une vie ordinaire.

La population, qui rencontre une difficulté ou une gêne dans les activités de la vie quotidienne est beaucoup plus large et diversifiée que ce que l'on peut l'imaginer au premier abord. Ces dernières années, la recherche médicale et sociale a beaucoup progressé pour favoriser le maintien à domicile de ces personnes dépendantes.

En 2003, année européenne du handicap, Orange crée la direction de l'accessibilité.

L'action de cette direction repose sur trois piliers fondamentaux :

- une offre et un réseau de distribution de produits et services dédiés ou adaptés aux personnes handicapées et âgées en situation de déficience ;
- un périmètre transverse à l'entreprise et ce, dans l'ensemble des pays où le Groupe est présent pour le bénéfice de tous ses clients ;
- une mission qui est de prendre en compte l'accessibilité depuis la conception des produits et services d'Orange jusqu'à l'après-vente.

La mission de la direction de l'accessibilité Groupe ORANGE s'articule autour de quatre axes définis :

- adapter les produits et services du Groupe existants, concevoir des produits spécifiques et les offres Autonomie ;
- mettre en place un réseau de distribution adapté (285 boutiques labellisées Autonomie, un site internet dédié, un numéro Vert) ;

¹⁵⁰ Observatoire des séniors

¹⁵¹ Observatoire des séniors

- intégrer la notion d'accessibilité dans toutes les activités de la chaîne de valeur, de la conception à la commercialisation des offres, sur l'ensemble des marchés (France et international). Un catalogue unique de « 70 offres autonomie » disponibles pour toutes les filiales du groupe. 800 commerciaux, experts et webmasters formés au handicap, 2 téléconseillers sourds signant ;

- instaurer un dialogue auprès des institutions nationales et internationales, des associations et les clients afin de mieux identifier leurs besoins et développer des partenariats.

Le succès de cette offre est fondé sur une stratégie de « Design for all » (Conception pour tous) qui prend en compte les spécificités du handicap très en amont de tout lancement de produits ou service. Cette approche permet d'allier innovation, simplicité et ergonomie afin de répondre à tout type de déficience (audition, vision, motricité, préhension, parole, cognition). Elle s'appuie sur les retours d'usages des clients âgés en situation de déficience et de handicap.

Une offre accessibilité qui a développé plusieurs usages, notamment :

- Pour les personnes sourdes et malentendantes, un conseiller clientèle peut échanger avec elle en langue des signes par visio, en texte ou en texte seul ou en texte et voix ;
- L'application Roger Voice transcrit en texte les paroles de l'interlocuteur en temps réel ;
- L'application B-link (en cours d'expérimentation) permettrait à la personne en situation de handicap de piloter son ordinateur par le clignement des yeux.

Et d'autres offres encore ont été développées pour faciliter l'accès à la communication des personnes en situation de handicap.

Ces actions s'inscrivent dans un contexte réglementaire (directive européenne du 25 novembre 2009, décret du 13 avril 2012, Loi pour une République Numérique, octobre 2016, pour la France) et répondent notamment aux objectifs du programme européen « e-inclusion » lancé par la Commission Européenne pour lutter contre l'exclusion de citoyens européens de la société d'information et des médias.

Un engagement récompensé par plusieurs distinctions, en 2008, le trophée APAJH « Entreprise Citoyenne » destiné aux grandes entreprises qui suivent une politique globale et transversale pour les personnes en situation de handicap. Le prix spécial du jury est attribué en 2012 à la direction d'Orange accessibilité dans le cadre du Trophée Automatic Innov qui récompense les entreprises qui innovent pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes.

Dans un contexte de vieillissement de la population, le bien vieillir et le bien vivre à domicile deviennent essentiels pour préserver l'autonomie et l'indépendance de nos aînés.

Pour répondre à ce besoin, Orange a construit un écosystème complet, Orange Senior Care, qui grâce à une chaîne technique complète (capteurs d'actimétrie, cookies pour mesurer l'hydratation, la nutrition et la présence au lit, un Gateway (Live Intercom)...) permet d'alerter un tiers professionnel ou familial si des écarts de comportement sont enregistrés au domicile d'une personne âgée.

De nouveaux services rendus accessibles grâce à l'intégration d'une filière technique et la mise à disposition d'une plate-forme ouverte à différents partenaires *via* des API croisant les données de l'aidé. La mise à disposition de fonctions d'intelligence artificielle conçues par une start-up permet d'effectuer un monitoring à travers des algorithmes auto-apprenants et de diffuser le cas échéant une alerte vers les téléassistants ou les aidants familiaux identifiés.

Organiser de façon coordonnée la gestion et l'information de la personne âgée à son domicile en imaginant un Hub qui, *via* un cahier de liaison par exemple, permettrait d'enregistrer toutes les données émises par les médecins, infirmiers, ergothérapeutes, assistantes sociales, etc..., relayées au niveau du cloud, et accessibles en temps réel permettrait de suivre l'évolution du mode de vie de la personne âgée restée à son domicile. Être en mesure de monitorer l'évolution de la perte d'autonomie est certainement un des enjeux majeurs pour les années à venir.

François René Germain,
Directeur de l'accessibilité du groupe Orange

V.4 - Un business model à l'épreuve de l'avenir de l'humanité

Le métier de l'assureur est de gérer des risques afférents « aux matières assurables » (personnes, habitations, voitures...). Or les progrès technologiques peuvent réduire considérablement ces niveaux de risques et donc limiter le marché assurantiel traditionnel.

V.4.1 - L'homme réparé, une chance pour le handicap, pour la dépendance.... Et pour l'assurance ?

Pour rappel, la notion de handicap (et de dépendance) a été définie par l'OMS comme « un terme générique désignant les déficiences, limitations d'activités, restrictions de participations ». Susceptible de générer des risques supplémentaires (maladies, frais de santé, équipements spécifiques) tout en réduisant les revenus des

personnes touchées (inclusion sociale et professionnelle réduite), le handicap constitue un risque supplémentaire pour l'assureur lors de la prise en charge en charge assurantielle. Or, les réflexions qui portent aujourd'hui sur l'homme réparé ont pour objectif de ramener ces personnes dans une forme de « normalité », propice à une prise en charge traditionnelle par les assureurs, puisque l'incertitude de ces derniers est réduite.

Cette vie réparée est déjà réelle et elle est, parfois, prise en charge par les assureurs. Il s'agit notamment des lunettes, des prothèses auditives, des applications de santé, mais aussi pompe à insuline, prothèse de la hanche ou d'un membre, ou encore greffes. La question qui reste en suspens est la prise en charge de ces « réparations » et la répartition entre assurance publique et assurance privée. Dès lors qu'ils permettent une meilleure inclusion dans la société et limitent les risques engendrés par la déficience, n'est-il pas envisageable de mieux prendre en charge les dispositifs déjà répandus (lunettes, prothèse...) mais également de prendre en charge l'équipement de nouveaux dispositifs (applications de santé, pompe à insuline auto-régulée...). Est-ce que cette prise en charge doit forcément s'accompagner de la collecte des données (données médicales, données d'usage et de consommation) ?

Les réflexions qui bouleversent aujourd'hui le monde médical, et plus largement posent question de l'avenir de la société, sont celles de l'homme augmenté et du transhumanisme. Cette notion cache l'idée d'améliorer les performances d'un individu ou d'un groupe d'individus. Elle vise l'ensemble des nouvelles technologies qui tendent à modifier la manière dont l'homme, son corps et son cerveau interagissent avec l'environnement.

Elle porte sur l'exosquelette (dans l'usage peut aider des personnes handicapées motrices, âgées ou non), sur les implants, mais également sur l'ensemble des technologies d'assistance limitant les activités humaines, ou du moins les robotisant. Ces solutions technologiques peuvent réellement limiter les risques encourus par certains citoyens dans le cadre de leurs activités professionnelles, et quotidiennes, et donc impacter le marché de l'assurance. Ainsi, selon KPMG, avec les voitures autonomes, commercialisées dès 2020, la fréquence des accidents devrait chuter de 80 % d'ici à 2040. C'est le cœur de l'activité de l'assurance qui sera alors touché. En France, le cabinet de conseil estime que le marché de l'assurance automobile pourrait, à terme, perdre 60 % de sa valeur.

« A l'horizon 2020, les personnes seront capables de reprogrammer leur propre biochimie, loin des maladies, et du vieillissement étendant de manière radicale l'espérance de vie ».

Ray Kurzweil,

« Gourou du transhumanisme » et directeur du laboratoire sur l'apprentissage des machines de Google

L'implantation de puces NFC¹⁵² le développement des médicaments connectés sont autant de solutions pour avoir un meilleur suivi de la prise de traitement, des habitudes de la personne en situation de handicap ou de dépendance et donc limiter les risques d'aggravation, de développement de nouveaux handicaps. Les réflexions menées et les projets portés par les startups, les biotechs, mais aussi les géants de l'informatique (GAFA) vont dans ce sens. Par exemple, Google, par la voix de son président, annonce son souhait d'augmenter l'espérance de vie de 20 ans, d'ici à 2035. Cette annonce s'inscrit dans une ambition d'accroître la durée de vie, de réduire la maladie et de tendre vers l'immortalité. Pour les acteurs de l'assurance, la disparition de la maladie, et même de la mortalité engendre forcément la suppression du risque, source même de leur modèle économique. Cependant, l'homme augmenté, source d'opportunité pour les acteurs du handicap, est également une source d'interrogation pour le secteur de l'assurance.

V.4.2 - L'assurance, comme la société, face au dilemme de l'homme augmenté

Les recherches menées sur l'homme augmenté ont lieu et vont se poursuivre. La question pour les assureurs d'intégrer ce segment n'est plus réellement de savoir quand. Mais comment ?

Le développement de cet homme augmenté pose notamment la question de l'éthique. En effet, dans quelle mesure l'implantation ou non d'une puce, d'une molécule, ne sera pas une condition pour souscrire une assurance à l'avenir. Les contraintes imposées aujourd'hui aux personnes en situation de handicap ou de dépendance pourraient demain s'appliquer aux personnes non-augmentées, conservant dès lors une forme d'inégalité d'accès à l'assurance. Les assurés demain auront-ils l'obligation de porter des implants sans contacts, d'avaler des pilules connectées afin d'être couverts ? Certains remboursements ne seront plus pris en charge dès lors qu'une pilule connectée aura permis d'identifier une interruption volontaire ou non d'un traitement.

Pour Laurent Alexandre, fondateur de Doctissimo et « gourou de l'intelligence artificielle » en France, la responsabilité des assureurs est également grande face à la réalité de l'homme augmenté. En effet, ce dernier pourrait remettre en cause le principe « qui fonde la sécurité sociale ». En effet, dès lors qu'on peut déterminer à l'avance qui va coûter le plus cher à la société, les porteurs de « bons gènes » demanderont des réductions de cotisations, tandis que les porteurs de mauvais gènes sont susceptibles d'être exclus des systèmes privés.

Il indique également que le développement de l'homme augmenté n'est pas, au moins à court terme, une source évidente de restriction des dépenses et d'équilibre budgétaire. En effet, le temps de la recherche a un coût. Les États, et le secteur de l'assurance, devront

¹⁵² La société Biohacking commercialise un implant sous cutané, intégrant une technologie sans contact permettant la collecte de données.

assumer deux dynamiques générationnelles : la gestion de la dépendance telle qu'on la perçoit aujourd'hui (croissance des populations touchées, désengagement progressif des états) tout en assumant les recherches sur les nouvelles générations (génomique, biotechnologie...). À long terme cependant, « l'élimination par sélection génétique, par réparation » devrait entraîner une réduction des dépenses de santé.

VI – Conclusion

Une responsabilité collective

Le vieillissement de la population dans les pays industrialisés entraîne une véritable prise de conscience sur la nécessité de proposer des dispositifs mixant acteurs publics et privés dans la prise en charge de la dépendance. Si elle bouleverse le fonctionnement souvent interventionniste, elle n'est pour autant pas une problématique nouvelle. En effet, le rapprochement évident entre handicap et dépendance met en exergue le fait que les assureurs ont déjà eu à traiter les problématiques assurantielles liées à la perte d'autonomie. Or la vision originale de la France qui distingue la population jeune et handicapée de celles plus âgées dépendantes a laissé s'installer un cloisonnement sur la gestion de difficultés qui peuvent cependant trouver des solutions communes. Bien que des différences subsistent notamment sur les acteurs qui prennent en charge ces malades/handicaps sur le plan médical, d'importantes similitudes existent sur l'impact social, familial, financier que peut avoir la perte d'autonomie au sens large.

Au même titre que l'État, les consommateurs, les familles, les assureurs ont une forte responsabilité autour de la prise en charge de ce segment de la population, qu'il n'est aujourd'hui plus possible d'exclure, tant pour des questions morales, que pour des questions de progrès médicaux et technologiques.

La créativité des assureurs pour couvrir de nouveaux risques

Le modèle économique des assureurs est en plein bouleversement. Ubérisation, produits low cost mis sur le marché, inclusion des technologies numériques tant dans les processus de prise en charge des assurés que dans les modèles financiers qui assurent la pérennité du secteur, les assureurs doivent véritablement prendre cette (r)évolution comme une opportunité de créer de nouveaux produits et services, d'apporter une inclusion plus globale. D'autant que les risques changent, et que demain, ils seront peut être amenés à couvrir des risques et leurs conséquences suite à des accidents écologiques, du terrorisme, des pandémies.

L'émergence de nouveaux risques imposés par l'évolution de la société : attentats, risques écologiques, pandémie,... représentent ou représenteront de nouveaux défis à relever par les assureurs, qui peuvent recouvrir des risques là aussi importants en termes de survie

économique pour le secteur. S'attaquer aujourd'hui à un marché plus risqué, et réfléchir collectivement à des solutions abordables pour l'assuré, repenser les mécanismes de mutualisation et de réassurance pour se prémunir face à une éventuelle généralisation du risque, penser des produits personnalisés qui puissent permettre de trouver un équilibre entre rentabilité pour l'assureur et garanties adaptées (couverture/tarif) pour les consommateurs est l'enjeu bien présent. Les actions et réflexions menées précédemment autour de la micro-assurance peuvent trouver une nouvelle utilisation avec la prise en charge du handicap et de la dépendance. Il est dès lors entièrement envisageable qu'une réforme de la prise en compte des personnes en situation de perte d'autonomie, trouvera des applications plus globales dans le secteur de l'assurance.

Le secteur de l'assurance devra aussi faire preuve d'innovation pour anticiper une éventuelle (si ce n'est certaine) nouvelle disruption de son modèle économique avec la robotisation, et les technologies augmentées. En effet, couvrir une prothèse, un implant ou un véhicule connecté sera facilement pris en charge par une assurance dommage similaire à celle connue aujourd'hui. Mais qu'en est-il de l'assurance responsabilité face au développement de l'homme augmenté ? Qui du fabricant de l'implant, du généticien en charge de la manipulation génétique, de l'utilisateur seront responsables ? La détermination des responsabilités pourrait engendrer des procédures nouvelles que le monde de l'assurance doit anticiper et intégrer afin d'éviter qu'elles ne soient trop complexes et coûteuses, risquant de retomber dans les travers que connaît aujourd'hui le monde de l'assurance (transparence, complexité des prises en charge pour certaines situations...).

Handicap et vieillissement : un concept évolutif, un risque ou une opportunité dans une société plurielle ?

SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS

La réflexion collective menée dans le cadre de ce livre blanc sur le handicap et le vieillissement a été effectuée sur le plan mondial, européen et au niveau de la France dans le cadre des trois ateliers : la perte d'autonomie, la prévoyance invalidité et l'assurance-vie, retraite. Les développements ont permis de dégager plusieurs axes d'amélioration des enjeux du handicap et du vieillissement. Ces recommandations ont été regroupées autour de trois cibles : les bénéficiaires, les opérateurs et les acteurs publics. La présentation détaillée de chacune de ces préconisations est développée dans le livre blanc. Chacun peut s'y reporter et à son niveau se les approprier pour permettre au plus grand nombre d'être mieux assuré.

PROPOSITIONS À DESTINATION DES BÉNÉFICIAIRES

- Mettre en place une école de l'autonomie destinée aux personnes en situation de handicap (p 74)
- Progresser vers une conception globale de l'autonomie (p 44)
- Poursuivre le chantier de l'information pour la lisibilité des contrats et la confiance des assurés (p 44)
- La standardisation des produits pour faciliter la compréhension et souscription de garanties perte d'autonomie (p 85)
- Mettre en place un parcours de soins obligatoires dans le cadre d'assurance dépendance pour retarder le passage en dépendance (p 20)
- Piste pour la mise en place d'un contrat assurance handicap/dépendance familiale pour prise en charge du risque en incluant les ascendants et descendants sur trois générations (p 81)

PROPOSITIONS À DESTINATION DES OPÉRATEURS

- Tendre vers l'élaboration d'une grille commune de critères d'évaluation de la perte d'autonomie (p 44)
- Réfléchir à la place de l'assurance autonomie privée (p 44)
- Réfléchir à une nouvelle labellisation des contrats (p 44)
- Innover dans les garanties et les services (p 55) et développement de réseaux de distribution plus proches des personnes en vue de réduire la méfiance des assurés (p 82).
- Renouveler le métier d'assurance vie et les gammes de produits pour financer l'incapacité et la perte d'autonomie (p 56)
- Formation par les assureurs des aidants (p 80)

PROPOSITIONS À DESTINATION DES ACTEURS PUBLICS

- Renforcer la prise en compte des aidant(e)s (p 44) et reconnaître un statut aux aidants (p 74)
- Création d'un cinquième risque couvrant tant les besoins d'aide à l'autonomie que les besoins liés à une perte de ressources (p 54)
- Réfléchir à la constitution d'un Observatoire de l'aide à l'autonomie (p 44)
- Création d'un fichier national pour éviter la déshérence des contrats d'assurance autonomie en concertation avec les professionnels de l'assurance et de la protection sociale (p 44)
- Créer des fonds labellisés Economie du handicap (p 74)
- Rattachement de l'assurance dépendance à une autre assurance : assurance habitation ou responsabilité civile (p 77)
- Mise en place d'un canal de distribution des prestations dépendance par les entreprises (p 77)

CHIFFRES CLÉS

MONDE

- 1 milliard de personnes vivent avec un handicap, soit 15 % de la population mondiale (Banque mondiale – Septembre 2015).
- 80 % des personnes en situation de handicap vivent dans les pays du Sud.
- Les personnes handicapées ont une probabilité 50 % plus forte de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques susceptibles d'entraîner la pauvreté (OMS - 2015).
- En Norvège, Suisse, Danemark, Finlande, Pays-Bas et Pologne, les personnes handicapées ont des revenus inférieurs de 10 à 15 % à la moyenne de la population, alors que la proportion atteint 30 % en Irlande.
- Les maladies chroniques sont à l'origine de 66,5 % de l'ensemble des années vécues avec une incapacité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS).
- Dans les pays industrialisés, les gens dépensent en moyenne environ 8 ans, soit 11,5 % de leur durée de vie, vivant avec un handicap.
- 80 % des déficiences visuelles et la quasi-totalité des déficiences auditives pourraient être évitées grâce à des stratégies préventives et curatives (OMS - 2015).
- Aux États-Unis, seules 35 % des personnes en situation de handicap sont employées.
- Sur 1505 adultes handicapés, mais pas encore âgés aux États Unis d'Amérique, 42% ont signalé ne pas avoir pu sortir d'un lit ou d'une chaise parce que personne n'était là pour les aider.

FRANCE

- 12 millions de personnes sont touchées par le handicap (INSEE) : 80 % ont un handicap dit invisible, 13,4 % ont une déficience motrice, 11,4 % sont atteintes d'une déficience sensorielle, 9,8 % souffrent d'une déficience organique, 6,6 % sont atteintes d'une déficience intellectuelle ou mentale, 2 à 3 % de la population utilise un fauteuil roulant.
- Le taux d'inactivité était environ 2,5 fois plus élevé chez les personnes handicapées que chez les autres, 49 % et 20 %, respectivement (OCDE 2010).
- En France, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître de près de 50 % d'ici à 2040 et la France devrait alors compter entre 1,4 et 1,6 millions de personnes dépendantes (INSEE).
- En 2015, en France, 1,6 millions de personnes sont couvertes par une assurance-dépendance. Les provisions s'élèvent à 4,8 milliards d'euros et les rentes mensuelles sont estimées à 582 euros (FFSA).
- Ainsi, parmi les personnes nées entre les années 1940 et 1964, qui atteignent l'âge de 60 ans, 41 % connaîtront au moins une année de dépendance.
- Dans 25 % des cas où l'assureur applique une surprime, elles sont supérieures à 50 % de la prime standard. Certaines primes seraient même supérieures à 100 % voire 200 % de la prime standard.
- 54 % des français estiment que les aides financières liées au handicap devraient être réservées aux seules personnes disposant de faibles revenus (DREES).
- La contribution économique des aidants serait évaluée à 164 milliards d'euros.
- 7 % des personnes sondées répondent que c'est parce qu'elles n'avaient pas financièrement le choix qu'elles ont été amenées à aider ou accompagner leur proche dépendant. BVA-Novartis.
- 80 % des aidants se sentent peu ou mal informés et 20 % des aidants n'ont aucune connaissance des moyens d'informations sur ce statut (IFOP 2010).

GLOSSAIRE ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACS : Aide Complémentaire Santé
ADIE : Association pour le Droit à l'Initiative Économique
AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé
AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AGGIR : Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource
ALD : Affection de Longue Durée
AME : Aide Médicale de l'État
ANI : Accord National Interprofessionnel
APA : Allocation pour la Perte d'Autonomie
APL : Aide Personnalisée au Logement
AVQ : Activités de la Vie Quotidienne
BIT : Bureau International du Travail
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCSF : Comité Consultatif du Secteur Financier
CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement
CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance
CISS : Collectif Inter-associatif sur la Santé
CJDES : Centre des Jeunes des Dirigeants des acteurs de l'Économie Sociale
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRDPH : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
CSU : Couverture Santé Universelle
DELD : Demandeur d'Emploi de Longue Durée
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
ENASS : École Nationale d'Assurances
FASTT : Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire
FBF : Fédération Bancaire Française
FFA : Fédération Française d'Assurance
FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FIFHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
GAFA : Google Apple Facebook Amazon
GDS : Geriatric Dementia Scale
GIR : Groupes Iso Ressources
GSMA : groupement représentant les intérêts des 850 opérateurs de mobiles mondiaux
IARD : assurance en Incendie, Accidents et Risques Divers
IDEFIE : Initiative pour le Développement de l'Expertise Française à l'International et en Europe
IFA : Institut des Actuaires Français
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IT : gouvernance des systèmes d'Information
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMS : Mini Mental Test
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ORM : Opérateur de Réseau Mobile
PACE : Product, Access, Cost and Experience (fonds pour l'innovation BIT)
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PPC : Plan Personnalisé de Compensation
PMR : Personne à Mobilité Réduite
RC : Responsabilité Civile
RC Pro : Responsabilité Civile Professionnelle
RSA : Revenu de Solidarité Active
RSE : Responsabilité Sociale d'Entreprise
RSI : Régime Social des Indépendants
SINAF : Seguros de Vida, Assistencia a Familia (assurance populaire brésilienne)
SUSEP : Superintendencia de Seguros Privados (régulateur de l'assurance brésilienne)
TNS : Travailleurs Non Salariés
UNCCAS : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale

CONTACTS

AD-PA

Association des Directeurs au service des Personnes Agées
www.ad-pa.fr

Association des Paralysés de France

www.apf.asso.fr

Carac

www.carac.fr

CNP Assurances

www.cnp.fr

Comète France

www.cometefrance.com

La Compagnie des Aidants

www.lacompagniedesaidants.org

Fédération des APAJH

www.apajh.org

Groupe Up

www.up-group.com

Handidactique

www.handidactique.org - contact@handicdactique.org

La Fabrique d'Assurance

www.lafabriquedassurance.org
contact@lafabriquedassurance.org

Mutuelle Intégrance

www.integrance.fr

OCIRP

Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance
www.ocirp.fr

Portail de la Silver Economie

www.silvereco.fr



CONSTRUIRE LA PROTECTION SOLIDAIRE AUTREMENT

Selon la banque mondiale, environ 15 % de la population vit avec une forme de handicap. L'estimation mondiale de la prévalence du handicap est en hausse en raison du vieillissement de la population et de la propagation rapide des maladies...

Face à ce défi majeur pour notre société, La Fabrique d'Assurance présente des regards croisés et va au-delà des constats pour être force de propositions dans le domaine du handicap et du vieillissement.

Les pistes d'actions proposées se veulent pragmatiques. Elles s'adressent à tous (État, institutions publiques, associations, assureurs, mutuelles, institutions de Prévoyance, opérateurs, bénéficiaires...) et ont pour objectif de contribuer à une réflexion collective dans une dynamique solidaire.

Inspirée des « Fab Lab », La Fabrique d'Assurance se veut être un point de rencontre et de dialogue pluridisciplinaire face aux mutations du secteur de l'assurance.

L'association a pour vocation d'impulser une dynamique collaborative et innovante pour anticiper les usages de demain et répondre aux besoins réels des citoyens.

L'approche transversale permet de réunir, à la fois des experts en termes de métiers, de secteurs et de domaines d'activités différents. De l'incubateur au Think Tank, du consommateur à l'institutionnel, l'intelligence du système permet de réunir en son sein, différents profils en fonction de la thématique abordée.

En somme, il convient de repartir du besoin, de (re)penser l'Assurance différemment en se fondant sur les connaissances et les compétences concrètes des intervenants dans une logique d'intelligence collective qui tient compte des enjeux de l'Économie Sociale et Solidaire.

<< Le trésor de la vie et de l'humanité est la diversité >>

EDGAR MORIN – Dialogue sur la nature humaine

4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15 - Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Dépôt légal à parution

Impression : La Fabrique d'Assurance sous le n° 978-2-9558285-1-9

N° W751224917

Septembre 2017 - 40 €

