

Commission Technique Vie

DÉPENDANCE : LE PROJET DE GARANTIE ADOSSÉE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ – L’INTERVENTION POSSIBLE DES RÉASSUREURS

Janvier 2025

Executive Summary

Funding for Long Term Care (LTC) Risk is one of the priority projects for the insurance industry. The latter has proposed several avenues of work to the public authorities.

In particular, the LTC Guarantee project linked to Complementary Health contracts, proposed in 2020 by professional federations, seems to have found a favorable response among the parliamentarians met by the federations as well as institutions such as the CCSF¹ and the CESE², which mentioned it in reports published in the first half of 2024.

The objective of this solution is to offer a “universal LTC” guarantee linked to a new “responsible complementary health contract” benefiting from advantageous taxation.

The benefit would be a fixed lifetime annuity between €300 and €500 paid monthly. Pooling would be done within a co-insurance pool, ensuring the portability of the guarantee in case of a change in health insurance.

The technical approach chosen is that of distribution with a single tariff scale and an average contribution, based on the age of entry into the scheme.

It allows for strong pooling between different generations. The system provides that everyone will be covered regardless of their health status, except for those already dependent when it is implemented.

According to this approach, calculations based on demographic projections made in 2020 (which need to be updated) show that the system would be in surplus until 2044.

¹ Conseil Consultatif du Secteur Financier (<https://www.ccsfin.fr/>)

² Conseil Économique Social et Environnemental (<https://www.lecese.fr/>)

Beyond that, the contributions collected would be insufficient to cover the costs, but the reserves built up would balance the system.

Another undeniable advantage of the system: It promotes greater awareness of the need to cover oneself both collectively and individually against the risk of loss of autonomy and thus encourages the subscription of complementary guarantees.

However, it has certain limitations, mainly related to its entirely distribution-based operation and the increase in the cost of complementary health insurance that it entails.

If deemed relevant, reinsurers could intervene in the system in various ways, both in risk coverage (by participating in the pool or reinsuring the longevity risk of dependent persons) and in managing the scheme.

The system as proposed to date leaves enough points open for discussion with public authorities.

Synthèse de la note

Le financement du risque Dépendance est un des chantiers prioritaires de la profession de l'Assurance. Cette dernière a proposé plusieurs pistes de travail aux pouvoirs publics.

En particulier, le projet de garantie Dépendance adossée aux contrats Complémentaire Santé, proposée en 2020 par France Assureurs (FA) et la FNMF³, semble avoir trouvé un écho favorable auprès des parlementaires rencontrés par les fédérations ainsi qu'auprès d'institutions, telles que le CCSF et le CESE, qui l'ont évoqué dans des rapports publiés au 1er semestre 2024.

L'objectif de cette solution est de proposer une garantie "dépendance universelle" adossée à un nouveau "contrat complémentaire santé responsable" bénéficiant d'une fiscalité avantageuse

La prestation serait une rente viagère forfaitaire entre 300 et 500 € versés mensuellement. La mutualisation se ferait au sein d'un pool de coassurance, garantissant la portabilité de la garantie en cas de changement d'assurance santé.

L'approche technique retenue est celle de la répartition avec un barème tarifaire unique et une cotisation moyenne, fonction de l'âge d'entrée dans le dispositif.

Elle permet une forte mutualisation entre les différentes générations. Le dispositif prévoit que toute personne sera couverte indépendamment de son état de santé, à l'exclusion des personnes déjà dépendantes lors de sa mise en place.

Selon cette approche, les calculs basés sur les projections démographiques réalisées en 2020 (qui doivent être actualisées) montrent que le dispositif serait excédentaire jusqu'en 2044.

³ Fédération Nationale de la Mutualité Française (<https://www.mutualite.fr/>)

Au-delà, les cotisations collectées seraient insuffisantes pour couvrir les charges, mais les réserves constituées permettraient d'équilibrer le dispositif.

Autre atout indéniable du dispositif : Il permet de favoriser une plus grande prise de conscience de la nécessité de se couvrir à la fois collectivement et individuellement contre le risque de perte d'autonomie et donc de favoriser la souscription de garanties complémentaires.

Toutefois, il présente certaines limites, liées essentiellement à son fonctionnement intégralement en répartition et à l'alourdissement du coût de la complémentaire santé qu'il entraîne.

S'ils le jugent pertinent, les réassureurs pourront intervenir dans le dispositif de différentes façons, à la fois dans la couverture du risque (par une participation au pool ou en réassurant le risque de longévité des personnes dépendantes) et dans le pilotage du régime.

Le dispositif tel qu'il est proposé à date laisse suffisamment de points en suspens pour servir de base de discussion avec les pouvoirs publics.

Sommaire

Introduction.....	4
A. La proposition France Assureurs / FNMF de prise en charge du risque Dépendance.....	4
a. Synthèse de la proposition	4
b. Aspects techniques.....	5
c. Les avantages de la solution proposée.....	9
d. Ses limites.....	9
e. Les questions en suspens	10
B. L'intervention possible de la réassurance dans le dispositif.....	11
a. Acceptation d'une quote-part du pool de coassurance	11
b. Cession par le pool du risque longévité seul	11
c. Autres interventions possibles des réassureurs : études techniques et pilotage du dispositif.....	12
Conclusion :	12
Annexe 1 : les autres propositions inspirées de ce dispositif.....	13
Annexe 2 : rappel des niveaux de niveaux de Dépendance selon la grille AGGIR.....	14

Introduction

Le financement du risque Dépendance est un des chantiers prioritaires de la profession de l'Assurance. Parmi les différentes pistes de travail proposées par celle-ci, figure le projet de garantie Dépendance adossée aux contrats Complémentaire Santé présentée en 2020 par FA et FNMF

Ce projet est revenu dans l'actualité à l'occasion d'échanges entre ces Fédérations et les parlementaires du Sénat et de l'Assemblée Nationale, dans le cadre de la préparation du projet de loi sur le « grand âge », ainsi qu'à travers la publication au 1er semestre 2024 de deux rapports publiés respectivement par le CCSF et par le CESE.

Les réassureurs jouant un rôle central dans la couverture du risque Dépendance, il a été jugé nécessaire par l'APREF de :

- décrire précisément pour ses membres le dispositif proposé, ses sous-jacents techniques, ses avantages et ses limites (paragraphe A),
- synthétiser les formes que pourraient prendre une éventuelle participation des réassureurs à ce dispositif (paragraphe B).

A. La proposition France Assureurs / FNMF de prise en charge du risque Dépendance

a. Synthèse de la proposition

L'objectif de la solution, selon France Assureurs (FA) et FNMF, est de « proposer une solution solidaire et transparente pour faire face à la dépendance totale », il convient d'en retenir 5 points clés :

1. Une garantie adossée à un contrat santé

Les deux fédérations préconisent la mise en place d'une garantie "dépendance universelle" adossée à un nouveau "contrat complémentaire santé responsable".

A ce jour, 96 % des foyers français bénéficient d'une couverture santé à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Le statut de « contrat santé responsable » permet de bénéficier d'une fiscalité plus avantageuse avec une TSA (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% au lieu de 20,27%.

Dans le cadre de ce nouveau contrat complémentaire santé responsable avec garantie dépendance, FA et FNMF préconisent la suppression de cette TSA ou sa réduction à 6,27% afin de limiter le surcout lié à la garantie dépendance et la rendre plus attractive.

2. Une couverture immédiate du plus grand nombre

La garantie pourrait être mise en place immédiatement après la souscription, sans délai de carence, pour toutes les dépendances survenant à compter de la mise en place du dispositif.

3. Un tarif unique

Le barème tarifaire serait unique (fonction de l'âge d'entrée dans le dispositif et du niveau de rente retenu). L'âge à partir duquel la cotisation est prélevée et le niveau de la rente viagère garantie en cas de dépendance seraient fixés en accord avec les pouvoirs publics.

La prestation serait une rente viagère forfaitaire entre 300 et 500 € versés mensuellement

Exemple (chiffage effectué en 2020) : une garantie dépendance incluse systématiquement dans tous les contrats santé à compter de l'âge de 42 ans, permettrait à chaque assuré de bénéficier d'une rente mensuelle de 500€ en cas de dépendance totale pour une cotisation mensuelle de 13,70€ HT par mois

4. Un risque très mutualisé

La mutualisation se ferait au sein d'un pool de coassurance dans lequel seront reversées les cotisations. Ce pool réaliserait le pilotage du risque Dépendance sur le long terme, en cohérence avec les pouvoirs publics.

Le dispositif proposé prévoit la portabilité de la garantie dépendance en cas de changement d'assurance santé.

5. Une garantie viagère

Le pool garantirait et provisionnerait les sinistres, et il couvrirait financièrement de manière viagère les dépendants totaux, relevant des GIR1 et GIR2.

6. Autres caractéristiques

Par ailleurs, les assurés pourraient accéder à une palette de services et d'accompagnements tels que : Prévention de la dépendance avec un bilan santé via un entretien téléphonique, évaluation de la situation de l'assuré au sein de son lieu de vie, aide aux aidants pour les démarches administratives et recherche de solutions de financement et d'organisation des soins.

Enfin, au-delà du socle de base, tous les organismes pourraient proposer des garanties dépendance complémentaires plus larges (montants de rente supérieurs, couverture de la dépendance partielle, assistance...)

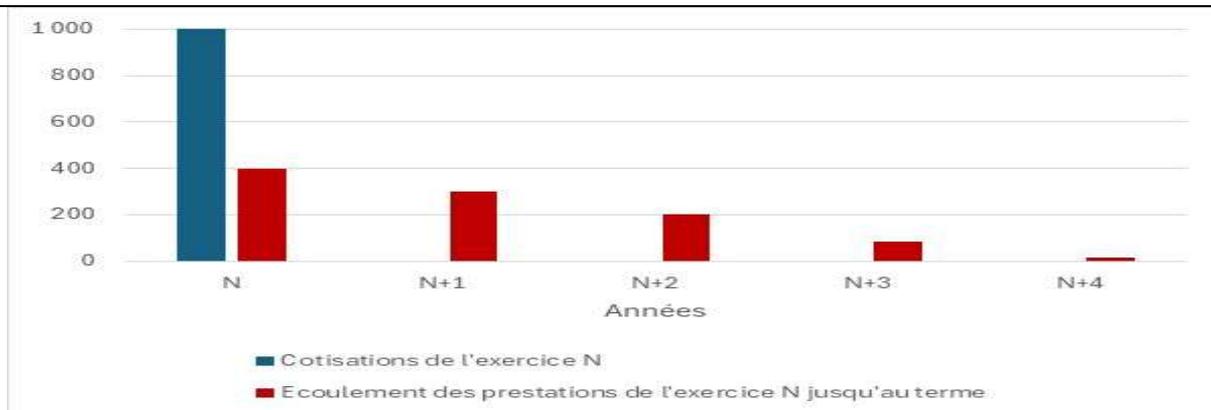
b. Aspects techniques

NB : les chiffrages présentés ci-dessous n'ont pas été effectués par l'Aprel mais sont issus du « livre blanc » publié par les fédérations professionnelles sur le sujet en 2021. Ils ont été réalisés par un cabinet d'actuaire indépendant, à leur demande.

1. Structure tarifaire

Contrairement aux produits d'assurance dépendance individuels, où l'assuré paie une cotisation qui dépend de son âge à l'adhésion et qui est lissée sur toute la durée du contrat, l'approche retenue ici est une approche par répartition.

Dans une approche par répartition, les cotisations de l'exercice devant permettre de couvrir la charge liée au provisionnement des sinistres survenus dans l'année et ce jusqu'à leur extinction (cf. graphe ci-dessous).



La structure tarifaire a pour conséquence une forte mutualisation entre les différentes générations avec une subvention des populations âgées par les populations plus jeunes et permet de rendre la couverture accessible au plus grand nombre.

2. Périmètre de la garantie

En opposition aux contrats individuels qui couvrent uniquement les personnes en bonne santé à l'adhésion et leur risque de dépendance future, le dispositif prévoit que toute personne sera couverte indépendamment de son état de santé et donc la prise en charge immédiate des personnes devenant dépendantes la première année à l'exclusion de celles déjà dépendantes lors de sa mise en place (dépendance de niveaux GIR1 et GIR2).

3. Projections démographiques et impact sur les équilibres techniques

Afin de garantir la pérennité du dispositif, il est primordial d'anticiper les évolutions démographiques à venir, notamment l'arrivée dans l'âge de la dépendance des baby-boomers.

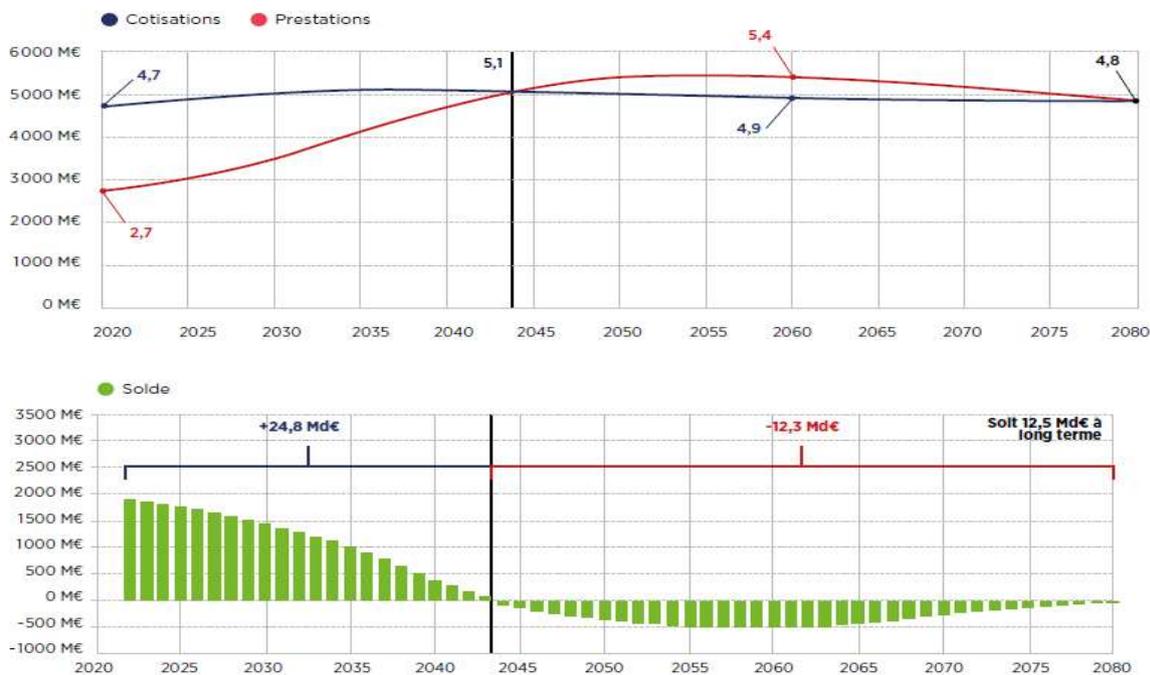
Pour ce faire, la cotisation doit tenir compte de ces évolutions démographiques et permettre la constitution de réserves.

Sans ces anticipations, la cotisation serait insuffisante pour faire face aux charges à venir et le dispositif serait rapidement déficitaire.

L'arrivée dans l'âge de la dépendance des baby-boomers a bien été anticipée et incluse dans les projections ci-après ainsi que la prise en charge immédiate des personnes déjà dépendantes au moment de la mise en place du dispositif.

Les premiers chiffrages effectués en 2020 montrent que dans l'hypothèse d'une mise en place en 2020 avec un âge d'entrée dans le dispositif de 22 ans et une cotisation mensuelle de 9.50 € (pour une rente mensuelle de 500 €), le point de bascule serait atteint en 2044.

PROJECTION DES NIVEAUX DE COTISATIONS⁽¹⁾, DES PRESTATIONS ET DE LEUR DIFFÉRENTIEL



Source > France Assureurs.

Jusqu'en 2044, le dispositif serait excédentaire (les cotisations étant supérieures aux prestations) et permettrait de constituer des réserves à hauteur de 24.8 Md€

Au-delà, les cotisations collectées seraient insuffisantes pour faire face à la charge liée au provisionnement des sinistres survenus dans l'année. Les réserves constituées depuis l'origine permettraient de faire face à l'insuffisance des cotisations collectées et d'équilibrer le dispositif.

4. Impacts de la date de mise en place du dispositif et de l'âge d'entrée dans celui-ci

La date de mise en place du dispositif ainsi que l'âge d'entrée sont deux éléments clés.

Afin que la cotisation soit la plus modeste possible, il est primordial de mutualiser les coûts sur le plus grand nombre de personnes, d'où l'importance de l'âge d'entrée dans le dispositif.

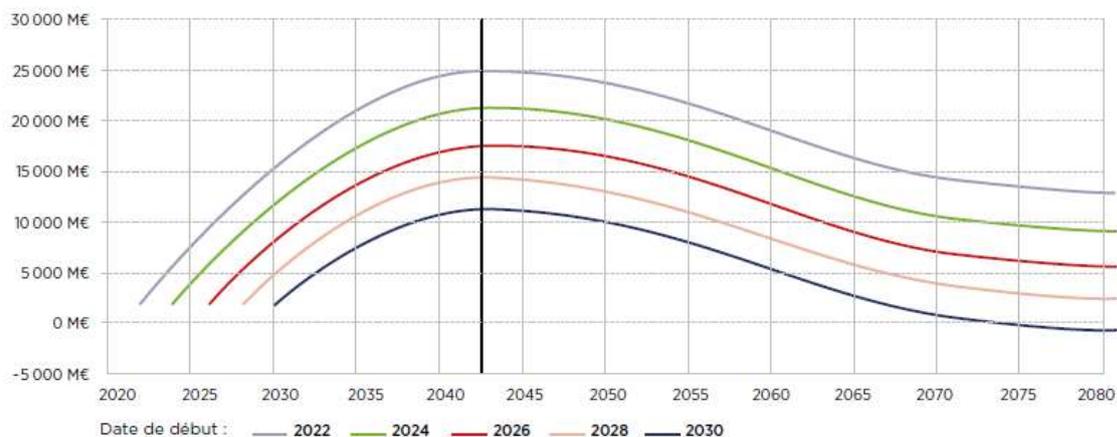
Plus jeune sera l'âge d'entrée, plus faible sera la cotisation puisque la charge de sinistres sera répartie sur un plus grand nombre de cotisants (très forte solidarité / mutualisation intergénérationnelle).

Ainsi, la cotisation moyenne augmenterait de 45% si l'âge d'entrée dans le dispositif était repoussé à 42 ans (cotisation moyenne mensuelle de 13.7 € pour une rente de 500 €/mois au lieu de 9.50 € pour une entrée à compter de 22 ans).

De même, plus tôt sera mis en place le dispositif, plus grandes seront les réserves disponibles et plus faible sera la cotisation.

Le graphe ci-après présente les réserves disponibles selon l'année de mise en place du dispositif.

PROJECTION DE L'ÉVOLUTION DES RÉSERVES DE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE (COLLECTES)



Source > France Assureurs.

Ainsi, sur la base de ces chiffres, les réserves disponibles en 2044 seraient de l'ordre de 20 Mrd € si le dispositif était mis en place en 2025, elles seraient réduites à un peu plus de 10 Mrd € si la mise en place était repoussée à 2030.

Pour atteindre un niveau de réserves minimum de 16 Mrd € en 2044, qui permettrait d'équilibrer le dispositif, il conviendrait d'augmenter la cotisation moyenne à 11.1 € (au lieu de 9.50 € pour un âge d'entrée de 22 ans).

Un nouveau chiffre serait nécessaire avant la mise en place effective du dispositif.

5. Impacts des facteurs de morbidité

Il faut noter que certaines fluctuations liées à la dynamique de la population couverte peuvent augmenter la charge de sinistres du dispositif.

Ainsi, une amélioration de la mortalité des personnes couvertes augmente mécaniquement le nombre de cotisants et donc le montant des cotisations collectées par le dispositif ce qui est positif. A contrario, un nombre plus important de personnes atteindront l'âge de la dépendance, ce qui augmentera la charge de sinistres du dispositif et ne sera pas du tout compensée par le surplus de cotisations collectées.

De même, une augmentation de la probabilité de devenir dépendant génère mécaniquement une charge de sinistres plus élevée.

Selon les pathologies à l'origine de la dépendance, la durée de vie des personnes dépendantes est très variable, de quelques mois jusqu'à une dizaine d'années (cas des pathologies neuro-dégénératives). Une diminution de la mortalité des personnes dépendantes, qui vivraient plus longtemps qu'anticipé, aurait le même effet et augmenterait la charge de sinistres.

Ces différents effets peuvent se cumuler ou se compenser d'où l'importance d'un suivi très précis afin de piloter au mieux le dispositif, d'anticiper ces dynamiques et leurs répercussions sur le montant de la cotisation.

En outre, un changement de la définition des dépendances GIR1 et GIR2 aura des effets sur les chiffres.

c. Les avantages de la solution proposée

Ils sont de 3 ordres :

1. Proposer une offre facile d'accès

- Proposer une garantie simple et compréhensible pour la population du fait de son lien avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA / Référentiel unique).
- Faire bénéficier de la portabilité de la garantie en cas de changement d'assureur santé.

2. Mutualiser largement le risque et faciliter son financement

- Prendre en charge une part significative du reste à charge en cas de dépendance totale.
- Atteindre un niveau de mutualisation très élevé en l'intégrant à la couverture santé dont bénéficie 96 % de la population française, sous réserve d'un fort taux d'adhésion au dispositif.
- Rendre accessible la couverture dépendance pour un coût moindre par rapport à un contrat dépendance individuel à la prime viagère.
- En particulier, pouvoir faire bénéficier de la garantie les personnes très âgées, sous réserve qu'elles ne soient pas déjà dépendantes lors de sa mise en place du dispositif (dépendance de niveaux GIR1 et GIR2), qui seraient refusées dans une approche classique.
- Décharger l'Etat d'une partie du financement des coûts liés à la dépendance totale et lui permettre de concentrer ses ressources sur l'aide aux plus démunis ainsi que sur les revalorisations des filières professionnelles et des infrastructures.

3. Sensibiliser aux besoins en matière d'assurance Dépendance

- Favoriser une prise de conscience collective des besoins en matière de dépendance ;
- Mettre en place un cadre réglementaire et fiscal pour la couverture de la dépendance totale et devenir une référence en termes de définition ;
- Permettre le développement de garanties complémentaires individuelles car la garantie proposée ne couvre pas l'intégralité du reste à charge et ne couvre que les cas de dépendance totale ;
- Permettre le développement de nouveaux services liés à ces garanties en particulier dans le domaine de la prévention.

d. Ses limites

Elles sont essentiellement liées au coût de la garantie et aux conséquences des choix techniques :

1. Impact du coût de la garantie

- Cette cotisation supplémentaire va alourdir le coût, déjà élevé, en particulier pour les populations les plus âgées, des contrats santé, et va poser un problème d'acceptabilité pour les plus jeunes qui ne vont pas en bénéficier immédiatement.
- Ceci combiné avec le fait que les assurés pourraient croire être suffisamment couverts par cette nouvelle garantie et ainsi délaissier les couvertures individuelles, voire résilier leur contrat actuel.
- Le retard de mise en place (2025 au lieu de 2020) risque par ailleurs de remettre en question les chiffres effectués et donc les niveaux de cotisation estimés.

2. Impacts des choix techniques

- La garantie sera « adossée » aux contrats santé, sans pour autant être obligatoire créant ainsi possiblement un phénomène d'antisélection (contrairement au dispositif proposé par le CCSF et certains parlementaires pour lesquels l'adhésion serait obligatoire, cf. Annexe).
- Il sera créé un nouveau mécanisme de répartition en garantie annuelle, avec des flux allant essentiellement des populations jeunes vers les populations âgées (en sus de la santé et de la retraite), ce qui contribuerait à creuser le fossé entre les générations, à contre-courant des dynamiques actuelles.
- La Dépendance est un risque encore très évolutif qui compte tenu du caractère viager de la rente garantie, nécessitera la mise en place d'un pilotage technique et financier très fin.
- Les organismes d'assurance sont plus à même d'assurer ce pilotage que les pouvoirs publics ou les partenaires sociaux : le mode de gouvernance du pool et les poids des assureurs dans cette gouvernance est donc primordial.

e. Les questions en suspens

1. Relatives à la garantie, son périmètre et sa gestion

- A quel niveau sera fixé la rente ?
- Quel sera l'âge d'entrée dans le dispositif ?
- Quelles incitations seront mises en place par les assureurs pour optimiser le taux de souscription de cette garantie et donc limiter l'antisélection ?
- Comment va évoluer la grille AGGIR et selon quel calendrier ?
- Comment seront traitées les périodes de rupture de couvertures (résiliation du contrat santé) ?

2. Relatives au fonctionnement du pool et au pilotage du régime

- Qui participera au pool et quel en sera le fonctionnement et les pouvoirs effectifs ?
- De quelles facultés disposeront les professionnels de l'assurance pour piloter le dispositif, qui se fera "en cohérence avec les pouvoirs publics" ? Quelles seront les réelles possibilités d'ajustement de la garantie et des tarifs, en particulier en cas d'évolution de la grille AGGIR et de la définition des niveaux de dépendance GIR 1 et GIR 2 ?
- Le pilotage du dispositif sera d'autant plus délicat qu'il s'inscrit dans un temps long et qu'il s'agit d'une approche par répartition, financée par une cotisation unique annuelle indépendante de l'âge de l'assuré.
- Quelle sera la politique de gestion technique et financière : indexation / revalorisation / allocation d'actifs ? Quel dispositif sera prévu afin de compenser l'érosion monétaire ?
- Quelles seront les modalités de sortie du pool pour un participant ? suite à l'arrêt du pool ?
- Est-ce que le dispositif ne sera pas confronté à une problématique de concurrence ou d'entente (mêmes garanties et mêmes tarifs proposés par l'ensemble des organismes d'assurance) ?
- Quelle sera la politique de réassurance du pool ?

B. L'intervention possible de la réassurance dans le dispositif

Avertissement : Les paragraphes suivants ont objet de décrire les solutions théoriquement envisageables avec les techniques classiques de réassurance, sans préjuger des choix effectués par chaque opérateur et dépendant des politiques de souscription de chacun.

a. Acceptation d'une quote-part du pool de coassurance

Cette acceptation pourrait s'effectuer selon différentes modalités :

- Souscription par le pool de coassurance d'un traité en quote-part auprès d'un ou de plusieurs réassureurs ;
- Constitution d'un pool de coréassurance, auquel participerait des réassureurs ET des assureurs, qui réassureraient à 100% les engagements souscrits par chaque organisme d'assurance distribuant la garantie.

Différence principale entre les deux options :

- dans le 1er cas les organismes d'assurance de base (portant la garanties santé : mutuelles, IP ou assureurs) sont distributeurs d'une garantie assurée par le pool de coassurance.
- dans le 2e cas, tous les organismes sont porteurs du risque et se réassurent à 100% auprès du pool de coréassurance. Libre aux organismes qui le souhaitent de participer à ce pool et donc de conserver du risque.

Techniquement les deux solutions sont équivalentes, mais l'option « pool de coréassurance » aurait l'avantage de placer au même niveau tous les organismes, en particulier dans la gouvernance et le pilotage du dispositif.

Quelle que soit la solution juridique retenue, les réassureurs couvriraient donc à la fois le risque de fréquence et le risque de longévité.

En théorie, du fait de la gestion en répartition très mutualisée le risque de fréquence devrait être très limité, sous réserve d'un pilotage effectif de la garantie et de la faisabilité des remises à niveau tarifaires qui pourraient être nécessaires.

L'aléas principal de ce type de régime est plutôt constitué par le risque de longévité (en dépendance totale, la durée moyenne de versement des rentes est de 2 ans, une augmentation d'un trimestre de cette durée est équivalent à une majoration de 12.5% du risque). C'est cette composante du risque qui devrait être prioritairement réassurée.

b. Cession par le pool du risque longévité seul

1. Les techniques envisageables

- Réassurance proportionnelle en « Prime Unique » (le capital Constitutif de la rente dépendance)
- Swap de longévité : le pool échange des flux aléatoires (les arrérage de rentes pris en charge par les réassureurs) contre des flux certains (le paiement des primes de réassurance)
- Réassurance Non-Proportionnelle : les réassureurs n'intervenant que pour les sinistres dont la durée excédant la priorité du traité (par exemple au-delà de 3 années de maintien en dépendance)

2. Avantages et limites

L'avantage principal est de concentrer l'intervention des réassureurs sur le risque prédominant de ce type de dispositif, la longévité, et donc de répondre à la préoccupation principale des organismes d'assurance.

- Les difficultés sont celles inhérentes aux garanties de tarif, données ou pas, par les réassureurs :
- Pour une génération de sinistres donnée, une fois la « Prime unique » perçue, les réassureurs ne peuvent, par définition, pas revoir les conditions tarifaires ;
- Ils doivent donc avoir la capacité de revoir annuellement ces conditions tarifaires pour les nouvelles générations de sinistres.

c. Autres interventions possibles des réassureurs : études techniques et pilotage du dispositif

Les réassureurs bénéficient d'une double légitimité pour effectuer, pour le compte du pool, les études techniques relatives à la tarification, le provisionnement des engagements et le pilotage du dispositif :

- N'étant pas en relation directe avec les assurés finaux, ni impliqués dans la garantie Santé à laquelle est adossée la garantie Dépendance, les réassureurs ont la capacité de délivrer des avis techniques neutres et objectifs ;
- Les produits Dépendance étant habituellement fortement réassurés, l'expérience et le savoir-faire relatifs au pilotage de ces garanties se situent essentiellement en leur sein.

Conclusion

Le dispositif proposé par France Assureurs et la FNMF présente des atouts indéniables.

Il permet de favoriser une plus grande prise de conscience de la nécessité de se couvrir à la fois collectivement et individuellement contre le risque de perte d'autonomie.

Toutefois, il présente certaines limites, liées essentiellement à son fonctionnement intégralement en répartition.

S'ils le jugent pertinent, les réassureurs pourront intervenir dans le dispositif de différentes façons, à la fois dans la couverture du risque et dans le pilotage du régime.

Le dispositif, tel qu'il est décrit à date, laisse suffisamment de portes ouvertes pour servir de base de discussion avec les pouvoirs publics.

Il convient enfin de rappeler qu'un nouveau chiffrage et une mise à jour des projections financières seront nécessaires avant une éventuelle mise en place.

Annexe 1 : les autres propositions inspirées de ce dispositif

Recommandation du CCSF (Janvier 2024) : « Pour une meilleure protection des personnes dépendantes et de leur famille : Le Contrat Dépendance Solidaire »

Un dispositif de financement de la dépendance reposant sur 3 principes :

1/ Contrat d'assurance obligatoire, GIR 1 et GIR 2

- Adossement automatique aux contrats santé responsables individuels et collectifs
NB : point de différenciation soulevé par FNMF (le dispositif livre blanc n'étant pas totalement obligatoire)
- Mécanisme de réduction en cas de rupture ou interruption temporaire du contrat dépendance

2/ Garanties et grille tarifaire unique qui s'applique tout au long de la vie

- Définition de la dépendance totale unique (GIR 1 et 2), avec mise en œuvre simplifiée car alignée sur le versement de l'APA
NB : point de différenciation soulevé par FNMF (le dispositif livre blanc n'étant pas aligné sur l'APA)
- Grille tarifaire unique tout au long de la vie
- Portabilité des droits

3/ Gouvernance collégiale (partenaires sociaux, associations, assureurs, pouvoirs publics)

- Gestion collective du risque pool de coassurance porteur du risque, pilotage en coordination avec les pouvoirs publics
- En charge d'assurer équité, transparence et équilibre du dispositif
NB : point de différenciation soulevé par FNMF (le dispositif livre blanc favorisant l'aspect technique à l'aspect social) :
- Définir une éventuelle répartition des charges entre acteurs (entreprises, particuliers selon les revenus, Etat employeur, ...)
- Veiller à ce que les grilles tarifaires définies actuariellement et les coûts de gestion soient conformes dans la durée aux objectifs

Avis du CESE (Mars 2024) : « Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements »

Le rapport comporte 9 préconisations sur les besoins de financement et les sources de financement, ainsi que 10 pistes de financement. L'assurance dépendance est la 9ème piste de financement.

Le livre blanc France Assureurs et la recommandation du CCSF sont repris comme base de réflexion :

- Un contrat d'assurance obligatoire, adossé aux contrats complémentaire santé responsables
- Les mêmes garanties pour tous et une grille tarifaire unique
- Une mise en œuvre simplifiée

- Le pilotage du risque de la dépendance
- Une gouvernance collégiale

Le CESE met en avant les travaux complémentaires nécessaires :

- Préciser les conséquences sur le coût des complémentaires santé
- Clarifier le niveau de perte d'autonomie permettant de déclencher une rente
- Etudier l'adéquation entre son rendement et la part éventuelle du reste à charge à couvrir, ou encore l'âge à partir duquel une personne devra cotiser.
- Attention : le caractère obligatoire d'une telle cotisation reste également à évaluer, particulièrement en termes d'acceptabilité.

Conclusion du CESE en l'état actuel des propositions et travaux existants :

- Ressources tirées de la solidarité nationale
- Droits pour l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie
- Respect du principe « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ».

Ce socle public renforcé pourrait être complété par une couverture complémentaire du risque dépendance lourde, se référant à la grille AGGIR, privilégiant les dimensions collectives, par répartition et sans délai de carence, et s'appuyant sur une assiette de cotisations la plus large possible.

Annexe 2 : rappel des niveaux de niveaux de Dépendance selon la grille AGGIR

Tableau - Degrés de dépendance auquel correspond chaque Gir

Gir : Gir : Groupe iso-ressources

Gir 1

Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants

Gir 2

- Soit personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante
- Soit personne dont les fonctions mentales sont altérées, qui est capable de se déplacer, mais qui nécessite une surveillance permanente

Gir 3

Personne ayant conservé tout ou partie de son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels

Gir 4

- Soit personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, mais qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage
- Soit personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas

Gir 5

Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage

Gir 6

Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante