

 **Les  
Essentiels Plus**

# Relever les défis de l'assurance dépendance

Édith Bocquaire

2<sup>e</sup> édition



# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	5
<b>1. La dépendance, définitions et chiffres clés</b> .....	11
Qu'est-ce que la dépendance ?.....	11
Comment mesurer et quantifier la dépendance ?.....	19
<b>2. L'environnement juridique et sa mise en œuvre</b> .....	27
Textes et décisions politiques ou administratives.....	27
Quels sont les bénéficiaires et comment se calcule la prestation ?.....	30
<b>3. La couverture du risque dépendance</b> .....	39
Combien représentent les dépenses publique et privée aujourd'hui?.....	39
Quel rôle peut jouer l'assurance et avec quelle offre ?.....	49
<b>4. Le financement et les équilibres économiques</b> .....	63
Combien coûtera la dépendance aux pouvoirs publics demain ?.....	63
Que provisionneront les assureurs pour le futur ?.....	72
<b>5. La vision européenne</b> .....	85
Quelles réponses apportent nos voisins européens ?.....	85
Quelles orientations retenir ?.....	101
<b>6. Une réforme attendue en France</b> .....	109
Pourquoi faut-il un projet d'envergure ?.....	109
La loi n° 2015-1776 relative à « l'adaptation de la société au vieillissement ».....	110
La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 actant la création de la cinquième branche de la Sécurité sociale.....	118
Quel rôle pour l'assurance privée ?.....	121
<b>Index alphabétique</b> .....	129

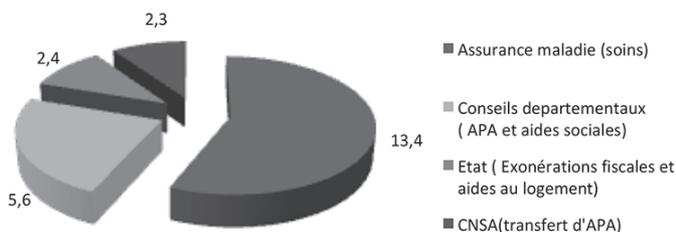
# La couverture du risque dépendance

## 1. Combien représentent les dépenses publique et privée aujourd'hui ?

La dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes peut être évaluée dans son acception la plus large à 23,7 milliards d'euros selon la LFSS 2020 (1,1 point de PIB), soit également le montant 2014 repris dans le rapport Libault de mars 2019. Selon ce rapport, elle se situe à un niveau équivalent à celle de l'OCDE.

Comme nous l'avons vu, elle est prise en charge par de nombreux acteurs, au premier rang desquels se trouvent l'assurance maladie, puis les conseils départementaux et l'État. La CNSA joue un rôle majeur de centralisation des ressources et leur redistribution.

### Ventilation de la dépense publique de dépendance par financeurs publics



Source : Rapport n° 428 4/2019 du Sénat sur le financement de la dépendance, Direction générale du Trésor, année 2018.

Les financeurs publics sont :

- en premier lieu, l'**assurance maladie** : compte tenu de la prévalence renforcée de pathologies et de polyopathologies chez les personnes âgées, la prise en charge de la dépendance se traduit d'abord, en masse financière, par une couverture des dépenses de soins. Cette dernière peut prendre alternativement la forme de remboursement d'actes établis par feuilles de soins ou de forfaits globaux versés à des établissements ou à des services spécialisés. Elles sont financées par des cotisations d'assurance maladie et la Contribution de Solidarité à l'Autonomie (CSA) ;
- les **conseils départementaux** : titulaire d'une compétence financière de droit commun en matière de politique sociale, le conseil départemental s'est progressivement défini comme l'interlocuteur privilégié de la personne âgée en perte d'autonomie. Il intervient à un double titre : en tant qu'acteur public chargé de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et en tant que collectivité responsable de la mise en œuvre des politiques de solidarité. Le conseil départemental sert concurremment, l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), qui prend exclusivement la forme d'une prestation en nature (intervention d'aides humaines ou attribution d'aides techniques), et/ou une aide spécifique aux personnes âgées présentant des difficultés financières ;
- la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** (CNSA), établissement public créé en 2005 et chargé du pilotage et de la gestion des politiques de l'autonomie au niveau national, assure une partie du financement de l'APA sous la forme d'un transfert aux conseils départementaux. ;
- enfin, l'**État** participe indirectement au financement des politiques publiques de dépendance, notamment par le biais d'exonérations fiscales ou d'aides au logement.

Analysons maintenant sa ventilation par nature. La dépense publique se décompose en trois postes principaux :

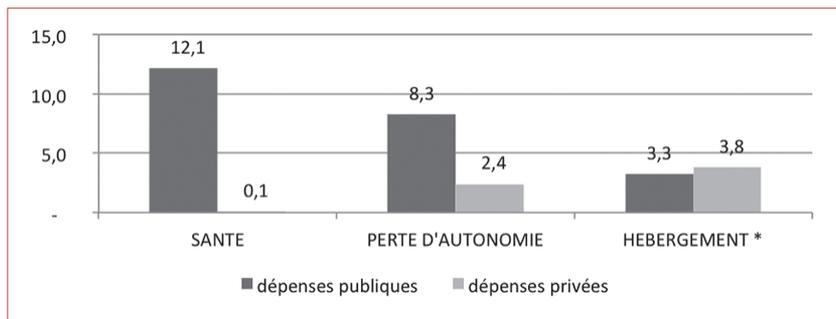
- la santé, qui représente 0,6 point de PIB et 51 % de la dépense publique ;
- la dépendance proprement dite, soit 0,4 point de PIB et 35 % de la dépense publique ;
- l'hébergement, seulement 0,1 point de PIB et 14 % de la dépense publique.

À la dépense publique de 23,7 milliards d'euros, s'ajoutent des dépenses privées ou reste à charge, estimées à 6,3 milliards d'euros, hors dépenses de gîte et de couvert en hébergement.

Insignifiantes sur le poste santé, modérées sur le poste dépendance, les dépenses privées sont particulièrement significatives sur le poste hébergement

où elles pourraient représenter jusqu'à quatre fois la dépense publique si l'on ajoutait les dépenses de gîte et de couvert\*.

### Dépenses publiques et privées de dépendance en milliards d'euros



\* Non compris ici les 4,4 milliards d'euros de gîte et de couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissements, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile. Selon la commission des affaires sociales, sollicitée dans le cadre du rapport n° 428 du Sénat, le reste à charge individuel serait de 208 €/mois pour la perte d'autonomie et de 278 €/mois pour l'hébergement au sens strict.

## 1.1 Les dépenses de santé

Elles sont rassemblées dans l'Objectif Global de Dépenses (OGD), et l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), hospitalier et soins de ville.

Elles représentent pour tous les GIR 12,1 milliards d'euros en 2014, soit 51 % de la dépense publique et 0,6 point de PIB : l'OGD constitue avec 9,4 milliards d'euros, et l'ONDAM avec 2,7 milliards d'euros dont 1 milliard consacrés aux unités de soins de longue durée, les premiers postes de couverture financière de la dépendance.

Les dépenses de santé correspondent à l'ensemble des soins de ville et d'hôpital exposées par les personnes âgées dépendantes, conformément à l'approche retenue par la Cour des comptes. Cette approche ne permet pas d'isoler les dépenses de santé directement liées à la dépendance même si la DREES essaye de disposer de données plus fines.

Lorsqu'elles vivent à domicile, les personnes âgées dépendantes ont des dépenses de santé jusqu'à trois fois plus élevées que celles qui sont autonomes, notamment en raison des soins infirmiers, de kinésithérapie et de certains matériels médicaux. En revanche, elles ont des dépenses plus faibles en soins de spécialistes, dentaires et optiques. Enfin, à niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches de celles de leurs homologues à domicile (DREES, août 2013).

Le médicament est le premier poste de dépenses en soins de ville avec 40 % de la dépense. Cela représente en moyenne par personne de 1 700 € à 2 000 € par an (pour les personnes en Affection de Longue Durée, ALD).

### ► Les dépenses de soins de ville à domicile\*

Les personnes âgées les plus dépendantes sont aussi le plus souvent en ALD. En effet, à domicile, 90 % des personnes en GIR 1-2 sont en ALD contre 35 % des personnes en GIR 6.

En moyenne, à niveau de dépendance donné, les personnes avec ALD ont une dépense de soins de ville deux fois plus élevée que les personnes sans ALD. Par ailleurs, parmi les personnes avec ALD, les dépenses de santé augmentent avec le niveau de dépendance : elles s'élèvent en moyenne à 9 400 € par an et par personne pour les soins de ville en GIR 1-2 contre 3 500 € en GIR 6. Il faut noter cependant que ces chiffres sont des dépenses moyennes, toutes ALD confondues, alors que le poids des différentes ALD diffère selon le niveau de dépendance.

En particulier, les dépenses en actes de soins infirmiers (AIS), soins de masseur-kinésithérapeute, transport et matériel médical deviennent prépondérantes chez les plus dépendants, puisqu'elles représentent 6 000 € par an pour les GIR 1 et 2, contre 500 € en GIR 6. À l'opposé, les dépenses en spécialistes, dentaire et optique s'amenuisent à mesure que le niveau de dépendance augmente. Les autres soins (généralistes, médicaments, biologie et actes médicaux infirmiers (AMI)) ne dépendent pas directement du niveau de dépendance, mais plutôt du fait d'être en affection de longue durée.

Par ailleurs, une fois pris en compte le niveau de dépendance et la présence d'ALD, les dépenses ne dépendent plus de l'âge ni du sexe des personnes âgées.

### ► Les dépenses de soins en institution\*

En institution, les dépenses de santé sont importantes pour tous les GIR et proches des dépenses des personnes à domicile.

En établissement pour personnes âgées, la plupart des personnes sont en ALD ; que ce soit en GIR 1 ou 6, plus de trois résidents sur quatre sont en ALD. Les personnes vivant en institution sont en moyenne plus âgées, en plus mauvaise santé et sont plus souvent seules. Par rapport à leurs homologues qui vivent à domicile, les personnes en institution sont aussi plus souvent atteintes de maladies neurologiques ou psychiatriques. En particulier, la prévalence de la maladie d'Alzheimer, à niveau de GIR donné, est bien plus élevée en établissement pour personnes âgées qu'à domicile.

\* DREES, août 2013.

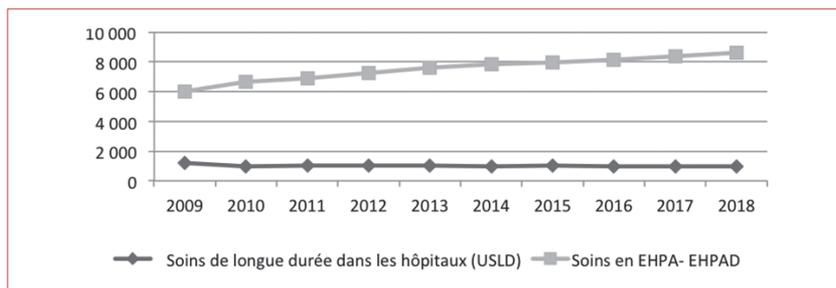
En institution, les dépenses en soins de ville sont proches de 4 000 € quel que soit le niveau de dépendance. Toutefois, ces dépenses ne comprennent pas les soins infirmiers ni une partie du matériel médical, toujours pris en charge par les établissements. Sur un champ comparable, c'est-à-dire une fois exclus ces soins infirmiers et le matériel médical, les dépenses de santé des personnes en institution sont légèrement inférieures à celles des personnes à domicile.

En institution, les dépenses de spécialistes, optique et dentaire décroissent avec le degré de dépendance, au contraire les dépenses de masseurs kinésithérapeutes sont supérieures.

Le montant de l'ensemble des soins de longue durée en établissements est en croissance régulière pour atteindre 11,3 milliards en 2018.

Ce sont les soins en maison de retraite -médicalisées ou non- qui sont prépondérants, les soins en hôpitaux ayant tendance à stagner.

### Évolution des coûts des soins en établissements en milliers d'euros



Source : DREES, Comptes de la santé 2019.

Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante personnes de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD). Cette dépense ne comprend pas les coûts d'hébergement en établissement.

#### • Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD constituent aujourd'hui la majorité des établissements d'accueil pour personnes âgées, et l'expression « maison de retraite » désigne en général ce type de structure. Il existe 7 000 EHPAD, ce qui représente environ de 600 000 places d'hébergement, fin 2017, selon l'INSEE. Les EHPAD sont des établissements médicalisés et ils disposent vingt-quatre heures sur vingt-quatre d'une équipe soignante chargée d'assurer les soins nécessaires à chaque résident en fonction de sa situation personnelle. Un médecin, le médecin coordonnateur, qui peut être un généraliste ou un gériatre, assure la coordination et la formation des différents professionnels intervenant auprès des résidents, afin de garantir la qualité et la continuité des soins.

### • Les services hospitaliers

Les services hospitaliers sont des structures rattachées à un hôpital public ou associatif, ou à une clinique privée. Ils s'adressent aux personnes dont l'état de santé est fortement dégradé. On distingue :

- le court séjour : les unités de gériatrie aiguë ;
- le moyen séjour : les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Les SSR ont pour mission la rééducation, la réadaptation, et la réinsertion des patients. Ils assurent une prise en charge globale qui intègre les dimensions physiques, psychologiques, et sociales du soin. L'entrée en SSR se fait traditionnellement après une hospitalisation en soins de courte durée, mais elle peut parfois intervenir directement à partir du domicile ou d'une maison de retraite. Les SSR sont des structures de moyen séjour ;
- le long séjour : les Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Ces structures accueillent des personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante. Pour être admis dans une USLD, il faut tout d'abord présenter des signes de perte d'autonomie importante (impossibilité de se laver, de se lever, de s'habiller et de se nourrir seul), mais aussi avoir besoin de soins médico-techniques continus. Les USLD sont des structures de long séjour. L'admission a en général lieu à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage en service de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour). Lorsque l'état de la personne âgée ne s'améliore pas ou qu'il se dégrade, au cours de l'hospitalisation ou du passage en moyen séjour, le patient peut être orienté en USLD.

### IMPORTANT

Compte tenu de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé, le ticket modérateur à charge des personnes dépendantes (hors complémentaire santé) est de l'ordre de 10 % en moyenne pour les GIR 1 et 2, de 20 % en GIR 6.

Toutefois, sur les seuls soins de ville (hors hôpital), dispensés à domicile ou en établissements, à niveau de GIR donné, et pour les personnes en ALD, les montants de reste-à-charge avant complémentaires sont similaires en établissements et à domicile. Ils se situent entre 400 € et 700 € par an et par personne, hors soins infirmiers et matériel médical,

### Décomposition de la dépense de soins de ville à domicile

GIR	1 ou 2	3	4 ALD	4 non ALD	5 ALD	5 non ALD	6 ALD	6 non ALD
Remboursée	8 910 €	6 320 €	5 830 €	1 940 €	4 490 €	1 340 €	2 910 €	780 €
Restant à charge	510 €	680 €	720 €	870 €	660 €	810 €	670 €	760 €

## Décomposition de la dépense de soins de ville en institution

GIR	1 ou 2	3	4	5	6
Remboursée	3 720 €	3 460 €	3 330 €	2 850 €	2 790 €
Restant à charge	370 €	530 €	670 €	440 €	560 €

Source : DREES, août 2013. Dépense annuelle de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Base INSEE 2007-2008.

### 1.2 Les dépenses de dépendance

Le poste est constitué principalement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) mais aussi des dispositifs fiscaux et sociaux d'aide à la personne. Cela va des exonérations de cotisations sociales et crédit d'impôt pour les emplois à domicile, aux exonérations de l'impôt sur le revenu de l'APA, exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance dépendance, de crédits d'impôts ou taux réduits de TVA sur équipements ou appareillages, ou services à la personne. En GIR 5 et 6, l'action sociale des départements et de la branche retraite est également significative.

Les exonérations fiscales et sociales ciblées, ainsi que l'action sociale des caisses accompagnent efficacement le dispositif.

Les dépenses de dépendance représentent, en 2014, 8,3 milliards d'euros soit 0,4 point de PIB pour l'ensemble des GIR : l'APA constitue le poste principal de couverture financière, avec 5,5 milliards d'euros, pour 1,3 million de personnes. Les aides fiscales et sociales s'élèvent à 1,9 milliard d'euros et l'action sociale des caisses à 0,9 milliard.

Sur le plan économique, il faut retenir :

- la montée en charge, désormais modérée, du nombre de bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement depuis 2010

### Nombre de bénéficiaires de l'APA

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Domicile	712 675	724 219	730 711	737 776	740 856	747 652	757 526	769 238	776 576	785 320
Etablissement	462 924	478 206	492 578	503 658	510 405	517 384	528 077	541 079	547 320	548 221
Ensemble	1 175 599	1 202 425	1 223 289	1 241 434	1 251 261	1 265 036	1 285 603	1 310 317	1 323 896	1 333 541

Source : DREES, enquête aide sociale séries longues, nombre de bénéficiaires payés au mois de décembre.

- une relative stabilité dans la répartition des bénéficiaires entre les 4 niveaux de dépendance depuis 2010, avec un poids des GIR 1 et 2 proche de 60 % en établissements. Cela vient en grande partie du fait que les auto-

rités de tutelle exercent un contrôle renforcé sur les évaluations GIR 1 et GIR 2 et qu'elles peuvent reclasser les personnes en GIR plus élevé ;

### Répartition des bénéficiaires de l'APA par degré de dépendance (en %)

Domicile	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
GIR 1	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
GIR 2	18%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%	17%
GIR 3	22%	22%	22%	22%	22%	22%	22%	22%	22%	22%
GIR 4	58%	58%	58%	58%	59%	59%	58%	58%	58%	58%
GIR 5&6*	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%

Établissement	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
GIR 1	19%	19%	18%	18%	18%	18%	16%	16%	15%	15%
GIR 2	41%	40%	41%	41%	41%	41%	42%	43%	43%	44%
GIR 3	17%	18%	17%	17%	17%	18%	17%	17%	18%	18%
GIR 4	23%	22%	23%	23%	23%	23%	23%	23%	24%	23%
GIR 5&6*	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : DREES, Enquête Aide sociale séries longues. Nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR, payés au titre du mois de décembre.

- un montant moyen mensuel versé qui augmente légèrement et tend à converger tant pour les dépendants à domicile qu'en établissement.

### Montants moyens mensuels de l'APA, en euros courants

Moyenne mensuelle APA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(p)
à domicile	388	381	380	371	370	364	369	377	380	385
en établissement	351	353	356	361	368	377	376	374	373	376
Ensemble	375	372	373	369	371	370	375	378	379	384

Source : DREES, Enquête aide sociale séries longues. Moyenne reconstituée des dépenses brutes des départements avant déduction des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, des remboursements de participations et de prestations, et des récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires ou de leurs héritiers.

En 2019, le montant moyen versé à une personne dépendante est de 384 € par mois, auquel s'ajoute sa participation.

### Évolution du taux de participation moyen des bénéficiaires en % depuis 2011, tous GIR confondus

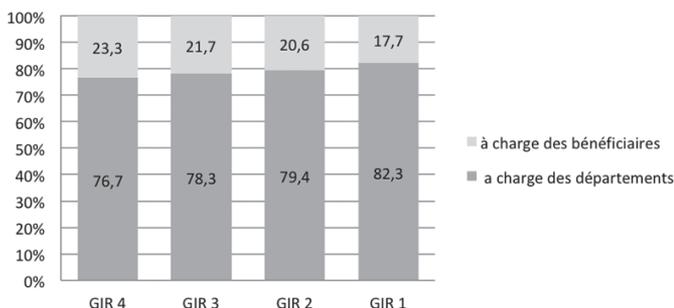
Année	Taux de participation moyen
2011	19,8
2012	20,3
2013	21,5
2014	21,4
2015	22,5
2016	20,6
2017	21,7

Note : Taux moyens pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département. Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), APA à domicile.

Sources : DREES, Enquêtes Aide sociale, 2011 à 2017.

Il est lié au niveau de gravité de la dépendance. Si le montant versé croît avec la gravité de la dépendance, la participation du bénéficiaire décroît comme le montre le graphique ci-après :

### Taux moyen (pour 100) de participation aux dépenses de dépendance



Source : DREES, Enquêtes Aide sociale, année 2017. Graphique reconstitué.

#### ! IMPORTANT

Sur le poste perte d'autonomie, le ticket modérateur moyen à charge des familles se situe au-delà de 20 %.

### 1.3 Les dépenses d'hébergement

Le poste est constitué principalement de l'aide sociale à l'hébergement, de l'aide au logement de la CNAF et de l'investissement de la CNSA.

Les dépenses d'hébergement représentent, en 2014, 3,3 milliards d'euros, soit 0,1 point de PIB : l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) représente l'essentiel avec 1,2 milliard d'euros, financée par les départements. S'y ajoutent les aides au logement et aux établissements pour 1,8 milliard et des réductions d'impôt pour frais d'hébergement pour 0,3 million d'euros. C'est le poste sur lequel les familles interviennent le plus, la dépense privée étant évaluée à 3,8 milliards d'euros, hors des dépenses de gîte et de couvert

#### EX

**Madame Dupont, en GIR 2, fréquente un accueil de jour Alzheimer deux jours par semaine (ouvert de 9 h à 16 h).**

**Le coût mensuel pour deux jours par semaine s'établit à 734 € dont 344 € pour la prise en charge de la dépendance (20,49 € par jour) et de l'hébergement (17,80 € par jour), 153 € pour le transport, 13,17 € par heure pour la prise en charge de l'auxiliaire de vie intervenant en début de matinée avant le départ pour l'accueil de jour (1h30) et au retour de l'accueil de jour (30 minutes) soit dix-huit heures par mois.**

Par ailleurs, le besoin en temps de présence des auxiliaires de vie en dehors des deux jours par semaine d'accueil de jour et en dehors des fins de semaine est de cinquante-quatre heures mensuelles (1h30 le matin + 1h de repas + 1h30 l'après-midi), soit 711 €.

Ainsi l'aide nette reçue par Madame Dupont en GIR 2 (872 €) ne couvre que les deux jours en accueil temporaire et quelques heures d'auxiliaire de vie. Il reste 565 € à la charge de la famille, sans présence d'auxiliaire de vie en fin de semaine.

## CONSEILS

Une personne âgée dépendante, accueillie dans une maison de retraite spécialement adaptée à la perte d'autonomie, doit déboursier chaque mois 1 977 €, (valeur médiane), selon l'analyse de la CNSA pour 2018. Le paiement médian pour la dépendance en maison de retraite est de 20,49 € par jour pour un résident très dépendant (GIR 1-2) et de 5,52 € pour un résident relativement autonome (GIR 5-6).

### Exemple de décomposition du coût moyen d'une journée en maison de retraite



Source : FEHAP, (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne). Pour 100 € de dépense par jour, la charge de la famille varie entre 60 et 65 € par jour.

## ! IMPORTANT

Pour l'hébergement, le ticket modérateur à charge des personnes dépendantes et leur famille se situe en moyenne entre 55 % (en excluant du calcul le gîte et le couvert) et 70 % du coût total.

## 2. Quel rôle peut jouer l'assurance et avec quelle offre ?

En 2019, les sociétés d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance couvraient déjà 7,4 millions de personnes contre le risque de perte d'autonomie en France.

Si plus de la moitié des assurés sont couverts par une mutuelle ou institution, l'essentiel des cotisations est perçu par les sociétés d'assurance.

INDICATEURS (en millions)	Sociétés d'assurance	Mutuelles et institutions	Total
Nombre de têtes assurées*	3,0	4,4**	7,4
Cotisations totales	670	144	814

\* Source : CTIP FFA FNMF. \*\* dont 0,3 pour les institutions - année 2019.

Les contrats d'assurance dépendance existant depuis une trentaine d'années, les assureurs ont aujourd'hui acquis une expertise et une expérience reconnues. Ils ont ainsi développé une connaissance du risque ainsi que de nombreux services d'assistance à destination des assurés (services à la personne, téléassistance, équipement du logement, aide à la recherche d'une maison de retraite, etc.) et des aidants familiaux.

Selon le rapport du Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Age :

- **pour les contrats distribués par les sociétés d'assurance**, la cotisation mensuelle est de 36 €\* en moyenne par assuré en 2016 pour un contrat individuel et 7 €\* pour un contrat collectif. La rente mensuelle moyenne versée s'élève à 629 €\* en 2016 ;
- **pour les garanties distribuées par les mutuelles** en inclusion d'un contrat santé, la cotisation annuelle varie entre 2 et 12 €\* en moyenne par assuré en 2015. La rente mensuelle moyenne versée s'élève à 250 €\* en 2015 ;
- **pour les contrats à adhésion collective distribués par les institutions**, la cotisation mensuelle varie entre 15 et 35 €\* en moyenne par assuré en 2016. La rente varie selon le montant et la durée de cotisation.

\* HCFEA 12/2017.

# Relever les défis de l'assurance dépendance

## Édith Bocquaire

Économiste et actuaire, elle bénéficie d'une expérience de plus de 30 ans à des postes de direction en assurances de personnes.

Consultante en protection sociale, elle a enseigné à l'ENASS (CNAM) et dispensé des formations en entreprises. Elle est coauteure des *Grands principes de l'actuariat* et du *Droit et pratique Assurances de personnes*.

Avec la contribution, dès la première édition, du cabinet Actuaris (devenu Addactis), cabinet de conseil en actuariat.

Défi majeur dans le monde, l'augmentation de la situation de « dépendance des personnes âgées » liée à l'accroissement de la durée de la vie, peine à trouver des réponses suffisantes et coordonnées des pouvoirs publics des différents pays. Pour autant, de nombreux dispositifs mis en place témoignent de la prise de conscience généralisée des besoins croissants liés au grand âge.

La réflexion en France, si vivante notamment depuis la création de la Prestation spécifique dépendance (PSD) puis de l'Aide personnalisée d'autonomie (APA), traduit la volonté des Pouvoirs publics de répondre efficacement à cette problématique humaine et financière, sans renforcer suffisamment le partenariat avec les acteurs privés.

Néanmoins, les sociétés d'assurances, les mutuelles, les institutions de prévoyance proposent des produits innovants et ont acquis une grande expertise, en individuelle ou collective, mais le développement des contrats est encore limité à ce jour, dans un marché insuffisamment mature.

Au cœur de l'actualité, cet ouvrage a pour objectif d'expliquer et de clarifier les concepts, les enjeux, les expériences réussies hors de l'hexagone, qui sont autant de sources d'innovation pour l'assurance.

ISBN 978 2 35474 394-9



9 782354 743949