

LE MARCHÉ DES SOINS DE LONGUE DURÉE : ASSURANCES PRIVÉES, PUBLIQUES ET AIDE FAMILIALE

Philippe De Donder

Volume 82, numéro 3-4, 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1091768ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1091768ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

De Donder, P. (2015). LE MARCHÉ DES SOINS DE LONGUE DURÉE : ASSURANCES PRIVÉES, PUBLIQUES ET AIDE FAMILIALE. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 82(3-4), 1-22.
<https://doi.org/10.7202/1091768ar>

LE MARCHÉ DES SOINS DE LONGUE DURÉE : ASSURANCES PRIVÉES, PUBLIQUES ET AIDE FAMILIALE*

Philippe De Donder**

Toulouse School of Economics (GREMAQ-CNRS et IDEI)

September 7, 2015

1. Introduction

Un individu qui a besoin de soins de longue durée est qualifié de dépendant. La dépendance est donc une situation de perte d'autonomie, et nous utiliserons les deux termes d'assurance dépendance et autonomie de façon interchangeable dans cet article. La dépendance concerne les personnes qui ont besoin d'aide pour effectuer leurs activités quotidiennes (se lever, se laver, etc.). Cette perte d'autonomie peut être la conséquence d'une maladie (diabète, cancers ou maladies cardiovasculaires,...) ou d'une affection cognitive (maladie d'Alzheimer, etc.).

Les principales caractéristiques de la perte d'autonomie sont les suivantes. Tout d'abord, il s'agit d'un besoin souvent permanent, non-accidentel et majoritairement lié au grand âge. La dépendance diffère en cela de la maladie, de l'invalidité et du handicap. Ensuite, les trois principales sources d'aide en cas de dépendance sont la famille, le marché et l'État. L'aide de la famille est particulièrement

* Ce texte reflète les exposés faits par l'auteur lors du Symposium sur les produits d'assurance en soins de longue durée et maladies graves tenu à l'Université Laval (Québec) le 20 mars 2015, et du 10e colloque des actuaires de Desjardins Assurances, Belœil, 28 mai 2015. L'auteur remercie les organisateurs pour leur hospitalité, ainsi que l'UQAM qui l'hébergeait lors de la rédaction de ce texte, et que la Chaire « Marché des risques et création de valeur » de la Fondation du Risque/SCOR pour son soutien financier. Il reste seul responsable des éventuelles erreurs ou omissions.

** Adresse : Manufacture des Tabacs, 21 allée de Brienne, 31015 Toulouse Cedex 6, France. Téléphone : +33 561 12 86 30.
Courriel : philippe.dedonder@tse-fr.eu

importante, quantitativement et qualitativement. De façon assez surprenante, on observe de par le monde peu d'assurance publique (à opposer à assistance publique), et aussi peu d'assurance privée.

L'objectif de cet article est de faire un tour d'horizon du marché des soins de longue durée. La section 2 passe en revue le problème de la mesure de la dépendance et des prévisions sur son évolution quantitative. Les trois sections suivantes étudient les trois principales sources d'aide, à savoir la famille (section 3), le marché (assurance privée, section 4) et l'État (assurance et assistance publique, section 5). La section 6 conclut.

2. Mesure et prévisions

Le principal problème rencontré ici consiste à passer d'un continuum de degrés d'autonomie à une classification binaire, dans laquelle un individu est déclaré autonome ou pas¹. De par le monde, on utilise pour cela deux échelles principales. Dans l'échelle de Katz (utilisée principalement aux USA), l'individu est déclaré dépendant s'il a besoin d'aide pour au moins 2 des 6 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer (se lever et se coucher), se nourrir, aller aux toilettes, effectuer des déplacements intérieurs). Dans l'échelle AGGIR (utilisée en France), il est dépendant s'il appartient à une parmi quatre catégories, comme par exemple être cloué au lit et avoir des facultés mentales sévèrement affaiblies.

Le risque associé à la dépendance est quantitativement élevé, à la fois en terme de probabilité d'occurrence du dommage et en terme de montants financiers en jeu. Ainsi, Brown et Finkelstein (2009) estiment aux USA que les personnes âgées de 65 ans ont entre 35% et 50% de chances d'utiliser une maison de retraite médicalisée. Hurd, Michaud et Rohwedder (2014) calculent qu'un Américain de 60 ans a plus d'une chance sur deux d'effectuer un séjour en établissement de soins de longue durée. En France, Gallou (2105) rapporte que 41% des personnes qui atteindront l'âge de 60 ans connaîtront au moins une année de dépendance. Pour celles-ci, la durée moyenne de la dépendance est de 4.4 années (3.7 pour les hommes 4.7 pour les femmes). L'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) estime pour le Canada que les chances de pertes d'autonomie sont de une sur dix à l'âge de 55 ans, trois sur dix à 65 ans et cinq sur dix à 75 ans (ACCAP, 2012).

La perte d'autonomie engendre des coûts financiers importants. de Castries (2009) estime que le coût total engendré lors d'une perte sévère d'autonomie est de l'ordre de 35 000€ par personne en France. Ces coûts sont même significativement plus élevés si la personne souffre de démence. Toujours d'après de Castries (2009), le coût annuel moyen d'une maison médicalisée (« nursing home ») aux USA est de \$75,000. Une étude de l'ACCAP (2012) estime que le coût moyen des soins longue durée au niveau individuel s'élève à 5100 \$/mois au Canada.

Ces coûts par individu seront sans doute croissants dans le futur, en raison de la conjonction de la hausse prévisible des coûts médicaux et de la « loi de Baumol » pour les coûts hors santé, dont la productivité – basée sur des services très intensifs en main d'œuvre souvent peu qualifiée – augmente moins vite que dans le reste de l'économie.

Nous reviendrons dans la section 4.2 sur les conséquences de cette double caractéristique (probabilité et montant du dommage élevés) sur le besoin d'assurance autonomie.

2.1 Prévisions des besoins en soins de longue durée

Les prévisions des besoins en soins de longue durée sont intimement liées aux évolutions démographiques. Les démographes s'accordent pour prévoir une augmentation de la proportion de personnes âgées : en Europe, doublement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus et triplement pour les 80 ans et plus d'ici 2060. Le Canada comptera en 2036, 10 à 11 millions de résidents âgés de 65 ans et plus – plus du double des 4.7 millions recensés en 2009 – et leur nombre continuera à augmenter pour atteindre 12 à 15 million d'ici 2061 (Grignon and Bernier, 2012 and Statistique Canada, 2010). La situation est encore plus préoccupante pour le Québec : selon le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie publié en 2013, « le Québec est le deuxième endroit au monde où la population vieillit le plus rapidement : (...) il ne faut que 30 ans pour voir doubler la proportion de personnes de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population. À titre comparatif, il faudra 51 ans au Canada, 59 ans en France et 67 ans en Suède pour atteindre le même résultat. Seul le Japon présente un phénomène plus accéléré que celui du Québec : la proportion de personnes de 65 ans et plus aura doublé dans 18 ans seulement au Japon. »

Pour passer de prévisions démographiques à des prévisions de besoins de dépendance, il convient de faire des prévisions sur les taux de dépendance par âge. On peut contraster deux modèles extrêmes. Le premier, que nous qualifierons de pessimiste, consiste à supposer que la proportion de personnes dépendantes va rester constante à l'avenir à chaque âge. Toute augmentation de l'espérance de vie se traduit donc mécaniquement par une augmentation de l'espérance de vie en situation de dépendance. À l'opposé, le modèle optimiste suppose que la durée de vie sans incapacités reste constante. Il est donc immédiat que le premier modèle prévoit plus de personnes dépendantes à l'avenir que le second. Le modèle optimiste semble mieux correspondre à la situation récente. Ainsi, Cutler, Ghosh, et Landrum (2013) obtiennent que, entre 1991 et 2009, le gain d'espérance de vie sans invalidité (1.6 an) a été supérieur au gain d'espérance de vie (0.7 an) pour les américains âgés de 65 ans. Cambois et al (2008) et Office of National Statistics (2005) ont obtenu des résultats semblables pour la France et le Royaume-Uni, respectivement. Il n'en reste pas moins que même le scénario optimiste prédit une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes. Nous renvoyons également le lecteur à Boisclair et al (2014), qui effectue des projections sur le nombre de personnes dépendantes à partir d'une approche de microsimulation santé pour le Québec.

Le principal constat fait à l'issue de cette section est que le besoin de soins de longue durée est un phénomène quantitativement important, et qui va prendre de l'ampleur dans les décennies à venir, dans la plupart des pays. Il convient donc de se demander qui va répondre à ces demandes accrues : la famille, le marché ou l'État. Pour répondre à cette question, il faut prendre en compte les éventuels effets de substitution, voire d'éviction, entre ces trois formes d'aide. Vu l'importance de l'aide provenant de l'entourage, et notamment de la famille, il est également important d'en comprendre les motivations afin d'anticiper les changements à venir. C'est sur ce point que nous mettons l'accent dans la section suivante.

3. Aide de la famille

L'aide en provenance de la famille est quantitativement très importante. Il convient tout d'abord de rappeler que deux tiers des personnes dépendantes vivent à domicile en France (Gallou, 2015), et près de 80% aux USA (Stone, 2000). Ces personnes reçoivent principalement de l'aide informelle, qui provient essentiellement des enfants, surtout des filles et des belles filles.

Cette aide familiale fait face à quatre défis. Le premier est démographique. Avec la baisse de la natalité qu'a connu l'ensemble des pays développés depuis plusieurs décennies, il y a de plus en plus de personnes âgées qui vivent seules, et qui vivent seules de plus en plus longtemps. Le second défi a trait à la plus grande mobilité géographique des travailleurs, qui signifie que de nombreuses personnes dépendantes ont des enfants très éloignés qui peuvent difficilement les aider quotidiennement. Le troisième défi est lié au marché du travail : le taux de participation des femmes au marché du travail a fortement augmenté depuis quelques décennies, ce qui augmente la contrainte de temps sur celles qui sont les principales sources d'aide informelle. Enfin, on observe également une modification des normes sociales, avec une baisse de la pression sociale sur les enfants pour qu'ils s'occupent de leurs parents qui ont besoin de soins de longue durée. La conjugaison de ces quatre défis fait qu'il n'est pas raisonnable de supposer que la famille a elle seule va pouvoir faire face à l'augmentation prévisible des besoins en soins de longue durée. En outre, il existe une importante hétérogénéité entre personnes dépendantes en termes de disponibilité d'aidants familiaux informels, et l'aide familiale n'est donc pas disponible pour tous.

L'aide de la famille peut prendre deux formes : une aide en temps ou en argent. Dans une étude récente, De Donder et Leroux (2015) se sont penchés sur ces deux types d'aide et sur leurs interactions. A partir d'un modèle analytique, ils obtiennent que les enfants dont la productivité sur le marché du travail est faible offrent du temps, alors que ceux dont la productivité est élevée préfèrent donner de l'argent. En outre, l'aide offerte en temps décroît avec le revenu des enfants (car le coût d'opportunité du temps passé par les enfants auprès de leur parent croît avec leur productivité sur le marché du travail), alors que l'aide financière croît avec le revenu (effet richesse classique). La conséquence de cette non-monotonie de l'aide avec le revenu des enfants est que ce sont les enfants issus de la classe moyenne qui donnent le moins d'aide à leurs parents dépendants. Ces prédictions analytiques confirment et expliquent les résultats empiriques obtenus par Couch *et al.* (1999), Sloan *et al.* (2002) et Zissimopoulos (2001).

Il est important de comprendre la motivation de cette aide par les enfants, car cette motivation détermine en grande partie la résilience de l'aide familiale aux quatre défis décrits plus haut. Cette motivation peut être de trois types. Le premier type est bien sûr l'altruisme pur, où les enfants aident leurs parents par amour, sans rien en attendre en retour. Le second type est l'altruisme forcé, qui se conforme à une norme sociale (explicite ou le plus souvent implicite) qui prescrit une

aide minimale ou moyenne à donner à des parents, sous peine de paraître comme un « mauvais enfant » auprès de la communauté. Le troisième type de motivation à quant à lui des aspects stratégiques, dans lesquels parents et enfants prennent des décisions et anticipent les réactions de l'autre partie, sans que l'amour (filial ou m/paternel) y joue forcément un rôle important.

Les économistes ont beaucoup étudié les aspects stratégiques des relations intra-familiales. Nous passons rapidement en revue deux contributions qui génèrent des conclusions pertinentes pour la compréhension de l'aide familiale dans le domaine des soins de longue durée. La première contribution est celle de Bernheim et al (1985). Leur analyse fait suite à la découverte d'une régularité empirique, celle d'une corrélation positive entre attention portée aux parents et montant des héritages reçus. Ils développent un modèle analytique dans lequel les parents conditionnent l'héritage futur des enfants à une aide apportée en cas de dépendance des parents. Ce modèle a pour but de montrer que de tels jeux au sein des familles sont logiquement consistants, et que de la simple observation d'une aide des enfants on ne peut pas conclure à l'existence d'altruisme pur entre membres de la famille. Cette approche a été très fructueuse et a généré beaucoup d'articles de recherches subséquents. Sa portée est cependant réduite aux systèmes légaux dans lesquels les parents sont libres de déshériter leurs enfants. Ce n'est pas le cas dans les pays de droit civil, dans lesquels la loi prévoit une « part réservataire » minimum que les parents doivent léguer à leurs enfants. Par exemple, en France le code civil stipule que les parents de deux enfants doivent allouer au minimum deux tiers de leur succession à leurs enfants. Ces parents ne sont donc libres de leurs décisions de legs que pour un tiers de leur patrimoine (la « quotité disponible »).

L'approche de Bernheim et al (1985) a cependant reçu peu de validation empirique dans son application aux soins de longue durée. Ainsi, une hypothèse fondamentale de cette approche est que les parents doivent rester suffisamment cognitivement en forme pour réagir aux variations de comportements d'aide de leurs enfants en manipulant les croyances de ces enfants quant à leur héritage futur. Or, une proportion non négligeable des personnes dépendantes le sont en raison de problèmes cognitifs (maladie d'Alzheimer, etc.)². Cette approche génère donc l'hypothèse testable que l'aide des enfants devrait être plus élevée quand les parents dépendants sont en pleine possession de leurs moyens cognitifs. Or, cette hypothèse est rejetée empiriquement par Hoerger et al. (1996) pour les USA, qui ne détectent aucune variation de l'aide familiale apportée en fonction du niveau cognitif des parents.

Un autre aspect potentiellement stratégique des interactions entre enfants et parents dépendants a trait à la localisation des aidants potentiels. Konrad et al. (2002) ont ainsi détecté dans des données allemandes une curieuse régularité empirique, selon laquelle les enfants se localisent à grande distance de leurs parents, sauf un (en fait, le plus souvent, une fille) qui reste à proximité et fournit le cas échéant de l'aide informelle en cas de dépendance des parents. Ce type de comportement peut être rationalisé par des jeux stratégiques au sein de la famille (l'aidant principal conservant par exemple la maison familiale au décès des parents). Observons cependant que cette régularité empirique ne s'observe que dans certains pays, comme l'Allemagne, mais pas dans d'autres (comme le Japon, d'après Kureishi and Wakabayashi (2007)).

Les économistes s'intéressent aux motivations de l'aide familiale car leur compréhension est importante pour prévoir et comprendre les éventuels liens de substitution ou de complémentarité entre formes d'aide. Imaginons par exemple l'introduction d'un programme d'assurance autonomie public. Son impact sur l'aide familiale va dépendre crucialement de la motivation de cette dernière. Si la motivation est l'altruisme pur, on assistera sans doute à une forte diminution de l'aide familiale, dans la mesure où l'assurance publique rend cette dernière moins nécessaire pour maintenir le niveau de bien-être des parents. Si la motivation de l'aide familiale est une norme sociale, son montant sera très peu impacté, du moins à court terme, par l'introduction de l'assurance sociale. En revanche, si les aspects stratégiques motivent l'aide familiale, celle-ci peut augmenter suite à l'introduction d'une assurance sociale, dans la mesure où cette dernière améliore la situation financière des parents dépendants, et donc le montant de l'héritage potentiel pour les aidants.

4. Assurance privée

De façon assez surprenante, on observe relativement peu d'assurance privée portant sur les soins de longue durée de par le monde. Dans une première sous-section, nous passons rapidement en revue les deux principaux marchés nationaux, à savoir les USA et la France. Nous attirons notamment l'attention du lecteur sur la distinction entre contrats individuels et collectifs. Nous passons ensuite en revue sept raisons qui peuvent expliquer pourquoi l'assurance privée est si peu répandue dans le domaine des soins de longue durée.

4.1 Les deux principaux marchés nationaux : les USA et la France³

Les USA et la France représentent les deux plus gros marchés privés d'assurance autonomie. Nous commençons ce bref tour d'horizon par les Etats-Unis.

4.1.1 Les USA

Aux USA, environ 6 millions d'individus sont couverts par une assurance privée dépendance. Les premières assurances y ont été offertes, sous forme de produits autonomes, il y a 30 ans. Les ventes ont atteint un maximum dans les années 1990, car les consommateurs se sont vite rendu compte que les conditions étaient particulièrement attractives. Les assureurs ont alors pris conscience qu'ils sous-estimaient les risques, et notamment l'allongement de l'espérance de vie. Plusieurs assureurs sont sortis du marché, d'autres ont revu leurs primes à la hausse (quand c'était légalement possible). En conséquence, ces contrats sont devenus moins attractifs pour les clients, et on observe une baisse continue des ventes d'assurance soins longue durée.

Les contrats sont souvent caractérisés par le remboursement (d'une partie) des dépenses effectivement encourues. Ce type de formule de remboursement génère un phénomène d'aléa moral *ex post*, car il rentabilise la demande pour des soins formels, là où les personnes dépendantes auraient eu recours à de l'aide informelle en l'absence d'assurance. Les contrats conclus sont traditionnellement des contrats individuels, mais on assiste à une montée en puissance des contrats collectifs (qui couvrent tous les travailleurs d'une entreprise, par exemple). Ces contrats collectifs représentent ainsi 19% des primes en vigueur, mais 34% des assurés. La part de ces contrats parmi les nouveaux adhérents est en augmentation continue, atteignant 44% en 2010. Il semble également exister une réserve importante pour ce marché, dans la mesure où 52% des entreprises consultées lors d'une enquête (voir SCOR (2012)) considèrent positivement la possibilité d'offrir ce type de contrat collectif à leurs employés à l'avenir.

4.1.2 En France (données 2010-13)

La France compte environ 5.5 millions d'assurés, générant environ 500 million € de primes chaque année. Les principaux acteurs du secteur de l'assurance sont les assureurs privés et les acteurs de l'économie sociale (Mutuelles et Instituts de Prévoyance). En termes de primes, le marché est réparti presque également entre ces deux types d'acteurs (55% assureurs privés, 45% économie sociale). Les contrats individuels représentent environ 75% des primes collectées, contre

25% pour les contrats collectifs. Le constat est très différent quand on regarde la répartition en termes d'assurés. Ainsi, les assureurs privés ne comprennent que 25% des adhérents, contre 75% pour l'économie sociale. Tous types d'assureurs confondus, 75% des adhérents sont couverts par un contrat collectif, et 25% par un contrat individuel. On en infère que les contrats collectifs sont beaucoup moins généreux que les contrats individuels souscrits.

Nous passons maintenant en revue les trois types d'assureurs, en commençant par les assureurs privés. Ceux-ci disposent de 1.4 million d'assurés, dont 90% ont souscrit un contrat individuel (10% un contrat collectif). Le principal mode de distribution des contrats individuels est le guichet bancaire, consacrant la montée en puissance des Bancassureurs. Ces contrats représentent environ 300 millions € de primes par an, et 113 millions € prestations versées en 2009. Les mutuelles⁴ représentent 3.6 millions d'assurés et environ 123 millions d'euros de primes annuelles. Les trois quarts de ces primes concernent les contrats collectifs statutaires des fonctionnaires, le reste étant principalement constitué de contrats individuels. La troisième catégorie d'acteurs est constituée d'Instituts de prévoyance⁵. Ces instituts comptent 600 000 assurés, pour environ 117 millions € de primes. Neuf contrats émis sur dix sont des contrats individuels, et seulement 10% des contrats collectifs.

La plupart des contrats servent une rente en cas d'autonomie, qui peut être modulée en fonction du degré de dépendance, et non un remboursement des frais encourus, comme aux USA. Cette formule évite donc les problèmes d'aléa moral *ex post* qui sont très présents aux USA.

Les contrats collectifs ont indéniablement le vent en poupe. Ainsi, les cotisations collectées ont été multipliées par cinq de 2002 à 2011. La France a connu trois vagues de contrats (correspondant aux années 80, 90 et 2000) et les contrats collectifs sont apparus dans les années 90 (deuxième génération) et sont en fort développement depuis. Ces contrats peuvent couvrir toute une branche d'activités (comme la poissonnerie) ou seulement une entreprise (Lafarge, Thalès,...).

Les contrats collectifs peuvent prendre essentiellement trois formes. Ceux avec couvertures viagères maintiennent la garantie quand la personne couverte quitte l'entreprise, moyennant soit le paiement de cotisations à titre individuel, soit la réduction de la rente promise. Un second type de contrat comporte des couvertures en point dépendance. Le fonctionnement est similaire à celui de l'assurance retraite: un individu accumule ainsi des points qui lui donnent droit à une certaine rente en cas de dépendance. Un troisième type de contrat comporte

une couverture annuelle: la prime payée est calculée en fonction du risque encouru chaque année, et le travailleur cesse d'être couvert à la fin de l'année s'il a quitté son employeur.

Les intérêts du contrat collectif sont multiples. D'une part, ils sont obligatoires et ne sont pas soumis à un examen médical, ce qui réduit beaucoup les problèmes d'anti-sélection détaillés ci-dessous. D'autre part, comme ils sont souscrits à des âges peu élevés, ils ne souffrent pas du problème de procrastination mentionné ci-dessous, et les assureurs peuvent offrir un niveau de prime très raisonnable. Nous reviendrons dans la conclusion sur ce type de contrats.

Nous passons maintenant à la description de sept raisons pour lesquelles les assurances privées soins de longue durée sont si peu développées de par le monde.

4.2 Pourquoi si peu d'assurances privées ?

A première vue, il est surprenant qu'on n'observe pas plus d'assurance privée en soins de longue durée. En effet, la dépendance représente le type même d'évènement qui devrait faire l'objet d'une souscription importante d'assurance: un dommage à la probabilité non négligeable et d'un montant potentiellement important (voir section 2). On parle d'ailleurs dans la littérature d'énigme de l'assurance soins longue durée («LTC insurance puzzle»). Avant de passer en revue sept causes possibles, remarquons qu'il existe des liens étroits entre cette énigme et celle du faible développement du marché des annuités dans le cadre des pensions de retraite («annuity puzzle»). Il est d'ailleurs probable que ces deux énigmes aient en commun une partie des causes mentionnées ci-dessous.

4.2.1 Économie comportementale

L'économie comportementale constitue une branche en expansion de la recherche en économie, qui s'éloigne de l'hypothèse habituelle de l'*homo œconomicus* selon laquelle l'être humain est rationnel, calculateur et égoïste, pour étudier les situations dans lesquelles les individus présentent des biais cognitifs. C'est notamment le cas pour l'assurance autonomie, car on sait que beaucoup d'individus sous-estiment le risque de dépendance. Par exemple, Finkelstein et McGarry (2006) comparent les probabilités subjectives d'entrée en maison de santé dans les cinq ans à venir pour des répondants âgés en moyenne de 78 ans avec leurs décisions réelles après cinq ans. Ils obtiennent que la plupart des répondants sous-estiment leur probabilité d'avoir besoin de soins de longue durée.

Cette sous-estimation des risques peut prendre plusieurs formes, avec des conséquences différentes sur la demande d'assurance. De Donder et Leroux (2013) en identifient trois types. Les optimistes sous-estiment leur risque individuel mais forment une estimation correcte du risque moyen dans leur cohorte. Ce phénomène a été souvent identifié et mesuré, dans des domaines aussi divers que le risque automobile ou de divorce. Ces agents achètent peu d'assurance parce qu'ils s'estiment peu concernés par le risque de dépendance, mais ils considèrent que l'assurance est actuariellement équitable. Les myopes sous-estiment non seulement leur risque individuel mais aussi la probabilité moyenne de dépendance dans la population. Ils considèrent donc que l'assurance qui leur est proposée est très chère (car basée sur la véritable probabilité moyenne d'occurrence du dommage), ce qui constitue une seconde raison pour en acheter peu. Enfin, une partie de la population identifie correctement les risques (individuels et moyens) mais procrastine, remettant à plus tard la décision d'acheter de l'assurance. Nous verrons dans la section 5.1 que ces trois types d'erreurs ont également des conséquences très différentes sur la demande d'assurance sociale.

4.2.2 *Anti-sélection*

Dans beaucoup de contextes assurantiels, les assurés ont une meilleure information sur leur probabilité individuelle d'encourir le dommage que l'assureur, qui ne dispose que d'une information agrégée. C'est le problème bien connu de l'anti-sélection. L'assurance soins de longue durée ne fait pas exception. Ainsi, Finkelstein et McGarry (2003) ont montré que les individus qui achètent de tels contrats ont plus de chance de devenir dépendants que les autres. Également, Finkelstein et al (2005) ont identifié que les souscripteurs qui résilient leur contrat d'assurance ont moins de chance de devenir dépendants que les autres. Ces deux observations sont compatibles avec la présence d'anti-sélection sur ce marché, ainsi qu'avec les biais comportementaux mentionnés dans la section précédente, dans la mesure où ce sont les individus avec l'estimation la plus élevée de leur risque (par exemple, ceux qui ne sous-estiment pas un risque élevé) qui achètent l'assurance.

4.2.3 *Aléa moral*

Une autre forme d'information asymétrique entre assuré et assureur concerne les comportements de l'assuré. On parle alors d'aléa moral. Il en existe deux types. L'aléa moral *ex ante* désigne le changement de comportement d'un individu suite à l'achat d'assurance. L'individu étant couvert pour tout ou partie du dommage, il est moins incité à faire un

effort pour en éviter l'apparition. Ce phénomène est peu présent en assurance dépendance. En revanche, l'aléa moral *ex post* y est plus présent. Il s'agit de changements de comportements après l'occurrence du dommage. Il peut s'agir de comportements visant à augmenter la sévérité déclarée de la dépendance (en vue de percevoir une rente plus élevée, par exemple), qui sont rendus possibles par le fait que la dépendance est un phénomène difficile à mesurer avec précision. Plus fréquemment, il s'agit de substitutions entre soins formels et informels. Ainsi, une personne dépendante qui aurait été prise en charge par sa famille en l'absence d'assurance peut opter pour des soins formels si ceux-ci sont remboursés par l'assurance. Nous avons vu que ce type de comportement avait notamment affecté le marché de l'assurance dépendance aux USA, au détriment des assureurs.

4.2.4 Altruisme des aînés

Des parents altruistes envers leurs enfants anticipent la charge qu'ils peuvent représenter pour eux plus tard s'ils devenaient dépendants. Cette anticipation les conduit à protéger leurs enfants en achetant de l'assurance autonomie pour eux-mêmes. Ce phénomène a été étudié par Pauly (1996). En revanche, des parents non altruistes n'achèteront pas d'assurance, mais préféreront utiliser la promesse d'héritage pour obtenir de l'aide de leurs enfants (si ces derniers sont non altruistes), comme l'a montré Norton (2000). L'évidence empirique penche en faveur de la première option. En effet, Courbage et Roudaut (2008) ont montré empiriquement qu'en France, être marié et avoir des enfants rendent l'achat d'assurance soins de long terme plus probable.

4.2.5 Éviction par l'assurance ou l'assistance publique

L'existence d'un programme public de soutien aux personnes dépendantes, qu'il prenne la forme d'assurance (aide conditionnée au paiement préalable d'une cotisation) ou d'assistance (aide non conditionnée à ce paiement, mais souvent soumise à un plafond de ressources) peut, par un effet de substitution, avoir un effet d'éviction sur l'assurance privée. Cet effet a été beaucoup étudié aux USA, où le programme Medicaid finance une partie des soins de longue durée des plus pauvres. Les résultats obtenus sont mitigés. D'un côté, Sloan et Norton (1997) montrent l'existence d'une corrélation négative entre accès à Medicaid et achat d'assurance privée. Brown et Finkelstein (2004) confirment la présence d'un effet d'éviction, et concluent que Medicaid réduit le marché de l'assurance privée de deux tiers environ. En revanche, Brown et al (2006) établissent qu'une augmentation du plafond de ressources annuelles en-dessous duquel un individu peut bénéficier de Medicaid de 10 k\$ n'augmenterait le marché de l'assurance privée que de 1.1%.

L'intensité de la substitution entre programme public et assurance sociale a des conséquences importantes sur le caractère désirable, et la taille optimale, du programme social. On parle parfois de « dilemme du bon samaritain » : en mettant sur pied un programme social généreux, l'État diminue les incitations à se couvrir par soi-même contre le risque de devenir dépendant.

4.2.6 *Coût de l'assurance*

Une des principales raisons du faible taux de pénétration de l'assurance privée autonomie est son prix, considéré comme élevé par beaucoup de consommateurs potentiels. Ainsi, Cutler (1993) a observé que 91 % des non assurés dans son échantillon aux USA trouvaient l'assurance trop chère. Nous avons déjà noté ci-dessus que cette cherté perçue pouvait être due à une sous-estimation du risque (individuel ou moyen) de devenir dépendant. La procrastination mentionnée ci-dessus amène aussi les individus à considérer très tard l'achat d'une telle assurance, ce qui concourt à en augmenter le prix. Le fait que le marché privé soit peu développé augmente l'importance relative des coûts fixes comme les coûts administratifs et de conception des contrats d'assurance, renchérissant le prix et empêchant le développement du marché. Brown & Finkelstein (2004) ont ainsi calculé que le taux de charge, défini comme

$$= 1 - \frac{\text{valeur attendue du bénéfice}}{\text{prime}}$$

pour une assurance achetée à 65 ans aux USA est de 0.18, ce qui cache des différences importantes entre les femmes, pour lesquelles l'assurance est actuariellement neutre, et les hommes pour lesquels le taux de charge atteint 0.44.

4.2.7 *Risque d'escalade ex post du contenu des contrats d'assurance*

Kessler (2007) souligne que la perception du risque de dépendance est assez neuve dans nos sociétés, et déterminée par la perception sociale de ce qu'est l'autonomie. Cette perception est assez vague et amenée à évoluer. Il trace un parallèle avec le handicap : alors que la situation de santé des populations européennes s'améliore, le nombre d'allocations publiques au titre d'un handicap connaît une croissance à deux chiffres. En tant qu'assureur (il est le PDG du réassureur SCOR), il craint beaucoup un glissement similaire pour l'autonomie, où dans le futur « on pourrait considérer qu'avoir des difficultés à prendre un bain constitue une perte d'autonomie à prendre un bain, etc. » Il redoute notamment que, une fois la dépendance bien établie comme défi pour

la société, et une fois un corpus de lois et de décrets la régissant établi, on assiste à une escalade *ex post* du contenu des contrats d'assurance, particulièrement au travers de décisions judiciaires. De telles considérations constituent bien sûr un frein au développement de produits d'assurance autonomie par les assureurs privés. De la même façon, de Castries (PDG de l'assureur français AXA) insiste sur le besoin d'une définition «robuste» de ce qui constituera à l'avenir une perte d'autonomie (de Castries (2009)).

Nous passons maintenant à l'assurance publique.

5. Assurance publique

L'assurance dépendance est parfois considérée comme le «5ème pilier» de l'assurance sociale, après la santé, la famille, le chômage et la retraite. Comme mentionné plus haut, on distingue l'assurance (soumise au paiement préalable d'une cotisation) et l'assistance sociale, qui ne donne pas lieu à une cotisation mais qui est soumise à un plafond de ressources («means-tested»).

L'assurance sociale dépendance est peu répandue. Elle existe dans quelques pays européens, comme la France, l'Allemagne, ou la région flamande en Belgique. Les montants concernés sont généralement assez peu importants. En France, l'Allocation Personnalisée d'autonomie (APA) a pris le relais de la prestation spécifique dépendance en 2002 et offrait fin 2010 une prestation mensuelle moyenne de 495€ à 1.2 million de bénéficiaires. En Flandre également, les montant moyens déboursés par personne dépendantes voisinent les 500€ mensuels. En Allemagne, le programme d'assurance sociale a été introduit en 1995 et est financé par une taxe de 1.7% du salaire. Aux USA, l'assurance santé publique (Medicare) couvre les aspects médicaux, alors que l'assistance (Medicaid) finance les services d'infirmierie pour les individus situés en-dessous d'un plafond de revenus.

On peut légitimement se demander pourquoi ces programmes d'assurance publics sont si peu développés, surtout si on les compare avec leurs homologues en matière de santé ou de retraite. Nul doute que bon nombre d'explications sont communes avec l'assurance privée. Outre les sept raisons mentionnées dans la section précédente, nous aimerions nous concentrer ici sur les raisons propres aux programmes publics. L'économie publique distingue deux types de fondements aux interventions publiques. L'approche positive étudie les processus de décision dans les démocraties, et étudie les caractéristiques des programme publics qui sont choisis à l'issue d'un processus démocratique

(vote direct, élections, marchandage parlementaire, etc.). L'approche normative est plus prescriptive elle étudie les caractéristiques de programmes publics idéaux, qui atteignent au mieux les objectifs explicites qui leur sont fixés, tout en respectant les contraintes (budgétaires, informationnelles, etc.) auxquelles ces programmes font face. Nous passons brièvement en revue ces deux approches.

5.1 L'approche positive

Trois articles récents illustrent cette approche appliquée au soutien politique pour une politique publique d'assurance autonomie. Dans les trois articles, les individus diffèrent en revenus et choisissent démocratiquement le taux de remboursement des dépenses liées à la dépendance, avec un financement par taxation des revenus. Nous avons déjà présenté plus haut (section 4.2.1) l'approche de De Donder et Leroux (2013), dans laquelle les individus peuvent être myopes, pessimistes ou procrastinateurs. Le type de biais influence les caractéristiques du programme social d'équilibre. Les procrastinateurs utilisent le vote sur un système public comme un mécanisme d'engagement, car ils anticipent que sans programme public ils reporteront toujours au lendemain l'acquisition d'assurance privée. Les individus affectés par d'autres types de biais (pessimisme ou myopie) le sont tout autant au moment du vote, et soutiennent donc un programme public de petite taille. La principale différence est que le programme public est obligatoire, et résulte donc en une protection -même faible- de tous les individus, et même de ceux qui sont tellement optimistes/myopes qu'ils n'achèteraient aucune assurance privée même en l'absence d'assurance publique.

Les deux autres articles considèrent que les individus sont rationnels et mettent l'accent sur l'aide de la famille. Dans De Donder et Pestieau (2014), les individus diffèrent en revenu, en probabilité de devenir dépendant et de bénéficier d'une aide familiale le cas échéant. Pour faire face au risque de devoir financer des soins de longue durée, ils peuvent utiliser leur épargne (auto-assurance), l'assurance privée (actuariellement neutre) et l'assurance sociale (re-distributive entre revenus et classes de risque). Dans ce modèle, l'aide familiale diminue particulièrement la demande pour l'assurance privée, et plus partiellement pour l'assurance sociale. La raison en est la présence de redistribution (entre revenus et classes de risque) au sein de l'assurance publique, qui lui garantit un soutien même parmi les individus qui ont une probabilité élevée de bénéficier d'aide familiale. Un mécanisme semblable explique pourquoi l'existence de l'assurance privée ne diminue pas forcément le niveau choisi d'assurance sociale. En effet, les

individus qui achètent de l'assurance privée sont ceux (riches et avec une faible probabilité d'occurrence du dommage) qui souhaitent un niveau faible d'assurance sociale, plus faible que le niveau médian souhaité par les électeurs.

De Donder et Leroux (2015), qui met l'accent sur le fait que l'aide familiale peut prendre la forme de services ou de transferts monétaires, a déjà été introduit dans la section 3. La motivation de l'aide est l'altruisme pur des enfants, et le modèle fait l'impasse sur l'assurance privée. Il identifie deux raisons qui s'opposent à l'introduction d'un programme public. Tout d'abord, les personnes dépendantes ont une préférence pour l'aide informelle de leurs proches plutôt que pour une aide formelle ou en argent, ce qui restreint la demande d'assurance publique parmi les plus pauvres (les plus riches préférant des transferts monétaires directs de la famille). Ensuite, l'effet d'éviction de l'assurance publique sur l'aide familiale rend difficile l'introduction incrémentale d'un programme public, même si un programme public de grande taille, qui assècherait complètement l'aide familiale, pourrait recueillir les voix d'une majorité d'électeurs.

5.2 L'approche normative

La principale question étudiée par cette branche de l'économie publique est la suivante. Supposons que les autorités publiques veuillent redistribuer en faveur des plus défavorisés, mais que les paramètres de productivité des individus ne soient connus que d'eux seuls. Les autorités observent parfaitement les revenus du travail des individus, mais en observant un revenu faible ne peuvent en inférer si l'individu à une productivité faible, ou s'il a choisi de travailler de façon peu intensive. Supposons également que l'État dispose d'un système de taxation et de transferts optimisé en vue d'atteindre le niveau de redistribution optimum souhaité dans ce contexte, compte tenu des contraintes budgétaires et informationnelles auxquelles il fait face. Dans ce cas, est-ce que le développement d'un système d'assurance sociale qui redistribue entre classes de risques, quand les probabilités individuelles de dommage sont non connues par l'autorité, permet d'améliorer le degré de redistribution dans l'économie? Un théorème célèbre, dû à Anthony Atkinson et Joe Stiglitz, établit (sous certaines hypothèses trop techniques pour être présentées ici) que la réponse n'est positive qu'à condition qu'il existe une corrélation négative entre revenus et risques. Dans ce cas, un programme d'assurance qui bénéficie aux personnes à risque élevé tend en effet à bénéficier aux

pauvres, et relâche les contraintes informationnelles du gouvernement. Cette condition est notamment satisfaite pour l'assurance santé, dans la mesure où les personnes aisées sont en général en meilleure santé que les plus pauvres.

Transposé au cas de l'assurance autonomie, la question empirique à résoudre consiste à déterminer le signe de la corrélation entre revenus et probabilités de dépendance. Cette corrélation est difficile à déterminer, car plusieurs effets de signes opposés coexistent. Si le besoin de soins de longue durée provient d'une maladie chronique, alors la corrélation négative observée pour les soins de santé se généralise à la dépendance. La situation est beaucoup moins claire si l'origine de la dépendance est une affection cognitive. D'un côté, les individus plus aisés ont une espérance de vie plus longue, et la prévalence des maladies cognitives augmente fortement avec l'âge, résultant en une corrélation positive entre risque et revenu. D'un autre côté, il est établi que les affections cognitives apparaissent plus tardivement chez les personnes de catégories socio-professionnelles plus élevées, neutralisant en tout ou en partie l'impact de leur plus grande espérance de vie sur la probabilité de requérir des soins de longue durée. L'effet total est donc ambigu, ce qui signifie que, en l'état actuel des connaissances, il n'existe pas d'argument normatif majeur basé sur la redistribution en faveur de l'introduction d'une assurance dépendance publique.

6. Conclusion

Les évolutions démographiques ne laissent pas de doutes sur le fait que le financement des soins de longue durée est un problème qui va prendre de l'ampleur dans les décennies à venir, dans tous les pays développés. Dans le même temps, plusieurs facteurs (démographiques, mais aussi économiques et sociologiques) tendent à montrer qu'on atteint les limites de ce que la famille peut offrir comme aide. Les besoins accrus devront donc être comblés par un plus grand rôle à la fois des assurances privées et de la puissance publique. Nous venons d'expliquer que les raisons normatives, basées sur la redistribution, en faveur du développement de programmes publics d'assurance sont beaucoup moins convaincantes pour les soins de longue durée que pour les soins de santé. Dans le même temps, l'ensemble des pays développés fait face à une augmentation du coût social des fonds publics, dans un contexte de crise économique et démographique. Il nous paraît donc évident que les assurances privées vont devoir jouer un rôle prépondérant pour faire face à l'augmentation des besoins.

Cela ne signifie pas pour autant que la puissance publique n'ait aucun rôle à jouer dans ce domaine. Au contraire, son intervention pourrait aider à compenser plusieurs des freins au développement du marché privé identifiés dans la section 4.2. Des campagnes d'intervention ciblées et efficaces pourraient aider à lutter contre la sous-estimation par beaucoup d'individus des risques de devenir dépendants. Les problèmes d'anti-sélection et le dilemme du bon samaritain pourraient être amenés en rendant l'assurance (privée) obligatoire, comme dans les domaines de l'assurance automobile ou de l'assurance incendie.

L'expérience menée par Singapour est particulièrement intéressante. Le Ministère de la Santé y a lancé en 2002 un plan d'assurance autonomie national, dénommé ElderShield, qui vise à offrir une couverture de base en gardant les primes à un niveau abordable pour tous, en particulier pour les personnes à faibles revenus. Tous les membres du fonds de retraite obligatoire singapourien qui ont atteint 40 ans ont été automatiquement inclus dans le régime, sauf «opt-out» individuel. Les primes sont prélevées sur le compte de retraite, ce qui contribue à maintenir les coûts à un niveau supportable puisqu'il n'y a pas de sortie d'espèces et que les cotisations sont déductibles des impôts. La couverture offerte est viagère, et les membres ne paient leurs primes que pendant une période limitée (jusqu'à 65 ans). Les primes sont déterminées à l'âge d'entrée et sont nivelées sur l'ensemble de la durée de leur paiement. Le système «d'opt-out» permet de réduire l'anti-sélection et les problèmes d'économie comportementale (procrastination, etc.) alors que le versement de l'assurance en espèces, non liée au remboursement des soins en institution, évite les problèmes d'aléa moral. Alors que le gouvernement a défini l'idée du plan d'assurance national, sa tarification et sa gestion sont pilotées par le secteur privé, en concertation avec le gouvernement. Depuis 2007, les assureurs privés peuvent notamment proposer des «complémentaires ElderShield» consistant en des garanties et des primes supplémentaires au plan ElderShield de base.

Il faut cependant noter que le programme de base offre une rente assez faible en cas de dépendance, ce qui peut convenir à Singapour où moins de 10% des personnes âgées de 80 ans et plus vivent seules. L'adaptation de ce programme aux pays occidentaux dans lesquels la solidarité familiale est moins extensive pourrait requérir d'augmenter les rentes offertes (et donc les primes) et d'offrir des subventions aux personnes les plus pauvres. Une alternative à cette approche est le maintien voire le développement de programmes d'assistance sous condition de revenus familiaux (pour éviter un transfert de ressources vers les enfants en vue de rendre la personne âgée éligible, et pour

faire jouer les solidarités familiales en premier), ou avec recours sur héritage le cas échéant. Les problèmes posés par ces politiques sont bien connus des économistes, et il n'y a pas de raison de croire qu'ils sont insurmontables.

De façon générale, parmi les contrats d'assurance privée, les contrats collectifs cumulent beaucoup d'avantages. Ils sont moins soumis au risque de procrastination que les contrats individuels. Ils sont souscrits dès l'arrivée dans l'entreprise, donc à un âge suffisamment jeune (s'ils sont généralisés) pour que les primes soient faibles. La mutualisation des risques au sein de l'entreprise ou de la branche d'activité évite les problèmes d'anti-sélection. Ils bénéficient d'avantages fiscaux et sociaux qui les rendent plus attractifs à la fois pour les employeurs et les employés. Ils peuvent également être souscrits en compléments d'assurances privées individuelles et des programmes publics. Les politiques publiques devraient donc veiller à favoriser la souscription de contrats de ce type.

RÉFÉRENCES

[1] ACCAP (2012). Améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de longue durée au Canada. Rapport de l'ACCAP sur la politique en matière de soins de longue durée.

[2] Bernheim, B., Shleifer, A. et Summers, L. (1985) The strategic bequest motive, *Journal of Political Economy*, 93(6), 1045-1076.

[3] Boisclair D., Côté-Sergent A., Duclos J-Y, Lekina A., Marchand S. et P-C Michaud (2014), COMPAS: un modèle de microsimulation santé pour le Québec, Cahier de Recherches 14-07 de la Chaire de recherche Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques.

[4] Brown, J., Coe, N., & Finkelstein, A. (2006) Medicaid crowd out of private LTC insurance demand: evidence from the Health and Retirement Survey, NBER WP 12536.

[5] Brown, J. et Finkelstein, A. (2004) The interaction of public and private insurance: Medicaid and the LTC insurance market, NBER WP 10989.

[6] Brown, J.R., et A. Finkelstein (2009) The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence, *Journal of Risk and Insurance*, 76, 5-29.

[7] Cambois, E., Clavel, A., Romieu, I., et Robine, J-M (2008) Trends in disability-free life expectancy at age 65 in France: consistent and diverging patterns according to the underlying disability measure, *European Journal of Ageing*, Vol. 5, No. 4, (December), pp.287-298.

[8] de Castries H. (2009) Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems, *The Geneva Papers*, 34, 24-34.

[9] Couch K., M. Daly et D. Wolf (1999) Time? Money? Both? The Allocation of Resources to Older Parents, *Demography*, 36, 219-232

[10] Courbage, C. et Roudault, N. (2008) Empirical evidence on LTC insurance purchase in France, *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 33, 645-658.

[11] Cutler, D. (1993) Why doesn't the market fully insure Long term care?, NBER WP 4301.

[12] Cutler, D., Ghosh, K., et Landrum, M B. (2013) Evidence for Significant Compression of Morbidity In the Elderly U.S. Population, National Bureau of Economic Research (Cambridge, MA), Working Paper No. 19268, (July).

[13] De Donder Ph. et M.-L. Leroux (2013) Behavioral Biases and Long Term Care Annuities: A Political Economy Approach, *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy (Advances)*, 14 (2).

[14] De Donder Ph. et M-L Leroux (2015) The political choice of social long term care transfers when family gives time and money, TSE WP 2015/569, CESifo WP 2015/5384.

[15] De Donder Ph. et P. Pestieau (2014) Private, social and self insurance for long-term care in the presence of family help, *Journal of Public Economic Theory*, à paraître.

[16] Finkelstein, A. et McGarry, K. (2003) Private information and its effect on market equilibrium: new evidence from LTC market, NBER WP 9957.

[17] Finkelstein, A. et McGarry, K. (2006) Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market, *The American Economic Review*, 96, 938-958.

[18] Finkelstein, A., McGarry, K. et Sufi, A. (2005) Dynamic inefficiencies in insurance markets: evidence from LTC insurance, NBER WP 11039.

[19] Gallou J-C. (2015) La dépendance: les avantages du contrat collectif en entreprise, Association Française des Sociétés d'Assurance. Texte accédé le 2 juin 2015 à <http://www.ffsa.fr>

[20] Grignon M. et N. Bernier (2012) Financing Long-Term Care in Canada, IRPP Study 33, Montréal.

- [21] Hoerger, T.J., Picone, G. et Sloan, F. (1996) Public subsidies, private provision of care and living arrangements, *Review of Economics and Statistics*, 78(3): 428-440.
- [22] Hurd, M., P.-C. Michaud et S. Rohwedder. (2014) The Lifetime Risk of Nursing Home Use dans Wise, D. (dir.), *Discoveries in the Economics of Aging*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, pp.81-113.
- [23] Kessler, D. (2007) The long-term care insurance market, *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice* 33: 33-40.
- [24] Konrad K. A., H. Kunemund, K. E. Lommerud et J. R. Robledo (2002) Geography of the Family, *American Economic Review*, 92(4): 981-998.
- [25] Kureishi, W. et Wakabayashi, M. (2007) Why do First-born Children Live with Parents? – Geography of the Family in Japan, Osaka University, mimeo.
- [26] Norton, E. (2000) Long term care, in A. Cuyler & J. Newhouse (eds.): *Handbook of Health Economics*, Volume 1, chapter 17.
- [27] Office for National Statistics. (2005) Focus on Older People, Department for Work and Pensions, London.
- [28] Pauly, M.V. (1996) Almost optimal social insurance of LTC, in R. Eisen and P. Sloan (Eds): *Long Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*, London, Kluwer, 307-329.
- [29] SCOR Global Life (2012), Assurance Dépendance, Focus. Disponible à http://www.scor.com/images/stories/pdf/library/focus/LIFE_Focus%20LTC%2012.pdf
- [30] Sloan, F., et Norton, E. (1997) Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: evidence from the LTC insurance market, *Journal of Risk and Uncertainty*, 15, 201-219.
- [31] Sloan, F., H. Zhang et J. Wang (2002) Upstream Intergenerational transfers, *Southern Economic Journal*, 69, 363-380.
- [32] Statistique Canada (2010) Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036, Division de la démographie, Cat. 91-520-X. Ottawa
- [33] Stone, R. (2000) Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century, Milbank Memorial Fund, Disponible à http://www.milbank.org/reports/0008stone/LongTermCare_Mech5.pdf
- [34] Zissimopoulos J. (2001) Resource transfers to the elderly: do adult children substitute financial transfers for time transfers?, RAND Working Paper 01-05.

NOTES

1. On distingue aussi parfois la dépendance légère de la dépendance sévère.
2. Gallou (2015) rapporte que les affections neuro-dégénératives ou vasculaires apparentées à Alzheimer sont responsables de 70 % des entrées en institution.
3. Sauf indication contraire, la source de cette section est SCOR (2012).
4. Les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif organisant la solidarité entre leurs membres, et dont les fonds proviennent principalement des cotisations des membres. Elles ont vocation à être sans objet de bénéfice, et ont un rôle avant tout social depuis des décennies. À ce titre, elles font partie de l'économie sociale et solidaire. Source : Wikipedia.
5. Une Institution de prévoyance est, en France, une société qui gère des contrats collectifs d'assurance de personnes couvrant les risques de maladie, incapacité de travail et invalidité, dépendance, décès. Sociétés de personnes, de droit privé, et à but non lucratif, les institutions de prévoyance sont régies par le code de la sécurité sociale et relèvent des directives européennes sur l'assurance. Source : Wikipedia.