

Enseignements des actions de contrôle menées sur l'assurance dépendance

Avec un nombre de personnes ayant perdu leur autonomie qui pourrait atteindre 3 millions en 2030 et 4 millions à l'horizon 2050¹ dans la population française, la dépendance constitue un défi de société majeur des années à venir. La prise en charge financière de la perte d'autonomie est aujourd'hui essentiellement assumée par les pouvoirs publics via le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à près de 1,5 millions de personnes, mais également -dans une moindre mesure- par les garanties dépendance proposées par les assureurs.

Au regard de la vulnérabilité particulière de la population concernée par ces garanties proposées par les assureurs, l'ACPR a examiné, au cours des 3 dernières années, au travers de plusieurs contrôles ainsi qu'une enquête, le fonctionnement d'une quinzaine de contrats d'assurance dépendance (contrats individuels à adhésion facultative couvrant spécifiquement le risque de dépendance et contrats de prévoyance collectifs obligatoires), représentant environ 60% du marché². Ces actions ont permis de dégager plusieurs constats et axes d'amélioration concernant principalement l'information sur le coût de la dépendance et les situations concrètes de dépendance couvertes par le contrat ainsi que les pratiques concernant la date effective de prise en charge, souvent trop tardive.

Principales caractéristiques des contrats

Les contrats d'assurance dépendance prévoient généralement le versement d'une rente mensuelle comprise entre 250 € et 1 000 €, divisée par 2 en cas de dépendance partielle si cette option est souscrite. Le versement d'un capital, le plus souvent compris entre 1 000 et 5 000 € peut également être prévu en complément. Les montants de cotisations observés en 2020 s'échelonnaient de 14 à 60 € mensuels.

L'âge moyen de souscription est de 56 ans et la mise en jeu des garanties intervient en moyenne à l'âge de 76 ans. La durée moyenne de versement des prestations observée, assez courte (2 ans et demi), s'explique par l'état de santé déjà très dégradé des assurés lorsqu'ils commencent à percevoir la rente.

Ces contrats se caractérisent par la présence systématique d'un délai de carence (jusqu'à 3 ans, lorsque la dépendance est due à une maladie neurodégénérative) retardant la prise d'effet des garanties. Si la dépendance survient pendant ce délai, aucune prestation n'est due, le contrat est résilié et les cotisations versées sont remboursées à l'assuré. Un délai de franchise de 90 jours s'applique

¹ Chiffres INSEE 07/20194 : « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 » - Insee Première - 1767

² La majorité des contrats couvraient spécifiquement le risque de dépendance et comportaient une sélection médicale à la souscription.

également, au terme duquel la rente ne sera versée que 3 mois après la reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur.

Des points de vigilance en matière d'information et de conseil

La prise en compte des besoins et des ressources de l'assuré pourrait être améliorée. Bien souvent, aucune question sur les ressources et les besoins de l'assuré en matière de dépendance ni aucune information sur le coût de la prise en charge (ex : coût d'un Ehpad de l'ordre de 2 000 € mensuels) ne sont prévus au moment de la souscription. Le montant susceptible de rester à leur charge après le versement de l'APA, et donc l'impact de la couverture potentielle apportée par le contrat dépendance, ne sont ainsi pas correctement appréhendés par les assurés.

Les situations concrètes de perte d'autonomie couvertes par le contrat doivent être plus clairement exposées. La définition des niveaux de dépendance garantis et leurs modalités d'évaluation varient selon les contrats sans que les situations concrètes de perte d'autonomie couvertes soient toujours clairement expliquées, alors même que les conditions de mise en œuvre des hypothèses de dépendance lourde sont parfois très restrictives dans certains contrats. Trois outils différents d'évaluation de l'état de dépendance sont utilisés : la grille AGGIR (utilisée pour l'octroi de l'A.P.A) qui est normée dans son contenu et sa mise en œuvre, le test d'évaluation cognitif (dit test de Folstein) également normé, et les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ), dont le nombre (4, 5 ou 6 selon les contrats). Or, le contenu et les modalités de mise en œuvre des AVQ ne sont pas toujours correctement explicités dans les contrats : il est par exemple fréquent que le contrat ne précise pas si tous les gestes nécessaires à tel ou tel acte doivent être totalement impossibles pour que l'AVQ soit lui-même considéré comme impossible à réaliser. En outre, les critères ne sont pas normalisés par le marché et peuvent varier donc d'un contrat à l'autre, ce qui rend compliqué pour les clients de les comparer entre eux. Une personne sera, par exemple, considérée comme incapable de s'alimenter uniquement si elle ne peut pas boire seule, alors que dans d'autres contrats, l'incapacité sera admise dès lors qu'elle n'est plus capable de couper ses aliments.

Des pratiques à revoir concernant le déclenchement des garanties

Certains assureurs font débiter leur prise en charge à une date sensiblement postérieure à celle de la survenance effective de l'état de dépendance de l'assuré. Les contrats mentionnent le plus souvent comme date de début du versement de la rente (ou du délai de franchise à l'issue duquel est versé la rente) celle de « *la reconnaissance de l'état de dépendance* » par l'assureur. Cette clause est ambiguë et donne lieu à des pratiques variables selon les assureurs : il s'agira le plus souvent de la date de réception par l'assureur du formulaire médical dûment rempli par le médecin traitant de l'assuré, moins fréquemment de la date de la déclaration de sinistre par l'assuré.

Mais, même différentes, ces pratiques ont pour conséquence commune de différer le versement de la rente à une date postérieure de celle de la survenance effective de la dépendance, alors que le risque assuré et pris en charge par le contrat est l'état de dépendance. C'est donc nécessairement la date d'entrée en dépendance qui doit faire naître le droit à prestations et être retenue comme point de départ du versement de la rente, ou celle du délai de franchise lorsqu'il en est prévu un. Si cette date peut parfois être difficile à identifier précisément, en pratique les éléments, notamment médicaux, du dossier (en cas d'accident, d'hospitalisation ou de placement en institution, voire d'attribution de l'APA) permettent souvent de déterminer de manière objective et précise une date d'entrée en dépendance de l'assuré, qui est antérieure de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, à la date de déclaration du sinistre ou de réception du formulaire et devrait donc primer.

Elles sont en outre préjudiciables aux assurés puisqu'elles minorent la prise en charge en réduisant le montant des prestations versées, alors même que la durée d'indemnisation est généralement très courte (en moyenne 2,5 ans) et que les assurés se trouvent en situation d'extrême vulnérabilité.

[Pour en savoir plus, voir la rediffusion de la conférence de l'ACPR du 5 décembre 2022](#)