



# **L'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance**

juillet 2013

Fabrice AUBERT  
Auditeur au conseil d'État

# Sommaire

	Page
<b>Introduction</b>	3
<b>1. Enjeux de l'assurance dépendance</b>	4
<i>1.1 Un besoin d'assurance déjà caractérisé et destiné à croître</i>	4
<i>1.2 Un décalage entre importance du risque et taux de couverture</i>	5
<b>2. Panorama de l'offre : un paysage très diversifié</b>	7
<i>2.1 Une grande variété de situations contractuelles...</i>	7
<i>2.2 ...mais des garanties dépendance relativement homogènes</i>	8
<b>3. Etat des lieux des pratiques d'information</b>	10
<i>3.1 L'absence de terminologie commune</i>	10
<i>3.2 Plusieurs référentiels pour l'évaluation de la dépendance</i>	10
<i>3.3 Des disparités dans les pratiques de présentation des contrats</i>	12
<b>4. Pistes de travail pour une meilleure information précontractuelle des assurés</b>	14
<i>4.1 Vers des référentiels et un glossaire communs ?</i>	14
<i>4.2 Le fond et la forme : bonnes pratiques de présentation</i>	14
<i>4.3 La piste de la labellisation</i>	15
<i>4.4 L'information des aidants</i>	16
<b>Conclusion</b>	17
<b>Annexe 1 : Echantillon de contrats utilisés</b>	18
<b>Annexe 2 : Détail des prestations répertoriées</b>	19
<b>Annexe 3 : Vocabulaire commun du label « GAD »</b>	20

## Introduction

La dépendance continue d'apparaître comme l'un des risques individuels les moins bien assurés : sur plus de 14 millions de Français de plus de 60 ans<sup>1</sup>, seuls 5,5 millions sont couverts par une assurance dépendance. Si la solidarité nationale permet une mutualisation partielle de ce risque, le taux de prise en charge publique demeure relativement faible. En 2011, le montant moyen des plans d'aides subventionnés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) était de 489 euros par mois avant ticket modérateur<sup>2</sup>, avec un plafond de 1261 euros mensuels, là où le coût moyen d'une dépendance lourde à domicile avoisine 1800 euros par mois et plus de 2300 euros par mois en établissement. Ces moyennes dissimulent entre autre d'importantes disparités, les frais liés à la dépendance totale en milieu urbain pouvant aisément atteindre 3000 euros par mois, soit bien plus que la retraite moyenne de 1200 euros.

A cet égard et en l'état actuel de la prise en charge publique, les assurances privées sont destinées à jouer un rôle fondamental dans la couverture du risque dépendance. Cela d'autant plus que ce risque et sa sinistralité devraient continuer de croître à moyen terme, sous l'influence de divers facteurs démographiques et comportementaux.

Si les garanties dépendance ont fait une timide apparition dans le paysage assurantiel dès le milieu des années 1980 (contrats dits de « 1<sup>ère</sup> génération »), l'offre d'assurance est à présent largement développée et se caractérise par une grande variété de contrats comportant des garanties dépendance. Face à une telle richesse de l'offre, les enjeux de l'information des souscripteurs sont exacerbés, et particulièrement ceux de l'information précontractuelle, donnée avant la conclusion du contrat.

Le présent rapport vise à faire un état des lieux des pratiques d'information précontractuelle des assurés, à en identifier les points forts et les faiblesses et à dégager des pistes de travail pour le secteur. Son objet n'est donc pas de porter un jugement au fond sur les pratiques assurantielles en matière de dépendance, même si une analyse des garanties offertes est consubstantielle à l'évaluation de la qualité de l'information donnée aux assurés.

---

<sup>1</sup> Insee : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=T12F032](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032)

<sup>2</sup> [http://www.aidautonomie.fr/IMG/pdf/Unisson\\_DREES\\_APA\\_resultats\\_au\\_31\\_decembre\\_11.pdf](http://www.aidautonomie.fr/IMG/pdf/Unisson_DREES_APA_resultats_au_31_decembre_11.pdf)

## 1. Enjeux de l'assurance dépendance

### 1.1 Un besoin d'assurance déjà caractérisé et destiné à croître

La notion même de dépendance ne fait pas l'objet d'une définition stable et universellement admise. Il est donc malaisé de mesurer la dépendance. La majeure partie des statistiques publiques élaborées en ce domaine assimilent toutefois la dépendance à l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie, instituée en 2002 et versée par les départements selon des critères qui seront détaillés ultérieurement. Selon cette définition, la France comptait environ 1,15 million de personnes dépendantes en 2010.

Les besoins de couverture de la dépendance sont en outre destinés à croître à moyen terme. Le débat national sur la dépendance de 2011 avait permis d'élaborer des scénarios de croissance de la population dépendante au sens de l'APA, sur la base des projections de population de l'INSEE. Le scénario central est celui d'un doublement du nombre de personnes dépendantes au sens de l'APA d'ici 2060, sous l'influence à la fois de facteurs « micro », dont l'influence est observée à l'échelle des individus, et de facteurs « macro », qui se manifestent à l'échelle de la population.

*Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France métropolitaine (scénario démographique central de l'INSEE)*

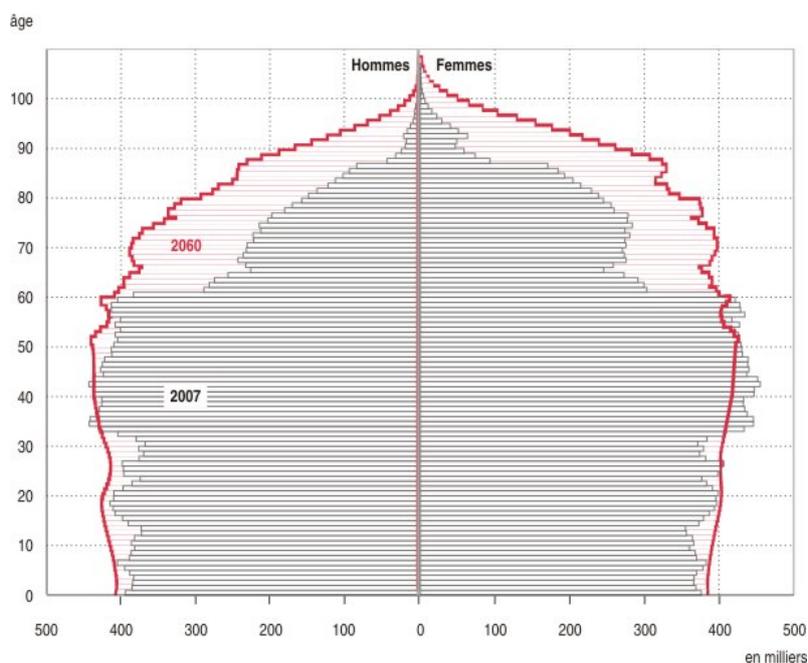
	2010	2030	2060
Hypothèse basse	1 150 000	1 400 000	1 850 000
Hypothèse intermédiaire	1 150 000	1 550 000	2 300 000
Hypothèse haute	1 150 000	1 700 000	2 700 000

Source : DREES pour groupe de travail.

Parmi les facteurs d'accroissement du risque agrégé au niveau de la population, on compte naturellement l'entrée progressive dans le 3<sup>ème</sup> âge des cohortes du baby-boom (c'est-à-dire les personnes nées entre 1945 et 1975<sup>3</sup>). La comparaison réalisée par l'INSEE des pyramides des âges en 2007 et 2060 est édifiante à cet égard : le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait connaître une hausse de 80% sur la période selon l'hypothèse centrale.

---

<sup>3</sup> Définition retenue par l'INED



Parmi les facteurs individuels, on retiendra les incertitudes pesant sur le rapport entre évolutions de l'espérance de vie d'une part, et espérance de vie en bonne santé d'autre part. Certaines études pointent en effet le risque d'un accroissement de l'écart entre les deux et, par suite, le risque d'un allongement de la durée moyenne de la dépendance<sup>4</sup>.

## *1.2 Un décalage entre importance du risque et taux de couverture*

La dépendance représente un coût financier très important pour les familles. Les diverses études disponibles évaluent le coût d'une prise en charge de dépendance lourde à domicile à environ 1 800 euros par mois et celui d'une prise en charge en établissement à 2 300 euros mensuels.

Ces chiffres, importants, sont surtout à rapprocher des montants moyens de l'APA. Au 1<sup>er</sup> avril 2013, les montants maximum des plans d'aide accordés aux bénéficiaires vivant à domicile étaient, en fonction de leur « groupe iso-ressources » (c'est-à-dire de leur niveau de dépendance), de :

- GIR 1 : 1 304,84 € par mois
- GIR 2 : 1 118,43 € par mois
- GIR 3 : 838,83 € par mois
- GIR 4 : 559,22 € par mois

Mais, d'une part, les montants moyens alloués sont substantiellement inférieurs aux plafonds :

- GIR 1 : 997 euros par mois, soit 79 % du plafond
- GIR 2 : 783 euros par mois, soit 72 % du plafond
- GIR 3 : 578 euros par mois, soit 71 % du plafond
- GIR 4 : 346 euros par mois, soit 64 % du plafond

<sup>4</sup> [http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/59166/telechargement\\_fichier\\_fr\\_publi\\_pdf1\\_170.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/59166/telechargement_fichier_fr_publi_pdf1_170.pdf)

D'autre part, il convient d'en défalquer le ticket modérateur, imputé sur les montants alloués en fonction des ressources des bénéficiaires. Au 31 décembre 2011, les montants moyens distribués après soustraction du ticket modérateur étaient de :

- GIR 1 : 748 euros par mois
- GIR 2 : 576 euros par mois
- GIR 3 : 430 euros par mois
- GIR 4 : 263 euros par mois

En conséquence, le reste à charge moyen demeure important lorsqu'il est rapporté au montant moyen des pensions de retraite (1 216 euros bruts par mois en 2010).

Compte tenu de sa prévalence parmi les personnes âgées, la dépendance apparaît donc comme un risque financier considérable, qui n'est que partiellement pris en charge par la solidarité publique.

On s'attendrait en conséquence à observer un important taux d'adhésion à des contrats d'assurance privée. Or 5,5 millions de personnes seulement sont aujourd'hui couvertes, en France, par une garantie dépendance privée (pour, à titre indicatif, 14,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus).

Ainsi qu'il a été dit, l'objet du présent rapport n'est pas de réaliser un bilan de l'attractivité des prestations proposées par les assureurs. Il ressort toutefois des différentes auditions que le relativement faible nombre de contrats conclus peut s'expliquer, outre leur prix, par une sensibilisation insuffisante des Français au coût réel de la dépendance. Le baromètre dépendance 2012 ORCIP-France Info-Le Monde révélait ainsi que si plus de la moitié des personnes interrogées s'estimaient bien informées sur la dépendance, environ 80% avouaient ne pas connaître son coût pour les personnes concernées, ni connaître les modalités de financement publiques existantes. Avant d'aborder les modalités d'information précontractuelle des assurés, il y a donc lieu d'insister sur l'importance d'un travail informatif préalable des Français sur les besoins réels de couverture du risque dépendance.

## 2. Panorama de l'offre : un paysage très diversifié

### 2.1 Une grande variété de situations contractuelles...

Les 5,5 millions de personnes identifiées comme couvertes par une garantie dépendance le sont selon des modalités très variées.

Un travail de recensement réalisé en 2010 par les organismes assureurs permet d'en apprécier la ventilation entre différentes catégories de contrats :

Couverture	Type de garantie	Durée de la garantie	Nb d'assurés (en milliers)
Facultatif	Garantie principale	Viagère	1 156
		Temporaire	
	Garantie optionnelle	Viagère	155
		Temporaire	
	Garantie en inclusion	Viagère	27
		Temporaire	
Obligatoire	Garantie principale	Viagère	600
		Temporaire	20
	Garantie optionnelle	Viagère	
		Temporaire	
	Garantie en inclusion	Viagère	470
		Temporaire	3 056

Source : CTIP

On distingue d'abord les garanties selon qu'elles sont offertes dans le cadre de contrats dont la conclusion est obligatoire ou dans le cadre d'une démarche facultative. Il convient de noter à cet égard que les personnes couvertes de manière obligatoire, c'est-à-dire automatiquement, en raison de leur appartenance à une entreprise ou à une fonction publique, ne sont pas toutes couvertes par des contrats collectifs. En effet, les garanties dépendance offertes à certaines catégories d'agents publics, notamment les enseignants à travers la MGEN, sont consenties à titre individuel.

On distingue ensuite des contrats dont l'objet principal est la garantie dépendance et d'autres au sein desquels le risque dépendance est couvert à titre accessoire, soit en option (la garantie peut être activée à la conclusion ou éventuellement en cours d'exécution contractuelle, par exemple une option permettant d'augmenter une rente retraite en cas de dépendance), soit en inclusion (la garantie dépendance est automatiquement adossée à un autre type de prestations, comme une complémentaire santé).

On distingue enfin les contrats selon qu'ils offrent à l'assurée une garantie viagère, c'est-à-dire acquise sans limite de temps, ou une garantie temporaire – le plus souvent annuelle.

Cette grande variété des situations contractuelles n'est pas sans conséquence en termes d'information des assurés ; notamment :

- l'information relative à la garantie dépendance ne peut avoir la même place selon qu'elle est l'objet principal du contrat ou un accessoire ;
- cette information n'est pas distribuée selon les mêmes modalités dans le cadre d'une couverture individuelle, pour laquelle un professionnel de l'assurance réalise lui-même le travail d'information, et dans le cadre d'une couverture collective, pour laquelle l'employeur joue un rôle d'intermédiaire entre assureur et assuré.

## 2.2 ...mais des garanties dépendance relativement homogènes

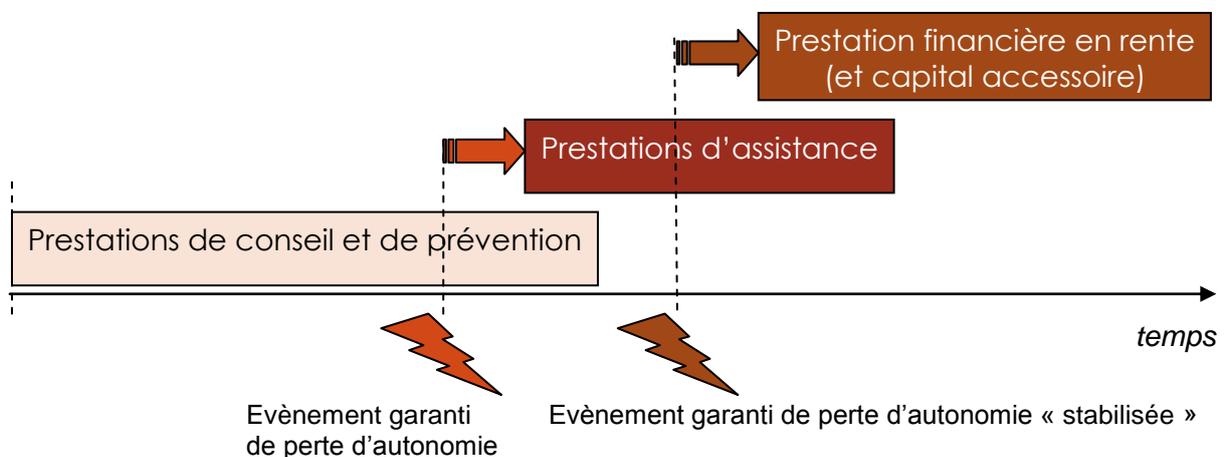
En dépit de la variété des contrats dans lesquels elles s'insèrent, les garanties dépendance proposées sont toutefois relativement homogènes.

Les assurances dépendance comportent généralement quatre grands types de garanties :

- des prestations de conseil et de prévention avant la survenance de l'état de dépendance ;
- des prestations d'assistance activées dès la survenance de l'état de dépendance. Ces prestations sont très diverses mais ciblent généralement la réorganisation de la vie quotidienne de la personne devenue dépendante : prestations de téléassistance, de logistique pour les repas ou la livraison de médicaments, d'aide à domicile et de garde malade, de déménagement, de garde d'animaux ou encore de coiffeur à domicile ;
- le service d'une rente financière dès la stabilisation de l'état de dépendance ;
- des garanties en capital, souvent conçues comme une aide aux investissements nécessaires à l'aménagement du domicile.

On relèvera également l'existence d'assurances dépendance adossées à des contrats d'assurance vie ou autres produits de capitalisation. Le contrat est alors conçu pour permettre la transmission du capital non consommé aux héritiers.

Une présentation plus exhaustive des garanties recensées est présentée en annexe.



Source : CTIP

Les produits d'assurance dépendance sont donc des produits relativement complexes, dont l'articulation interne n'est pas instinctive pour le consommateur. Cela, bien sûr, ne fait que renforcer le besoin d'information avant la conclusion du contrat.

Ces garanties sont la plupart du temps enserrées par un délai de carence, c'est-à-dire une période qui suit l'adhésion, pendant laquelle les garanties ne sont pas actives. Cette période est généralement nulle ou très réduite en ce qui concerne la dépendance résultant d'un accident, d'environ un an en ce qui concerne la dépendance liée à la maladie et peut aller jusqu'à trois ans dans le cas des maladies neurologiques.

Le versement de la rente est également souvent soumis à un délai de franchise, de 30 à 90 jours.

Quant au coût de l'assurance, il est moins homogène que les prestations elles-mêmes, notamment en raison de la variabilité des critères de déclenchement de ces prestations (voir *infra*). A titre tout à fait indicatif, on peut toutefois considérer qu'il est possible de s'assurer 1 000 euros/mois de rente pour la dépendance totale et 500 euros/mois de rente pour la dépendance partielle en cotisant 35 euros/mois à partir de 50 ans, 50 euros/mois à partir de 60 ans, et 75 euros/mois à partir de 70 ans.

### **3. Etat des lieux des pratiques d'information**

A titre liminaire, on indiquera que les constats qui suivent se fondent principalement sur les notices d'information des contrats (c'est-à-dire les conditions générales), dont on sait qu'elles ne sont pas les seuls supports d'information de l'assuré. Internet et la documentation commerciale imprimée sont en effet le véhicule d'une information souvent moins exhaustive, mais aussi plus claire pour le souscripteur.

#### ***3.1 L'absence de terminologie commune***

La définition des termes du contrat est évidemment un enjeu majeur pour l'information des souscripteurs. Les notices d'information des contrats, distribuées conformément aux prescriptions légales des trois codes auxquels sont soumis les organismes assureurs des différentes familles (code des assurances, code de la mutualité et code de la sécurité sociale), comportent donc généralement une partie « glossaire », plus ou moins fournie.

La variabilité du contenu des glossaires et, plus encore, la variabilité des définitions données à des mêmes termes, rend plus complexe la compréhension et la comparabilité des contrats considérés.

Ces différences de définition peuvent concerner des notions centrales pour l'application des garanties et des exclusions comme les termes de « maladie » ou d'« accident ». Ces différences peuvent aussi concerner la désignation des personnes concernées par les clauses du contrat, les notions d'« assuré », de « bénéficiaire » ou de « souscripteur » étant utilisées dans les divers contrats et pouvant recouvrir, selon des modalités différentes, le conjoint, les ascendants, les descendants ou encore des tiers ayant vocation à aider la personne dépendante.

Cette dernière notion d'« aidant » peut, ainsi qu'il sera détaillé *infra*, être elle-même source d'ambiguïté. Dans certains contrats, elle désigne le souscripteur, en situation d'aidant vis-à-vis de ses ascendants ; dans d'autres elle désigne les aidants du souscripteur devenu lui-même dépendant (généralement le conjoint ou les descendants). Certains contrats cumulent même ces deux définitions, alors applicables à des clauses différentes de la convention.

#### ***3.2 Plusieurs référentiels pour l'évaluation de la dépendance***

Au premier rang des différences lexicales, le terme même de « dépendance » ne reçoit pas partout la même acception, faute de définition universellement admise. En conséquence, l'appréciation des degrés de dépendance (légère, partielle ou totale) n'est pas harmonisée entre les contrats.

Les assureurs font ainsi appel à plusieurs référentiels pour la reconnaissance des divers états de dépendance.

Le premier de ces référentiels est la grille AGGIR (« autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources »), utilisée par les conseils généraux pour l'attribution de l'APA. Cette grille standardisée est divisée en six niveaux ou « groupes iso-ressources » de dépendance.

Les deux premiers groupes sont habituellement considérés comme relevant des états de dépendance totale ou lourde. Les GIR 3 et 4 représentent des états de dépendance partielle (le GIR 4 n'étant pas toujours inclus dans cette notion). Le GIR 5 (voire le GIR 4) est représentatif d'une dépendance légère ; le GIR 6 désignant quant à lui l'état d'autonomie complète pour les actes de la vie courante.

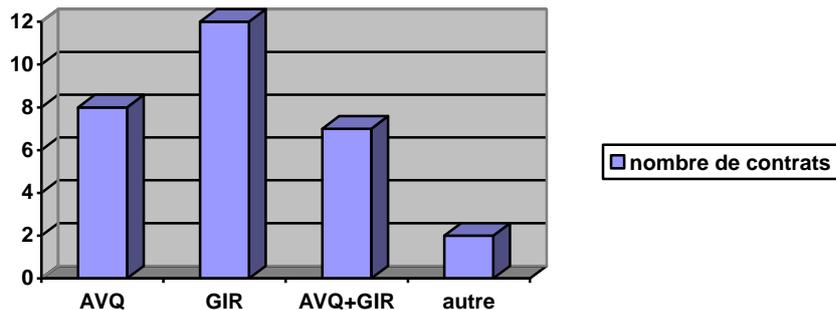
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ou personne en fin de vie</li> </ul>
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente</li> </ul>
Gir 3	Personne ayant conservé 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas</li> </ul>
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

Une proportion significative d'organismes assureurs ont toutefois fait le choix de s'écarter de cette grille, sur laquelle ils n'ont pas directement la main et qui peut faire l'objet d'un maniement variable selon les conseils généraux (l'incertitude qui en résulte étant évidemment une complication supplémentaire pour l'évaluation et la tarification du risque). Ces assureurs ont donc fait le choix de développer leurs propres outils d'évaluation des sinistres : les grilles « AVQ », reposant sur la capacité à réaliser des actes de la vie quotidienne. Ces grilles reposent sur 4 à 6 actes fondamentaux, marqueurs d'autonomie : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement ou encore les transferts (c'est-à-dire la transition entre les positions couché, assis et debout).

Ces grilles étant tournées vers l'évaluation de la dépendance physique, elles sont parfois complétées par des grilles « AIVQ » (activités instrumentales de la vie quotidienne) ciblées

sur la dépendance mentale. Ces activités instrumentales sont habituellement : l'utilisation des transports, le téléphone, la capacité à prendre ses médicaments, la gestion du budget. Enfin, l'identification de la dépendance mentale peut-être prévue par le recours accessoire à des tests psychologiques (test Folstein ou test Blessed par exemple).

Sur un échantillon de 30 contrats identifiés sur une base de données professionnelle (centre de veille premium Profideo), on relève que les utilisations des grilles AGGIR et AVQ sont à peu près équivalentes et qu'une part significative de ces contrats combine les deux types de grilles. Une très faible minorité de contrats recourt à un dispositif d'évaluation *sui generis*.



La dépendance lourde peut ainsi être définie comme l'appartenance aux GIR 1 et 2, aux GIR 1, 2 et 3, sous réserve d'un score donné à un test de capacité mentale, comme l'incapacité à réaliser 3 AVQ/4 ou 5 AVQ/6, ou encore comme l'incapacité à réaliser 3 AVQ/4 et 2 AIVQ/4.

Il ressort des auditions des associations de consommateurs que cette variabilité, qui est encore plus importante en matière de dépendance partielle qu'en matière de dépendance lourde, est l'un des principaux obstacles à la lisibilité et à la comparabilité des garanties par les assurés. Le non-alignement de la définition de la dépendance entre organismes assureurs et conseils généraux, bien qu'utile à l'« assurabilité » du risque de dépendance, est par ailleurs une source d'incompréhension et de frustration pour les assurés : il n'est en effet pas toujours facile d'admettre pour un bénéficiaire de l'APA de n'être pas reconnu comme dépendant par son assureur, et inversement.

### 3.3 Des disparités dans les pratiques de présentation des contrats

Les notices d'information, reprenant les conditions générales contractuelles, sont présentées de façons très variables et présentent des degrés divers de lisibilité.

D'une manière générale, force est de constater qu'une majorité d'organismes assureurs a fourni des efforts de mise en page, de clarté et d'aération de ces documents. Malgré ce satisfecit global, quelques points noirs doivent toutefois être signalés :

- La présentation de certaines notices, dont on peut supposer qu'elles sont heureusement accompagnées de documents commerciaux plus ergonomiques, est dissuasive : polices typographiques minuscules, texte de couleur claire sur fond blanc, absence totale d'aération...
- La plupart des organismes assureurs font l'effort de mettre en exergue les exclusions de garanties (par exemple les états de dépendance résultant de comportements à risque

de l'assuré, d'une tentative suicide, d'une guerre ou de la transmutation de l'atome). Mais tous n'incluent pas dans les encadrés réservés à ces exclusions les situations de non-couverture liées par exemple au délai de carence (ce qui n'est pas négligeable dans le cas d'une carence de 3 ans pour les affections neurologiques).

- Il ressort des auditions des associations de consommateurs que les contrats pourraient davantage mettre en avant deux aspects importants de l'exécution contractuelle dans le temps : la revalorisation des cotisations et celle des garanties. S'agissant en particulier de la dynamique des garanties, il est le plus souvent prévu que celles-ci peuvent être revalorisées en fonction des résultats techniques et financiers du contrat. Outre que cette notion, certes limpide pour les assureurs, est relativement obscure pour les souscripteurs, les associations de consommateurs déplorent que les assurés ne soient pas davantage mis en garde contre le risque d'érosion monétaire des rentes promises, qui peut s'avérer très substantielle sur quinze ou vingt ans avec une inflation annuelle moyenne de 2%.

Enfin, la diversité des contrats fait que l'ordre de présentation des clauses concernant l'assurance dépendance est assez variable, ce qui ne nuit pas tant à la lisibilité intrinsèque de ces conventions qu'à leur comparabilité.

## **4. Pistes de travail pour une meilleure information précontractuelle des assurés**

### ***4.1 Vers des référentiels et un glossaire communs ?***

Un premier pas dans le sens d'une meilleure information précontractuelle pourrait être franchi grâce à une harmonisation progressive des notions utilisées dans les contrats d'assurance dépendance.

Une tentative a été réalisée en ce sens par la FFSA avec l'adoption du label « GAD », ouvert aux contrats proposés par les assureurs des trois codes et dont l'un des points clefs est l'adoption d'un vocabulaire commun (voir en annexe). Indépendamment de la question des mérites d'un tel label en matière de garanties, l'adoption d'un glossaire unique par la profession pour la rédaction des contrats d'assurance dépendance, qui ne préjuge *a priori* pas du contenu même de ces contrats, apparaît comme une piste intéressante.

S'il apparaît particulièrement difficile de converger vers une grille d'appréciation unique de l'état de dépendance, notamment en raison du besoin ressenti de conserver une grille AVQ distincte de la grille AGGIR, les organismes assureurs pourraient également engager une démarche d'harmonisation progressive des AVQ pris en compte pour le déclenchement des garanties. Il s'agit également de l'une des composantes du label GAD proposé par la FFSA.

Il pourrait, dans un second temps, en aller de même des outils d'évaluation complémentaires tels que les AIVQ.

### ***4.2 Le fond et la forme : bonnes pratiques de présentation***

Les recommandations qui peuvent être formulées en la matière découlent assez naturellement du constat des quelques carences relevées précédemment.

D'une manière générale, les organismes assureurs pourraient faire porter leurs efforts selon les axes suivants :

- une présentation plus lisible, plus aérée des notices d'information, intégrant le cas échéant des tableaux indicatifs du niveau de la rente servie en fonction de la durée et du montant de la cotisation ;
- une harmonisation de l'ordre de présentation des clauses en vue de renforcer la comparabilité des contrats (selon une démarche d'autorégulation du secteur, qui a par exemple été mise en œuvre avec succès par le secteur bancaire pour la présentation de l'information tarifaire) ;
- une extension au délai de carence de l'effort de mise en avant des exclusions contractuelles, surtout lorsque ce délai est important pour les maladies neurologiques ; de même, le sort des garanties en cas d'arrêt de versement des cotisations (la « valeur de réduction ») pourrait être davantage mis en exergue dans les contrats.
- une explication plus substantielle des conditions de revalorisation des cotisations et des garanties, en explicitant la notion de résultats techniques et financiers et en précisant

éventuellement qu'une telle méthode de revalorisation ne prémunit pas nécessairement l'assuré contre l'érosion monétaire.

#### **4.3 La piste de la labellisation**

Un moyen fréquent de facilitation de l'information du consommateur est le recours à un label, censé représenter à lui seul un certain nombre de standards minimaux satisfaits par le contrat. On peut à cet égard parler de « raccourci » informationnel.

Cette démarche, déjà engagée par la FFSA avec le label GAD dont les neuf points clés sont restitués ci-dessous, ne fait pas l'unanimité, certaines associations de consommateurs ayant émis des doutes sur l'efficacité d'un tel label et certains organismes assureurs ayant exprimé la crainte de voir une telle démarche entraîner une harmonisation des garanties offertes et atténuer, *in fine*, l'innovation et la concurrence en matière d'assurance dépendance.

Il n'en demeure pas moins que la labellisation des contrats, au moins en ce qu'elle permettrait une diffusion des bonnes pratiques d'information des souscripteurs, est un outil dont le développement mérite d'être considéré.

Afin de garantir leur visibilité/notoriété et donc leur efficacité, il est toutefois préférable d'éviter une multiplication des labels au sein d'un même secteur et de favoriser leur attribution par des organes les plus indépendants possibles.



#### **Les 9 points clés du label GAD :**

- ∞ 1 - un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l'expression des garanties ;
- ∞ 2 - une définition commune de la dépendance lourde basée sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ) ;
- ∞ 3 - une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d'une situation définitive de dépendance lourde ;
- ∞ 4 - un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois ;
- ∞ 5 - des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement ;
- ∞ 6 - une absence de sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD préexistante) ;
- ∞ 7 - des actions de prévention ou des prestations d'accompagnement pour l'assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat ;
- ∞ 8 - une information annuelle ;
- ∞ 9 - des conditions de maintien des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations.

Notons que malgré la réserve exprimée au sujet des labels, les associations de consommateurs interrogées seraient favorables à une démarche, plus ambitieuse, de définition par les pouvoirs publics de « contrats responsables » tels qu'ils existent en matière de complémentaire santé, c'est-à-dire adossés à un dispositif d'incitation fiscale.

#### ***4.4 L'information des aidants***

Ainsi qu'il a été dit, deux sens du terme « aidant » coexistent dans les contrats d'assurance : ce mot peut désigner soit l'assuré en tant qu'il aide une autre personne dépendante, soit un tiers qui aidera l'assuré entré en dépendance.

Aucun des contrats étudié au cours de l'élaboration de cette étude ne met toutefois l'accent sur l'importance de l'information des proches au moment de la souscription de la garantie dépendance. Une telle information serait en effet de nature à éviter les situations dans lesquelles les garanties ne sont pas activées malgré l'entrée en dépendance, parce qu'elles ne sont pas connues de l'entourage de l'assuré et qu'il n'est plus lui-même en état d'actionner son assurance.

L'assurance dépendance n'est, en ce domaine, pas réellement comparable à l'assurance décès ou à l'assurance vie – notamment parce que l'entrée en dépendance se fait souvent de façon graduelle. Il apparaîtrait donc disproportionné de recourir à un mécanisme obligatoire de recherche de garanties, par exemple au moment de la demande d'attribution de l'APA. Mais un travail de sensibilisation des assurés sur la nécessité de prévenir les aidants potentiels (le plus souvent le conjoint et les descendants) de l'existence même du contrat pourrait être utilement mené. Ce travail pourrait d'ailleurs être poursuivi en associant ces aidants potentiels à l'information donnée en cours d'exécution du contrat (un tiers désigné par l'assuré pouvant, par exemple, être destinataire de copies de récapitulatifs de garanties).

## **Conclusion**

L'assurance dépendance demeure un produit relativement nouveau dans le paysage assurantiel. Il est donc normal que les pratiques en la matière demeurent relativement éparses. Il s'agit d'autre part d'un risque complexe à assurer et sur lequel le travail de sensibilisation des Français n'est pas terminé. En conséquence, l'assurance dépendance est marquée par une grande variabilité des contrats dans lesquels elle s'insère. Son objet et les garanties proposées sont toutefois suffisamment convergents pour que des premiers enseignements puissent être tirés quant à la qualité de l'information précontractuelle des assurés.

Le premier constat tiré est celui d'un bon niveau global d'exhaustivité et de lisibilité de l'information distribuée. Certaines marges de progression peuvent toutefois être identifiées, en matière d'information sur la définition, le périmètre, le niveau et l'évolution des garanties, en matière de présentation des contrats, de comparabilité ou encore en matière d'information de l'entourage du souscripteur. Ces pistes d'amélioration, qui n'appellent pour la plupart pas d'adaptation lourde des pratiques existantes, pourraient aisément être explorées par les assureurs dans le cadre de travaux ultérieurs du CCSF.

## Annexe 1 : Echantillon de contrats utilisé

<b>Distributeur</b>	<b>Assureur</b>	<b>Nom du contrat</b>
Banque populaire	AG2R	Fructi Safir 2
CIC - Credit mutuel	ACM IARD	Rente vermeil plus
Banque populaire	Assurances Banque populaire	Autonomis
Novalis prévoyance	Etika	Serenilys II
GMMA	Quatrem	GMMA dépendance optimale
Crédit agricole	Predica	Assurance dépendance
CNP	CNP assurances	Trésor autonomie
MMA	MMA	Plan autonomie MMA
AGPM	AGPM	AGPM autonomie
Malakoff Mederic	Saprem	CAP futur autonomie
AG2R La mondiale	Prima	Safir plus revenus
Solly Azar	Serenis vie	Bellavita Dépendance renforcée
Mutex	Mutex	Mutex indépendance services
Mutuelle bleue	CNP assurances	Protection dépendance
Le conservateur	Assurances mutuelles Le conservateur	Sérénité dépendance
Reunica	Groupama	Reunica autonomie
Allianz	AGF vie	AGF libre autonomie
AGF vie	AGF vie	AGF indépendance
AGPM	AGPM	AGPM autonomie
Swisslife	Swisslife prévoyance	Swiss autonomie
AGIPI	Axa	EGARD
Macif	Macif mutualité	Garantie autonomie
LCL	Predica	Cosy
Allianz vie	Allianz vie	Presentalis 2
Altpis	CNP assurances	Garantie dépendance
La Banque postale	CNP assurances	Quiétude autonomie
Caisse d'épargne	CNP assurances	Assistance vie
Gan assurance	Gan assurance	Assurance dépendance
Prefon dépendance	CNP assurances	Prefon dépendance
AGMF prévoyance	AGMF prévoyance	AGMF autonomie complète

Source : Profideo – centre de veille premium

## Annexe 2 : Détail des prestations répertoriées

I. Prestations financières	III. Prestations d'aide à l'aidant
Rente dépendance	Accompagnement social (informations, démarches, constitution de dossiers...)
Capital dépendance	Formation du rôle d'aidant
Capital équipement (avec obligation d'affectation)	Aide à la recherche de fournisseurs pour l'achat du matériel médical et des produits de soins, de structure d'accueil
Capital supplémentaire (Aucune obligation d'affectation)	Aide juridique (à la signature de contrat avec un établissement, en cas de litige lié à la dépendance (achat de matériel médical, prestations sociales...))
Capital fracture	Bilan initial de la situation de dépendance
Capital décès	Bilan d'adaptation du domicile
Capital obsèques	Bilan de suivi de la situation de dépendance
Capital Alzheimer	Assistance psychologique
Garantie hospitalisation	Répit de l'aidant
	Panier de services à la personne
	Garde des animaux domestiques
II. Prestations d'assistance	
Informations générales vie quotidienne, médicales, juridiques, administratives	
Informations spécifiques à l'état de dépendance (démarches à effectuer, établissement à contacter...)	
Téléassistance (recherche, installation du matériel, abonnement...)	
Bilan de prévention mémoire (évaluation des capacités cognitives / mémorisation, dépistage des troubles)	
Soutien de la mémoire (programme avec entraînement, suivi,...)	
Portage de repas	
Livraison de médicaments	
Aide aux déplacements	
Coiffeur à domicile	
Venue d'un proche	
Garde malade	
Aide ménagère	
Garde d'animaux	
Adaptation du domicile (intervention ergothérapeute,...)	
Matériel médical (en complément du régime obligatoire, mutuelles, y compris livraison)	
Départ en établissement spécialisé (Recherche et transport)	
Déménagement de l'assuré (mise en relation, organisation, prise en charge)	

# Annexe 3 : vocabulaire commun du label « GAD »



## LE LABEL GAD ASSURANCE DÉPENDANCE®

### VOCABULAIRE COMMUN DU LABEL

## a

### Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à l'assuré et constituant la cause du dommage corporel.

### Actes élémentaires de la vie quotidienne

Cinq actes élémentaires de la vie quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de dépendance :

#### 1 - Transferts

Passer de chacune des 3 positions debout / assis / couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir.

#### 2 - Déplacement à l'intérieur

Se déplacer en intérieur sur une surface plane.

#### 3 - Alimentation

- Manger des aliments préalablement servis et coupés.
- Boire.



#### 4 - Toilette

- Se laver l'ensemble du corps.
- Assurer l'hygiène de l'élimination.

Satisfaisant ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles.

#### 5 - Habillage

- Mettre les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.
- Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap.

L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne signifie que toutes les actions dans la définition de l'acte doivent être rendues impossibles y compris avec l'utilisation d'aides techniques adaptées.

### Affection de longue durée

Les affections de longue durée sont les affections ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur répondant aux dispositions des articles L 322-1 et suivants du code de la sécurité sociale et de leurs décrets d'application.

### Altération des fonctions cognitives

L'existence d'un déficit cognitif sévère est appréciée par la nécessité de la personne de recourir constamment à la surveillance ou l'incitation d'un tiers pour réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne tels que définis précédemment. L'appréciation du déficit cognitif peut être validée par des tests complémentaires.

### Assistance d'une tierce personne

Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide ménagère, comme les courses ou le ménage.

---

# d

### Délai d'attente

Période démarrant à la date d'effet de l'adhésion/souscription du contrat, parfois appelée délai de carence, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance



## e

### État de santé consolidé

Un état de santé est dit « consolidé » lorsque la réduction des facultés fonctionnelles et cognitives est jugée, en l'état actuel des connaissances médicales, permanente et irréversible (sans possibilité d'amélioration significative).

## i

### Incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne

L'incapacité à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne est avérée lorsque la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte, de manière spontanée (i.e. en dehors de toute incitation extérieure), habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers.

L'incapacité totale et définitive à réaliser un acte élémentaire de la vie quotidienne doit être réputée irréversible au moment de l'évaluation.

## m

### Maladie

Toute altération de l'état de santé de l'assuré d'origine non traumatique constatée par une autorité médicale reconnue.

### Médecin conseil de l'assureur

Le Médecin conseil de l'assureur est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme d'assurance. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.



---

# p

## Prestation de type invalidité à laquelle il est fait référence dans le label

Cette formulation couvre l'une des pensions suivantes :

- Pension d'invalidité civile (versée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé) ou militaire.
- Pension d'inaptitude à l'exercice de la profession.
- Allocation adulte handicapé.
- Pension d'Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

---

# q

## Questionnaire de santé

Questionnaire complémentaire de la proposition d'assurance rempli de bonne foi par la personne à assurer, faisant apparaître tout accident ou maladie à la date de l'adhésion / souscription. Le questionnaire de santé est adressé sous pli confidentiel au Médecin conseil de l'assureur. Il sert de base à l'évaluation du risque.

---

# r

## Rente

Prestation garantie versée périodiquement à l'assuré, tant que son état de dépendance est reconnu et au plus tard jusqu'à son décès.