

# L'assurance dépendance en Israël : quelles leçons pour la France ?

## Sommaire

<b>INTRODUCTION ET PRESENTATION</b>	<b>2</b>
<b>I. Démographie et système de santé</b>	<b>2</b>
<b>II. L'offre dépendance en Israël</b>	<b>4</b>
<b>III. Les facteurs clés du succès</b>	<b>7</b>
<b>IV. Quelles leçons en tirer pour le marché français ?</b>	<b>7</b>
<b>Discussion</b>	<b>10</b>

## **Introduction et présentation**

### **François EWALD**

Bonjour et bienvenue à tous à cette nouvelle session du séminaire du CHEA. Tant de choses ont été dites sur la dépendance qu'il était difficile de trouver un aspect nouveau à aborder, mais l'équipe du CHEA nous présente aujourd'hui un cas très intéressant : Israël.

Pour lancer le débat, nos deux discutants seront Franck PINETTE (Guy Carpenter) et Manuel PLISSON (université Paris Dauphine).

### **Pierre-Alain de MALLERAY**

La France et Israël connaissent deux situations totalement différentes quant à la problématique de la dépendance. Au moment où la réforme attendue connaît un coup d'arrêt en France, le marché israélien de la dépendance apparaît florissant. En outre, environ 4,5 millions de personnes sont assurées en Israël sur une population totale de 7,5 millions : le taux de pénétration (61 %) est sans équivalent dans les autres pays du monde. Par comparaison, 8 % de la population française se trouve couverte.

La situation en Israël s'avère d'autant plus frappante que ce taux de pénétration ne repose ni sur une obligation d'assurance ni sur une incitation fiscale.

Dans le dernier débat sur la dépendance, les différents groupes d'experts se sont déjà intéressés à d'autres pays, aux Etats-Unis notamment. Il s'agit, en effet, du premier marché en termes de taille, mais le taux de pénétration y demeure faible (seuls 2 % des Américains sont couverts). La situation allemande a aussi été examinée, mais il s'agit d'un échec, à la fois sur le plan de l'assurance privée que des prestations publiques. Quant à Singapour, nous avons pu constater un taux de pénétration de 95 %, mais la comparaison est impossible du fait de l'existence d'une obligation d'assurance. Le cas israélien apparaît donc bien original.

## **I. Démographie et système de santé**

### **Séverine SOLLIER**

Israël compte 7,5 millions de personnes, réparties à quasi-égalité entre hommes et femmes. La population israélienne connaît un taux de croissance annuel de 2 %, c'est une population jeune : 28 % des habitants y ont moins de 15 ans et le taux de natalité atteint 3 enfants par femme.

La population israélienne compte beaucoup d'actifs (3 millions de personnes) et un nombre de retraités encore limité. Ce dernier groupe représente actuellement moins de 10 % de la population totale : on compte un retraité pour 6 actifs.

L'intérêt d'Israël pour le sujet de la dépendance réside dans le fait que la population a vieilli à un rythme très rapide entre les années 1950 et 2000 : les plus de 75 ans ont vu leur nombre multiplié par 11 entre 1955 et 2002, alors que la population totale ne voyait son nombre multiplié que par 4. Trois explications principales peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène : la baisse de la fécondité, le recul de la mortalité et l'immigration. De 1948 au début des années 2000, environ 8 % des immigrants étaient âgés d'au moins 65 ans au moment de leur arrivée et 18 % étaient âgés de 45 à 64 ans.

Les projections quant à la population de plus de 60 ans à l'horizon 2050 indiquent qu'Israël rejoindra l'évolution de la France : les plus de 65 ans verront leur nombre augmenter de 10 points entre 2009 et 2050.

Il est important de bien comprendre le système d'assurance maladie israélien car le régime d'assurance dépendance s'est greffé sur celui-ci. Le système d'assurance maladie comporte 3 niveaux :

- **L'assurance maladie de base** : le socle public (le panier santé) correspond aux garanties de base prévues par la loi sur la Santé de 1995. Tout Israélien doit s'inscrire auprès de l'une des 4 caisses d'assurance maladie du pays pour en bénéficier ;
- **L'assurance santé complémentaire** : elle est aussi fournie par les caisses d'assurance maladie, mais elle n'est pas standardisée et les caisses se livrent une certaine concurrence quant aux garanties proposées. Elle est ouverte à tous les membres des caisses moyennant une cotisation mensuelle dont le montant augmente avec l'âge de l'assuré ;
- **L'assurance santé complémentaire privée** (sur-complémentaire) : proposée par des compagnies d'assurance privées, elle couvre, en général, les actes de chirurgie. Les autres options concernent les greffes, les médicaments non couverts par la Sécurité Sociale, les médecines « douces »...

Le système de santé repose sur 4 caisses d'assurance maladie. Ce sont des organismes non lucratifs financés par l'Etat. Depuis la loi de 1995, chaque Israélien doit choisir une caisse et s'y inscrire. Il peut changer de caisse au début de chaque semestre.

L'explication de l'existence de 4 caisses est historique :

- la « **Clalit** » est la caisse la plus ancienne (créée en 1911). 55 % des Israéliens y sont affiliés ;
- la « **Maccabi** » a été créée dans les années 1940. C'est la deuxième du pays en taille. Elle couvre 25 % de la population ;
- la « **Leumit** » a été fondée en 1933 et couvre environ 10 % de la population.
- la « **Meuchedet** » a été créée en 1974. Elle est issue de la fusion de deux caisses plus anciennes. Elle assure, elle aussi, environ 10 % de la population.

**François EWALD**

Pourquoi la répartition est-elle si inégale entre les quatre caisses ?

**Séverine SOLLIER**

Ces caisses n'ont pas été fondées au même moment ni pour les mêmes raisons. Certaines sont très liées, à l'origine, à des mouvements politiques. La Leumit a notamment été créée par l'aile droite du mouvement sioniste et demeure assez marquée politiquement. La plus ancienne – la Clalit – bénéficie de son ancienneté sur le marché.

**II. L'offre dépendance en Israël****Arnaud COHEN**

Nous voudrions ici dresser un panorama de l'offre en matière de dépendance :

- la couverture sociale est le fait du National Insurance Institute. Elle est financée par une taxe sur les salaires et fournit l'intégralité de l'assurance sociale sur la dépendance. Celle-ci comprend deux types de prestations : les heures de service à domicile et les participations aux dépenses, lorsque les personnes sont dans des établissements hospitaliers ;
- la complémentaire et la sur-complémentaire peuvent correspondre à des assurances collectives ou individuelles. Les health funds (caisses d'assurance maladie) permettent d'assurer une couverture complémentaire à partir des assurances maladie.

Initialement, l'assurance dépendance a été initiée, sur les complémentaires et sur-complémentaires, par des tarifications à court terme, s'apparentant plus à de la répartition qu'à de la capitalisation provisionnée. Aujourd'hui, la situation évolue, notamment pour les assurances collectives, vers un financement à plus long terme, qui permet davantage d'anticiper le risque sur l'ensemble de la durée de vie. Ce mouvement est nouveau mais apparaît sur tous les types d'assurance.

Aujourd'hui, la tarification de court terme demeure sur les assurances collectives et celle de long terme sur les assurances individuelles (la garantie est ici viagère).

Le niveau de tarification est compris entre 10 et 150 S (entre 2 et 30 euros) par mois, en fonction des âges et des garanties. L'un des éléments importants est l'évolution de la tarification dans le temps pour les individus.

Pour les assurances collectives, les assureurs peuvent résilier les contrats tous les 5 ans. La garantie n'est donc pas forcément pérenne. Les contrats ne sont pas résiliables dans le cas des assurances individuelles mais, avec l'évolution de la tarification en fonction de l'âge, les assurés peuvent, eux, avoir à résilier le contrat du fait du coût de la garantie.

En fonction des contrats et des garanties, le niveau des prestations peut atteindre 10 000 S (2000 euros) par mois.

La couverture sociale dépendance en Israël trouve son origine dans la loi-cadre de 1988 qui crée la couverture sociale en Israël. Deux éléments clés expliquent le vote de cette loi :

- le vieillissement de la population a alerté les pouvoirs publics (les plus de 65 ans devraient représenter 14 % de la population en 2030) ;
- le souhait politique de développer les services à domicile à la personne.

Aujourd'hui, le chiffre d'affaires du marché croît à hauteur de 20 % par an sur le périmètre complémentaire et sur-complémentaire.

La couverture sociale dépendance comprend :

- l'aide à domicile, par des prestations de service à la personne (9 à 18 heures par semaine, en fonction du niveau de dépendance) ;
- la dépendance en établissement correspond à une participation aux frais d'institution.

L'ensemble des classes d'âge âgées sont couvertes (135 000 bénéficiaires en 2009).

Pour la partie complémentaire, l'assurance-dépendance est complètement calquée sur la base de la complémentaire santé, puisqu'elle est offerte par les caisses d'assurance maladie.

L'assurance privée sur-complémentaire se rajoute au système qui vient d'être présenté. Elle est offerte par des assurances privées.

Précisons que les assurances maladies sont suivies par le ministère de la santé, mais que les assurances dépendance sont régies par le commissaire des assurances.

La partie couverture privée comporte des assurances individuelles et collectives. Pour la partie individuelle, il s'agit de contrats viagers. Les primes augmentent avec l'âge jusque 65 ans et sont nivelées après.

### **Pierre-Alain de MALLERAY**

Ce nivellement à 65 ans n'empêche pas l'existence d'un provisionnement en amont. Si l'assuré cesse de payer ses cotisations, le contrat se poursuit, mais les prestations sont réduites.

### **Arnaud COHEN**

Les garanties se déclenchent si trois actes de la vie quotidienne ne peuvent plus être réalisés. La durée de la prestation est temporaire (4 ans généralement).

Pour les assurances collectives, la tarification est définie à la prime de risque et une révision de tarif est possible tous les 5 ans. Il s'agit d'une tarification collective.

Le niveau de prestation est fonction de l'âge à l'entrée dans le plan.

### **François EWALD**

Que se passe-t-il au bout de quatre ans ?

**Arnaud COHEN**

Les prestations s'arrêtent.

**Vincent FOUCART**

Il s'agit clairement d'une des limites du produit.

**Arnaud COHEN**

Dans les assurances sur-complémentaires, il est possible d'obtenir des garanties au-delà de quatre ans.

**Franck PINETTE**

Sur les contrats collectifs d'une entreprise, la couverture dépendance est-elle, en fait, une couverture invalidité ?

**Arnaud COHEN**

Il existe, en effet, une ressemblance.

Nous nous sommes aussi penchés sur la réglementation. Nombre de textes sont récents et ils cadrent considérablement l'offre privée d'assurances. Les ventes liées (notamment à la complémentaire santé) sont interdites. Depuis 2002, la tarification est nivelée après 65 ans. L'indexation des primes et garanties suit le coût de la vie. La période de couverture est viagère et le seuil minimum de déclenchement est clairement défini.

Pour les polices groupes, la garantie doit être maintenue sur une base individuelle en cas de départ du groupe.

**Une intervenante**

Dans ce cas, les conditions sont-elles pré-déterminées ?

**Arnaud COHEN**

Les conditions devraient normalement être similaires, mais les textes sont encore en cours de discussion.

Une circulaire de 2003 définit les mêmes éléments de déclenchement de la garantie pour tous les contrats. Des évolutions sont actuellement en cours et de nouvelles réglementations sont à venir, notamment sur la tarification.

Pour résumer l'état actuel du marché, je rappellerai que le marché (300 millions d'euros en 2009) croît aujourd'hui de 20 % par an, sur la partie assurance (sur)complémentaire. Les défis concernent le vieillissement de la population et le besoin d'augmenter les tarifications moyennes pour éviter que la prime ne devienne insupportable avec le temps.

### III. Les facteurs clés du succès

#### Vincent FOUCART

Les facteurs sont au nombre de trois :

- **une couverture bien définie et une offre harmonisée** : le rattachement à la couverture complémentaire santé est clairement identifié. De même, l'articulation entre l'offre publique et privée s'avère relativement simple et bien encadrée. La couverture limitée dans le temps favorise également une tarification raisonnable.

Les points positifs concernent aussi la couverture large des risques de perte d'autonomie, le mécanisme de portabilité en cas de sortie d'un schéma d'assurance collective ;

- **un marketing adapté et particulièrement efficace** : celui-ci a permis, en l'espace d'à peine 15 ans, d'équiper les actifs de façon quasi automatique. Le choix d'une tarification très raisonnable a été fait pour avoir la mutualisation la plus large possible ;
- **un environnement favorable** : la conjonction d'un marché concentré en termes d'acteurs et la présence d'un régulateur actif et pragmatique a aussi permis le développement du marché. En outre, c'est le ministère de l'Economie, et non celui de la Santé, qui contrôle les engagements d'assurance dépendance. Rappelons également que la démographie d'Israël a été favorable et qu'une solidarité nationale proportionnée a laissé la place à une assurance privée responsable.

### IV. Quelles leçons en tirer pour le marché français ?

#### Pierre-Alain de MALLERAY

Tout d'abord, il est évident que les deux pays présentent des différences importantes, au niveau du contexte démographique et réglementaire (les assurés français n'ont pas le choix de leur caisse de sécurité et elles ne diffusent pas de produits sur lesquels elles seraient en concurrence). Le nombre d'acteurs des assurances complémentaires est également très différent entre les deux pays. Notons toutefois que les prestations publiques sont à peu près équivalentes en France et en Israël.

#### LECON 1 : une mutualisation large via l'assurance santé

La forte pénétration s'explique essentiellement par l'inclusion dans l'assurance complémentaire santé de l'assurance dépendance avant 2002. Les personnes inscrites ont donc continué à cotiser. La diffusion via les complémentaires santé pourrait également être praticable en France. Elle a

d'ailleurs été utilisée par quelques grandes mutuelles en France, essentiellement dans la fonction publique : c'est notamment le cas de la MGEN en 2010.

Comme en Israël, il serait souhaitable de distinguer la commercialisation, qui peut être faite par des acteurs de santé pure et l'assurance, qui doit être portée par des acteurs spécialisés dans les risques longs.

### **LECON 2 : la standardisation du marché, une forme d'intervention efficace pour le superviseur**

L'innovation ne vient pas seulement du marché, mais de l'interaction entre le superviseur et le marché. Le superviseur a fait preuve d'un fort interventionnisme (en matière de tarification, de revalorisation des primes...). Par contraste, les autorités françaises ne sont quasiment pas intervenues sur le plan normatif. L'expression « assurance dépendance » ne figure d'ailleurs pas dans le Code des assurances. En France, le nombre de débats publics contraste avec l'absence de débouchés concrets, mais un consensus existe quant à un « label » standardisant les garanties.

### **LECON 3 : l'encadrement des sorties de groupe, condition nécessaire pour un développement des contrats collectifs**

Cet aspect est essentiel au succès du dispositif. En France, la loi Evin maintient la protection dans le domaine de la santé. Mais, en matière de prévoyance, aucun maximum de tarification n'a été défini et rien n'encadre les sorties de groupe pour les contrats collectifs dépendance.

### **LECON 4 : les rentes temporaires, une façon de rendre plus abordable la couverture**

La faible proportion des garanties sous forme de rentes viagères en Israël peut être à la fois un point négatif et positif (elle contribue à rendre l'assurance dépendance abordable). Dans le cas français, la quasi-totalité du marché repose sur des rentes viagères. Des rentes temporaires pourraient y être proposées dans une perspective de gestion patrimoniale.

### **LECON 5 : les primes non révisables qui peuvent être source de dérives techniques**

Contrairement à la France, les primes ne sont guère révisables sur le marché israélien. Sans doute est-ce le cas parce qu'il s'agit d'un marché récent. La possibilité de révision n'existe qu'après autorisation préalable du commissaire des assurances.

Notons que le traitement des engagements dépendance dans le cadre de Solvabilité II dépend beaucoup de la révisabilité des primes.

### **LECON 6 : les primes nivelées à partir d'un certain âge, qui font courir un risque de chute.**

Il est positif de ne pouvoir procéder à des augmentations après 65 ans, mais on observe un saut tarifaire important entre 64 et 65 ans. De nombreuses personnes ne peuvent alors suivre le saut

tarifaire. Le commissaire des assurances a lancé une consultation sur ce point, pour tenter de régler ce problème.

Pour conclure, je rappellerai l'explication du commissaire des assurances quant au succès de l'assurance-dépendance en Israël : « *Long term care insurance in Israël got in through the back door !* ».

Nous souhaitons enfin remercier le CHEA et SCOR qui nous ont permis de réaliser cette étude.

**François EWALD**

Je vous remercie pour cet exposé très précis.

## **Discussion**

### **Franck PINETTE**

Durant les 25 ans que j'ai passés dans le domaine de la réassurance, j'ai notamment travaillé sur le marché israélien. Celui-ci innove beaucoup en termes de produits (assurance de transplantation d'organes...) et ce, d'autant plus que les risques de dérapages sont absorbables, au vu du nombre d'habitants.

Quel est aujourd'hui le poids de la réassurance sur le marché israélien de la dépendance ?

### **Vincent FOUCART**

Le taux de cession atteint 25 %, mais on observe un recours systématique à l'expertise des réassureurs qui travaillent sur d'autres pays.

### **Franck PINETTE**

Il me semble que l'offre individuelle est apparue plus tardivement que l'assurance collective.

### **Vincent FOUCART**

En effet. L'offre individuelle est vraiment venue en complément, avec des garanties haut de gamme.

### **François EWALD**

Les prestations offertes sont-elles adaptées aux besoins ?

### **Arnaud COHEN**

Par rapport au marché français, les niveaux de prestations sont beaucoup plus hauts.

### **Franck PINETTE**

Un autre aspect intéressant est la difficulté à estimer la durée de vie des personnes dépendantes. Comme il est délicat de tarifer les rentes viagères, une marge additionnelle est souvent prise.

L'idée de couvrir le risque pendant 5 ans permettrait, en fait, de couvrir la plupart des cas.

**Pierre-Alain de MALLERAY**

Nous avons estimé qu'il s'agissait d'un point plutôt positif et rationnel, mais nous ignorons si une telle proposition est tolérable dans le contexte français.

**Vincent Foucart**

L'avantage d'une période plus courte est de pouvoir proposer davantage de prestations ou un tarif moins élevé.

**Pierre-Alain de MALLERAY**

Le commissaire des assurances a beaucoup insisté sur l'existence d'un débat entre le public et l'industrie sur la question de la tarification. Les *health funds* doivent être capables de servir la population jusqu'à son extinction. Il n'est pas souhaitable d'être sous-tarifé, mais cette option a permis une couverture large dès le début. Un doublement de tarif est actuellement envisagé sur les *health funds*.

**Manuel PLISSON**

Vous disiez que les personnes s'assurant pour une durée limitée, peuvent ensuite recourir à leur capital. Or, en France, ceux qui s'assurent sont justement ceux qui n'ont pas de capital.

Il apparaît vraiment paradoxal qu'un pays avec des caractéristiques n'incitant pas au développement du marché de la dépendance ait atteint un taux de pénétration aussi important. L'exposé apparaît d'autant plus intéressant que le cas d'Israël est très méconnu.

Ce paradoxe m'a amené à m'interroger sur la notion de la dépendance. En France, la notion prend un sens particulier, car elle recouvre le handicap des plus de 60 ans. Or, le produit tel que décrit semble mélanger les handicaps, l'invalidité avant ou après 60 ans. Cette non-séparation entre les produits explique-t-elle en partie le fort taux de pénétration ? Tous produits confondus, le taux de pénétration français ne dépasserait-il pas les 61 % ? La présence de rentes temporaires ne confirme-t-elle pas ce fait ? Le marché israélien n'est-il pas en fait moins mature que le marché français ?

**Séverine SOLLIER**

La prise de conscience générale s'explique par le vieillissement accéléré de la population, avec l'immigration en provenance de Russie. La solidarité familiale dépend aussi fortement de l'origine de la population. La seconde guerre mondiale a décimé certaines familles, laissant certaines personnes très isolées.

Si la question de la confusion entre les notions, la prise en charge de l'invalidité des personnes actives et des personnes âgées ne dépend ni des mêmes budgets ni des mêmes ministères, la distinction est donc bien effective.

**Pierre-Alain de MALLERAY**

En France, pour être éligible aux rentes viagères dépendance, la quasi-totalité des contrats demandent la consolidation de l'Etat et l'impossibilité de retour en arrière, ce qui n'est pas du tout le cas en Israël. On pourrait donc en conclure que les notions se recourent. Cependant, selon les chiffres du commissaire des assurances, la grande majorité des bénéficiaires sont âgés de plus de 70 ans.

Il existe probablement une zone de recouvrement, mais elle n'explique pas à elle seule les 61 %.

**Manuel PLISSON**

Même en France, il est difficile de savoir à partir de quand une personne est réellement assurée contre la dépendance. Par exemple, il n'y a pas de garanties que, dans 20 ans, la MGEN offrira les mêmes garanties. Dans la plupart des contrats collectifs français, la garantie dépendance est secondaire, avec des niveaux de prestation très bas.

**Pierre-Alain de MALLERAY**

Pour Israël, il s'agit bien d'une objection : nous n'avons pas de certitude que les contrats seront reconduits. Il en est de même pour la MGEN en France, mais il existe une confiance dans le système qui fait penser que le système se maintiendra.

**Arnaud COHEN**

Les acteurs israéliens sont en train de faire évoluer les produits et leur pérennité. Ces décisions sont courageuses et il s'avère positif de les prendre lorsque la population est plus jeune.

**Un intervenant**

Les (sur)complémentaires sont elles uniquement proposées par les 4 caisses ?

**Arnaud COHEN**

La partie complémentaire est le fait des quatre assurances-maladie, tandis que la partie assurance sur-complémentaire correspond aux assureurs privés (ils sont une quinzaine).

**Un intervenant (MGEN)**

La MGEN a été plusieurs fois citée : nous avons la volonté d'établir le système de façon pérenne et d'enrichir progressivement nos garanties.

**Un intervenant**

Auriez-vous une idée du taux de chute à 65 ans ?

**Pierre-Alain de MALLERAY**

Je pense que ce chiffre avoisine les 20-25 %. Il était jugé préoccupant par le commissaire.

**Un intervenant**

La transposition de ce schéma en France me paraît impossible au moins pour deux raisons :

- le degré de confiance dans le système et sa pérennité ;
- la sous-tarifcation dans le système israélien.

**Vincent FOUCART**

Nous sommes conscients que les pays sont très différents et il n'est pas question d'importer le système tel quel, mais certains éléments n'en demeurent pas moins intéressants à débattre pour la France.

**François EWALD**

Le fait d'opposer ou non la dépendance et l'invalidité doit être discuté et le problème de définition s'avère intéressant.

Faut-il être actuellement exigeant pour commencer ? Le cas israélien montre que non. Le rapport au régulateur apparaît aussi comme un point important.

Nous pouvons cependant aussi nous poser la question de la fermeture de la porte de derrière – notamment avec le niveau du taux de chute. Ce point peut être assumé et ne remet pas forcément en cause le système.

**Manuel PLISSON**

L'expérience montre qu'il est plus facile de vendre une garantie dépendance couplée avec d'autres contrats.

**François EWALD**

Encore une fois, je remercie nos intervenants pour la grande qualité de leur exposé.