



Assurance dépendance

Vous envisagez de vous prémunir contre la perte d'autonomie. Vous pouvez souscrire une assurance dépendance qui vise à couvrir les frais de services à la personne, de soins ou même d'hébergement en maison de retraite. Soyez prudent, lisez bien le contrat d'assurance dépendance qui vous est proposé.

Aujourd'hui, en France, on compte six millions de personnes âgées de plus de 75 ans et 86 % d'entre elles sont dépendantes, soit plus d'un million de personnes. Elles seront un million et demi en 2030 et plus de deux millions en 2060.

La dépendance ou perte d'autonomie

Qu'est-ce que la dépendance ?

La dépendance peut être définie comme « un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir des actes courants de la vie ».¹

¹ Recommandation n° R-(98) 9 du comité des ministres aux Etats membres, relative à la dépendance (adoptée par le comité des ministres le 18 septembre 1998, lors de la 641^{ème} réunion des délégués des ministres).

Au sens de la réglementation (articles L.113-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles), seules les personnes âgées de 60 ans et plus peuvent bénéficier des prestations dépendance, les personnes plus jeunes en situation de perte d'autonomie sont handicapées, invalides, ou prises en charge au titre de l'assurance accident du travail.

Comment sont prises en charge les personnes âgées dépendantes ?

La plupart des personnes âgées dépendantes souffrent d'affections de longue durée (ALD). Elles bénéficient en conséquence d'une prise en charge

de leurs frais de soins les exonérant du ticket modérateur (reste à charge).

Elles peuvent également bénéficier d'une aide sociale qui prend la forme d'une allocation dont l'objet est de rendre solvable la personne âgée pour que les frais liés à la dépendance puissent être, au moins partiellement, pris en charge et par des règles spécifiques concernant les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes.

Qu'est-ce que l'allocation personnalisée d'autonomie ?

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans² ou plus en perte d'autonomie. Les règles d'attribution et de calcul sont différentes selon que le bénéficiaire est hébergé à domicile (Code de l'action sociale et des familles articles L.231-3 à L.232-7) ou en établissement (articles L.231-8 à L.231-11 du même code). Son montant est fixé par le président du conseil départemental sous réserve d'un plafond national, en fonction du degré de dépendance et ou de perte d'autonomie de la personne âgée. Le montant de l'APA est variable selon les ressources du bénéficiaire et est assorti d'un reste à charge.

Qui peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ?

Les personnes susceptibles de bénéficier de l'APA doivent résider régulièrement en France, être âgées d'au moins 60 ans² et avoir besoin d'aide pour effectuer les actes de la vie quotidienne du fait d'une perte d'autonomie reconnue. La dépendance est en effet définie « comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière » (C. action soc. et fam., article L.232-1, al 2).

Le degré de perte d'autonomie est évalué par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social et dont l'un des membres au moins doit rendre visite à l'intéressé si celui-ci vit à domicile ; s'il est hébergé en établissement, le degré de perte d'autonomie est déterminé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur. Pour remplir sa mission d'évaluation, l'équipe utilise la grille AGGIR (Autonomie gérontologie-groupes iso-ressources), qui comprend 6 Groupes iso-ressources (GIR) correspondant à différents états de dépendance ; le GIR 1 inclut les personnes les plus dépendantes et le GIR 6 les personnes qui ont conservé leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante (C. action soc. et fam. article R. 232-3).

Peuvent prétendre à l'APA, quel que soit le lieu où elles vivent (domicile ou établissement), les personnes relevant des GIR 1, 2, 3 ou 4 (C. action soc. et fam. article R. 232-4) ; celles relevant des

GIR 5 et 6 et qui sont maintenues à leur domicile peuvent cependant bénéficier, selon leur niveau de ressources, de prestations d'aide-ménagère servies par le régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'allocation personnalisée d'autonomie et le maintien à domicile

Cette allocation aide à financer les dépenses inscrites dans un plan d'aide personnalisé et sert à payer uniquement les prestations prévues pour maintenir la personne âgée dépendante à domicile malgré la perte d'autonomie. L'APA permettra par exemple de financer les travaux d'aménagement du domicile ou encore le portage de repas.

L'APA n'est pas soumise à condition de ressources mais au-delà d'un certain montant de ressources (802,93 euros par mois au 1^{er} janvier 2018), le bénéficiaire acquitte une participation progressive aux dépenses inscrites au plan d'aide qui peut aller jusqu'à 90 % du montant du plan si ses revenus sont supérieurs à un certain montant (2957 euros par mois au 1^{er} janvier 2018).

Au 1^{er} janvier 2018, les montants maximaux des plans d'aide sont fixés à 1719,93 euros pour le GIR 1, 1381,04 euros pour le GIR 2, 997,85 euros pour le GIR 3 et 665,60 euros pour le GIR 4.

L'allocation personnalisée d'autonomie et le placement en établissement (EHPAD) ou Unité de soins longue durée (USLD)

L'APA en établissement aide à payer une partie du tarif de la prestation dépendance facturée aux résidents. En EHPAD, les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie, les prestations relatives à l'hébergement par le résident ou l'aide sociale. Seule l'aide liée à la perte d'autonomie est prise en charge en partie par l'APA.

Le montant de l'APA en établissement est calculé en fonction des ressources et du montant du tarif de la prestation dépendance qui correspond au GIR en vigueur dans l'établissement. La personne dépendante placée en établissement peut bénéficier de l'APA quels que soient ses revenus. En revanche, le montant qui lui est attribué dépend du niveau de ses revenus. S'ils dépassent un certain niveau, une participation progressive est demandée.

Les personnes bénéficiaires de l'APA (GIR 1, 2, 3 ou 4) ayant des revenus inférieurs à 2447,55 euros par mois ne paient pas le tarif de la prestation dépendance correspondant à leur GIR. Elles règlent seulement le montant du tarif de la prestation dépendance prévu pour les GIR 5 et 6, ce qui correspond à la somme minimale à payer pour tous les résidents de l'établissement concerné. L'APA prend en charge la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR (1, 2, 3 ou 4) et le tarif dépendance correspondant au GIR 5 et 6. Le versement de l'APA par le conseil départemental

la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie : article 1.

² Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à

se fait directement à l'établissement le quel déduit alors le montant de l'APA de la facture.

Le risque dépendance et l'assurance

Les personnes en situation de dépendance doivent engager des dépenses importantes que ce soit pour disposer d'aides à domicile ou pour financer un hébergement dans un établissement spécialisé.

Or, l'APA dont le montant est plafonné (1719 euros au maximum), et qui est fonction du niveau de dépendance et des revenus de la personne concernée, peut s'avérer insuffisante.

C'est pourquoi, les assureurs proposent des contrats visant notamment à aider financièrement les personnes dépendantes. Ces aides financières peuvent se cumuler avec l'APA et les diverses aides sociales susceptibles d'être allouées à la personne dépendante.

Qui assure le risque de dépendance ?

Trois catégories d'acteurs interviennent sur le marché de l'assurance dépendance : les sociétés d'assurances régies par le Code des assurances (compagnies d'assurances, mutuelles d'assurances et banc assureurs), les mutuelles de santé régies par le Code de la mutualité, et les institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale.

Quels contrats d'assurance garantissent le risque de dépendance ?

Il existe en ce domaine **deux types de contrats** : le contrat individuel et le contrat collectif.

- ▶ **Le contrat individuel** est signé sans intermédiaire entre l'assureur et le souscripteur, qui est le plus souvent l'assuré.
- ▶ **Les contrats collectifs** sont souscrits par une entreprise, une mutuelle ou une association. L'assuré n'a pas la qualité de souscripteur, mais de bénéficiaire.

Il est possible de cumuler un contrat individuel et un contrat collectif pour garantir le risque dépendance.

Certains contrats d'assurance dépendance sont labellisés. Le label GAD ou Garantie Assurance Dépendance est délivré par la Fédération Française de l'assurance et peut être accordé aux contrats d'assurance dépendance respectant certains critères comme le versement d'une rente minimale de 500 € en cas de dépendance lourde, l'absence de sélection médicale (questionnaire, examen, etc.) pour toute souscription avant l'âge de 50 ans ou encore le maintien partiel des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations etc.

La garantie dépendance individuelle

Pour garantir ce risque, les assureurs proposent principalement aux particuliers **deux types de contrats** : les contrats de prévoyance et les contrats d'assurance-vie.

▶ Contrats de prévoyance

La dépendance est la garantie principale des contrats de prévoyance. Si l'assuré devient dépendant, il perçoit la prestation prévue, soit sous

forme de rente mensuelle, soit sous forme de capital. Le versement de la prestation est, le plus souvent, accompagné de services d'assistance.

Si l'assuré conserve son autonomie jusqu'à son décès, les cotisations versées sont perdues, elles n'entrent pas dans le cadre de la succession mais sont conservés par l'assureur.

▶ Contrats d'assurance-vie

La garantie principale des contrats d'assurance-vie est le décès ou l'épargne retraite, la dépendance correspondant à une garantie complémentaire qui peut être proposée en option.

Dans le cas de contrats d'assurance-vie dont la garantie principale est le décès, si l'assuré devient dépendant avant le terme du contrat, une fraction du capital (prévu en cas de décès de l'assuré pour les bénéficiaires désignés au contrat) est transformée en rente mensuelle.

Dans le cas de contrats d'assurance-vie dont la garantie principale est l'épargne retraite, si l'assuré devient dépendant, le montant de la rente prévue dans le cadre de la garantie principale (versement d'une rente à un âge défini au contrat) est immédiatement versée.

Dans tous les cas, ces contrats prévoient des informations et des actions de prévention et de conseil avant la perte d'autonomie, la personne dépendante à libre usage des sommes perçues afin de financer la solution qui lui convient le mieux. Elles peuvent, par exemple, lui servir à payer un séjour en maison de retraite ou une aide à domicile, ou encore à aménager son appartement si elle a des difficultés à se mouvoir.

Comment le risque de dépendance est-il évalué par les assureurs ?

Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance, il faut avoir été reconnu dépendant. C'est le contrat d'assurance qui définit la dépendance, la plupart d'entre eux font appel à des critères relatifs à la dépendance psychique et/ou à la dépendance fonctionnelle ou physique.

La dépendance fonctionnelle se définit comme l'impossibilité d'effectuer seul et intégralement un ou plusieurs des actes de la vie quotidienne/courante à la suite d'un handicap physique, médicalement constaté.

La dépendance psychique se définit comme l'impossibilité d'effectuer seul et intégralement, sans incitation ni surveillance, des actes de la vie quotidienne/courante, à la suite d'une maladie ou d'un handicap de nature psychique, médicalement constaté.

Les assureurs peuvent utiliser la grille AVQ (actes de la vie courante) qui teste la capacité de réaliser les cinq actes de la vie courante : se lever, se déplacer, s'habiller, s'alimenter et faire sa toilette.

Certaines sociétés d'assurances utilisent la grille nationale AGGIR qui sert à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Selon les contrats, l'état de dépendance peut être soit déterminé par le médecin traitant, soit par le médecin désigné par la compagnie d'assurance.

Quelles sont les garanties offertes ?

Les contrats garantissent soit la dépendance totale, soit la dépendance partielle. Le contrat définit l'état et le degré de dépendance assurés ainsi que les conditions de mise en jeu de la garantie.

L'état de dépendance de la personne doit être constaté médicalement, dans les conditions prévues par le contrat.

► Dépendance totale

Généralement, le contrat d'assurance définit la dépendance totale comme l'impossibilité d'accomplir sans aide extérieure au moins quatre des cinq actes ordinaires de la vie quotidienne : se lever, se déplacer, s'habiller, s'alimenter et faire sa toilette. Lorsqu'un état de dépendance totale ou lourde est reconnu, le plus souvent par le médecin de la compagnie d'assurance, le versement de la rente s'effectue à hauteur de 100 % du montant prévu par le contrat.

► Dépendance partielle

La dépendance partielle doit être expressément prévue par le contrat. Elle est généralement caractérisée par le besoin d'aide jusqu'à trois des cinq AVQ. Lorsque l'état de dépendance partielle est reconnu, le montant de la rente versée correspond à un pourcentage de la rente prévue en cas de dépendance totale. Ce pourcentage varie en fonction du degré de dépendance.

Les prestations complémentaires

Les formules des contrats d'assurance destinés à couvrir le risque de dépendance évoluent pour s'adapter aux besoins, notamment en renforçant la prévention et en incluant des prestations en nature permettant de développer les services à la personne. Aujourd'hui, tous les contrats de dépendance proposent des services complémentaires. Il peut s'agir d'un service d'assistance destiné à orienter et aider l'assuré dépendant pour trouver l'établissement adapté, mettre en place des services d'aide à domicile et lui proposer, le cas échéant, un soutien psychologique.

Quelles sont les caractéristiques des contrats d'assurance dépendance ?

Souscription

Une assurance dépendance ne se souscrit pas au moment où le besoin s'en fait sentir. Les conditions de souscription permettent de souscrire dès 40 ans. Après 75 ans, il n'est généralement plus possible de souscrire.

L'assureur se fonde sur les informations relatives à l'état de santé réunies par le médecin conseil (questionnaire médical, examen médical) pour accepter ou refuser le souscripteur. Toute fausse déclaration entraîne la nullité du contrat sans remboursement des cotisations payées.

Tarifs de cotisation

Les tarifs de l'assurance dépendance (aussi appelés primes) sont notamment basés sur l'âge de l'assuré au moment de la souscription. Plus l'assuré souscrit tard, plus le risque est important et plus la cotisation est élevée. Ils dépendent également du niveau de rente choisi (proportionnellement) et de l'étendue de la couverture (dépendance totale seule ou couverture dès la dépendance partielle). En outre, des surprimes peuvent être appliquées suite à la sélection médicale.

Le montant de la rente choisi à la souscription n'est pas fixe : il bénéficiera de revalorisations selon un taux et dans les conditions décidées par l'assureur (revalorisation à dates fixes, calculée en référence à un indice tel que les points AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres), ARRCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés), l'indice des prix à la consommation, etc.).

De même, les contrats prévoient une évolution du montant des cotisations : si l'assuré refuse l'augmentation de la cotisation, la rente peut être réduite proportionnellement, ou le contrat résilié par l'assureur.

Certains contrats prennent en compte d'éventuelles difficultés financières de l'assuré. Ils garantissent alors une indemnité calculée sur les montants versés, même si l'assuré a cessé de cotiser. Cela s'appelle « la mise en réduction ».

Les délais de carence et de franchise

► Délai de carence ou délai d'attente

Le délai de carence désigne la période qui démarre à compter de la date d'effet de l'adhésion/souscription du contrat et pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance. Si la dépendance survient pendant ce délai, elle ne donnera lieu à aucune prestation, même après expiration de cette période et le contrat sera clôturé. Le délai de carence ne s'applique pas en cas de dépendance d'origine accidentelle.

► Délai de franchise

Une fois la dépendance constatée, certains assureurs appliquent un délai de franchise de quatre-vingt-dix jours à compter de la date de la reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur, pendant lequel ils ne versent pas de rente. La prestation ne sera versée par l'assureur qu'au terme de ce délai. La date de reconnaissance de l'état de dépendance est fixée par l'assureur, après réception de la demande de prestation de dépendance et au terme de l'instruction médicale du dossier par le médecin conseil de l'assureur.

Comment bien choisir son assurance dépendance individuelle ?

La sélection d'une assurance dépendance peut s'avérer complexe compte tenu de la diversité des offres proposées par les assureurs. Avant de souscrire un tel contrat, il est possible, sur simple

demande, de faire réaliser une étude personnalisée par un professionnel de l'assurance. Ce conseil est confidentiel et gratuit, et n'engage pas le demandeur.

Les points essentiels à vérifier :

- ▶ **il convient au souscripteur de s'assurer qu'il remplit bien les conditions d'âge prévues au contrat** : tous les contrats d'assurance dépendance comportent un âge limite qui varie selon l'assureur. Pour la majorité des contrats, l'âge limite de souscription se situe entre 74 et 77 ans. Passé cet âge, il n'est plus possible de souscrire. Le tarif de l'assurance sera d'autant moins élevé que l'assuré aura souscrit tôt ;
- ▶ **comme dans tout contrat, la prime payée par l'assuré dépend des risques garantis par le contrat** : tous les contrats ne proposent pas les mêmes prestations. Si les conditions à remplir pour percevoir la rente sont trop nombreuses et strictes, l'assuré, bien que dépendant, risque de ne pas recevoir de rente ou d'en recevoir une très peu de temps, en fin de vie. Il peut s'avérer utile d'établir un tableau comparatif des différentes offres sur le marché (critères retenus par l'assureur pour déterminer l'état de dépendance, étendue de la couverture, services complémentaires proposés...) afin de déterminer l'offre la plus rentable et la mieux adaptée à chaque situation personnelle ;
- ▶ **la santé du candidat joue un rôle important** : l'assureur accorde la garantie au vu d'une déclaration de santé ou d'un questionnaire médical. S'il considère que l'intéressé présente un risque de dépendance plus important que la moyenne et ne correspond pas à ses critères, l'assureur peut refuser de l'assurer ou l'accepter moyennant une surprime. Bien qu'il soit possible de souscrire jusqu'à un âge avancé, les antécédents médicaux auront toutes les chances d'être moins importants si la souscription est réalisée tôt ;
- ▶ **le niveau de la rente souhaitée a également une incidence sur le coût du contrat** : les cotisations mensuelles sont corrélées au niveau de rente souhaitée ;
- ▶ **il convient également de vérifier que le contrat contient une clause prévoyant le remboursement des cotisations** versées si une dépendance survient pendant le délai de carence ;
- ▶ **certaines situations engendrant une dépendance peuvent ne pas être couvertes par le contrat** : il importe donc de bien lire les clauses d'exclusion ;
- ▶ **pour une meilleure prise en charge de la dépendance**, il est important de vérifier que la définition de la dépendance stipulée dans le contrat corresponde à celle retenue par le Conseil départemental en vue de l'attribution de l'APA ;
- ▶ **les contrats individuels de dépendance dont la garantie principale est la prise en charge de la dépendance, ne sont en aucun cas des produits d'épargne** : ce sont des contrats "à fonds perdus", c'est-à-dire que le versement des

prestations est uniquement subordonné à la survenance de l'état de dépendance.

La garantie dépendance collective

Des offres collectives négociées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'entreprise ou d'une branche professionnelle (bâtiment, coiffure, etc.) se sont également développées. Les garanties collectives sont principalement proposées par des institutions de prévoyance. **Il existe trois grands types de garanties collectives en matière de dépendance.**

▶ Couverture annuelle

Le salarié perçoit une rente viagère si sa dépendance est constatée alors qu'il est encore en activité dans l'entreprise. Il ne bénéficie plus de la garantie lorsqu'il quitte l'entreprise.

▶ Couverture viagère

Elle propose une rente viagère, acquise jusqu'au décès de l'assuré, que la dépendance soit constatée pendant ou après que l'assuré ait quitté l'entreprise.

▶ Couverture en « points dépendance »

En fonction de ses cotisations le salarié obtient des « points dépendance », tout comme il acquiert des points de retraite. Ces points seront transformés en rente viagère mensuelle si l'assuré se trouve en situation de dépendance.

Dans les deux derniers cas (couverture viagère et couverture « points dépendance »), en cas de départ de l'entreprise ou de départ à la retraite, le salarié continue de bénéficier de la garantie qui lui est acquise. S'il quitte l'entreprise, il a la possibilité de poursuivre l'alimentation de son compte à titre individuel ou dans le cadre de sa nouvelle entreprise.

Les dispositifs mutualisés dans l'entreprise présentent des avantages par rapport à la garantie individuelle. En amenant les salariés à cotiser très tôt, et en mutualisant les cotisations sur l'ensemble des salariés de l'entreprise, ils permettent de réduire considérablement leur effort de cotisation, et ce d'autant plus que l'employeur participe au financement (souvent à hauteur de 50 %).

Ces dispositifs couvrent l'ensemble des salariés de la même manière, quels que soient leur revenu, ou leur état de santé puisqu'ils n'imposent pas de questionnaire médical. De plus, les contrats collectifs ne prévoient pas de délais de carence, ni de délais de franchise. Ils peuvent offrir également la possibilité aux assurés de couvrir leur conjoint.

Cependant, les contrats collectifs de dépendance ne sont en aucun cas des produits d'épargne : ce sont des contrats "à fonds perdus", c'est-à-dire que le versement des prestations est uniquement subordonné à la survenance de l'état de dépendance.

Textes de référence

Code de la consommation :

- Abus de faiblesse** : [article L. 121-6 et suivants](#)
- Clauses abusives** : articles [L.212-1](#) à [L.213-3](#) et [L.241-1](#)
- Publicité comparative** : articles L. 132-25 et suivants
- Publicité mensongère** : [articles L. 121-2 et suivants](#)
- Subordination de ventes** : article L. 121-11

Code des assurances :

- Démarchage** : [article L 112-9](#)

Code de la mutualité :

- [article L.221-18-1](#)

Code de la sécurité sociale :

- [article L.932-15-2](#)

Tacite reconduction des contrats individuels d'assurance (loi Chatel) : [article L.113-15-1](#) du Code des assurances pour les compagnies d'assurance - [article L.221-10-1](#) pour les organismes mutualistes relevant du Code de la mutualité – [article L. 932-21- 1](#) pour les institutions de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale

Liens utiles

- ▶ [FFA – Fédération française de l'assurance](#) - 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris
- ▶ [CDIA - Centre de documentation et d'information de l'assurance](#) - 26 Bd Haussmann - 75311 PARIS cedex 09
- ▶ **Site Internet de la Mutualité Française** - www.mutualite.fr
- ▶ [Institutions de prévoyance](#)
- ▶ [Service public](#)
- ▶ **Pour les réclamations de nature contractuelle portant sur l'application des contrats d'assurance, il convient de recourir à la procédure de médiation dans l'assurance : consulter notre dossier Résoudre un litige : la médiation en assurance**

Les éléments ci-dessus sont donnés à titre d'information. Ils ne sont pas forcément exhaustifs et ne sauraient se substituer aux textes officiels.

Pour tout renseignement complémentaire, reportez-vous aux textes applicables ou rapprochez-vous de la direction départementale de la protection des populations (DDPP) ou de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de votre département.

Crédit photo : ©Fotolia