

La Demande d'Assurance Dépendance, Une Analyse Empirique pour la France

Christophe Courbage
Association de Genève
53 route de malagnou
CH - 1208 Genève
christophe_courbage@genevaassociation.org

Nolwenn Roudaut
Université de Bretagne Sud
8 rue Montaigne
FR - 56017 Vannes
roudaut@univ-ubs.fr

24 octobre 2007

Résumé

Si de nombreux arguments théoriques ont été mis en avant pour expliquer les décisions de souscrire ou non à de l'assurance dépendance, peu de travaux ont étudié empiriquement ces phénomènes. Cet article utilise la récente base de données SHARE (2005) afin d'estimer les déterminants de la probabilité de détenir de l'assurance dépendance en France. Nous montrons que la demande d'assurance dépendance est avant tout motivée par des comportements d'altruisme. Elle serait demandée à la fois pour conserver l'héritage à transmettre et pour protéger financièrement les proches en cas de dépendance, mais aussi pour alléger la charge qui pèse ou pourrait peser sur les offreurs d'aide informelle. L'expérience de la maladie ainsi que les comportements à risque ont également un impact significatif sur la demande d'assurance dépendance.

1. Introduction

Le vieillissement des populations dans la plupart des pays industrialisés a pour conséquence d'accroître la demande de soins de dépendance ou de longue durée¹. En effet, bien que la perte d'autonomie puisse survenir à tout âge, la fréquence de la dépendance s'élève fortement avec l'âge. Par exemple, en France, une personne qui atteint l'âge de 65 ans aujourd'hui a une probabilité de plus de 40 % d'avoir recours à des soins de dépendance par la suite (OCDE, 2005). Dans le même temps, le nombre d'offres de soins informels connaît une évolution inverse qui s'explique principalement par la décomposition des familles, l'éloignement des enfants, l'augmentation du taux d'activité féminin. Enfin, une prise en charge publique relativement faible laisse à penser que le poids financier futur à supporter en cas de dépendance pourrait être catastrophique et ruiner nombre de personnes âgées et leur famille (Assous et Mahieu, 2002).

Depuis une vingtaine d'années, les compagnies d'assurance offrent des contrats permettant de couvrir les risques financiers liés à la dépendance. En contrepartie du paiement d'une prime, l'assuré reçoit une indemnité forfaitaire ou proportionnelle aux dépenses encourues s'il venait à souffrir de difficultés physiques dans la vie quotidienne ou de difficultés cognitives demandant des soins de longue durée. Ce marché dépend fortement du contexte institutionnel du pays considéré, les Etats-Unis et la France étant les principaux marchés. Il reste que la demande d'assurance dépendance semble relativement faible en comparaison de l'importance du risque et de l'aversion des individus pour ce risque. Plusieurs arguments théoriques ont été mis en avant dans la littérature pour expliquer les décisions de souscrire à ce type de couverture et le développement relativement faible de l'assurance dépendance.

Outre le fait que les individus sont mal informés sur les produits disponibles et ont une mauvaise appréhension des risques à horizon très éloigné (Kunreuther, 1978), le faible développement des marchés d'assurance dépendance s'expliquerait par des comportements de risque moral (surconsommation de soins encouragée par l'assurance) et de sélection adverse (surreprésentation des mauvais risques dans la population assurée). Des facteurs intergénérationnels ont aussi été mis en avant pour expliquer les motivations d'avoir recours à l'assurance dépendance (Pauly, 1990). Le désir de laisser un héritage à ses proches semble une incitation majeure pour contracter de l'assurance dépendance. Néanmoins, le fait de souscrire à de l'assurance dépendance pourrait motiver la famille ou les proches à réduire ou substituer leur aide, par nature informelle, par les soins couverts par l'assurance, phénomène connu comme du risque moral intergénérationnel. Les parents pourraient alors utiliser leur héritage de façon à inciter leurs enfants ou proches à fournir informellement des soins de longue durée en dépit de l'assurance (Zweifel et Strüwe, 1996).

Si la littérature théorique sur le sujet est abondante, peu de travaux ont étudié empiriquement ces phénomènes, et ils concernent exclusivement les Etats-Unis. Sloan et Norton (1997) examinent la relation existant entre la demande d'assurance dépendance et respectivement l'intention de laisser un héritage et la probabilité auto évaluée de devenir dépendant dans le futur. S'ils trouvent des phénomènes de sélection adverse, le désir de laisser un héritage ne semble guère avoir d'influence sur la demande d'assurance

¹ Ces soins correspondent aux soins infirmiers à domicile et d'aide dans les activités de la vie au quotidien, et aux soins prodigués dans des institutions médicalisées.

dépendance. Mellor (2001) montre que l'éducation, le revenu et la richesse ont un impact positif sur la demande d'assurance dépendance, tandis que le fait de percevoir de l'aide informelle à travers ses proches n'a pas effet sur la probabilité de détenir de l'assurance dépendance. Doeringhaus et Gustavson (2002) montrent que les tailles respectives des populations âgées et des populations en maisons spécialisées sont des variables significatives pour expliquer l'achat d'assurance dépendance dans certains Etats des Etats-Unis. L'intuition étant qu'une population importante ayant reçu des soins de dépendance fait d'autant prendre conscience de l'existence du risque de dépendance et renforce l'utilité de l'assurance pour l'individu. Enfin, récemment, Brown et Finkelstein (2007) montrent que la petite taille du marché américain s'expliquerait par des faiblesses du côté de l'offre, et tiendrait aux caractéristiques des produits offerts et à leur tarification.

L'objectif de cet article est d'étudier empiriquement les déterminants de la demande d'assurance dépendance sur le marché français en ayant recours à la base de données récente SHARE qui s'intéresse à la santé, au mode de vie et à la situation financière d'individus âgés de 50 ans et plus, et de leur conjoint, dans la plupart des pays européens. A notre connaissance, aucune étude similaire n'existe actuellement pour la France, ce qui est dû principalement au manque de données disponibles jusqu'à récemment. De plus, le marché français dépendant fortement du contexte institutionnel, les résultats obtenus sur données américaines ne sont pas représentatifs de la situation française.

Dans un premier temps, nous estimons par un modèle probit la probabilité de souscrire de l'assurance dépendance. Nous regardons si cette probabilité est significativement influencée par la richesse, l'éducation, la probabilité de laisser un héritage, la structure familiale, l'expérience de la maladie, les attitudes à risque, le niveau d'aide informelle, entre autres. Dans un second temps, nous contrôlons l'endogénéité de l'aide informelle à l'aide de techniques économétriques appropriées. Il s'avère que la demande d'assurance dépendance est avant tout motivée par des comportements d'altruisme. En effet, elle serait demandée à la fois pour conserver l'héritage à transmettre et pour protéger financièrement les proches en cas de dépendance, mais aussi pour alléger la charge qui pèse ou pourrait peser sur les donneurs d'aide informelle. L'expérience de la maladie et les comportements à risque ont également un impact significatif sur la demande d'assurance.

L'article est organisé comme suit: dans la section suivante, nous présentons succinctement la couverture du risque de dépendance en France; la troisième section est consacrée à la description de l'échantillon, des variables utilisées et du modèle probit simple; les résultats sont présentés dans la quatrième section; la cinquième section présente les modèles et résultats liés à la prise en compte de l'endogénéité de l'aide informelle; enfin, la sixième section offre une conclusion.

2. La couverture du risque de dépendance en France

La prise en charge publique de la dépendance est marquée en France par une longue tradition d'intervention d'aide sociale, ainsi que par la grande diversité des acteurs et des sources de financement. Au niveau national, l'assurance maladie prend en charge les frais qui relèvent des soins de santé. Par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite permet

de financer une part importante du maintien à domicile par le biais de l'aide ménagère. Au niveau départemental, les conseils généraux, rendus compétents par la loi de décentralisation en matière d'aide sociale, sont devenus les gestionnaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). L'APA, versée aux personnes en perte d'autonomie sans conditions de ressources, est d'un montant égal sur l'ensemble du territoire pour un besoin d'aide donné. Toutefois, seuls les plus bas revenus sont exonérés du paiement du ticket modérateur, qui, pour les plus élevés, représente jusqu'à 80 % de la prestation. Si l'APA marque la première étape de la reconnaissance d'un nouveau risque de l'existence, la couverture publique reste faible en comparaison de la charge financière entraînée par l'apparition de la dépendance.

Aussi, à côté de la couverture publique, l'assurance privée s'est développée en France. Ces contrats d'assurance dépendance sont individuels ou collectifs et prévoient le versement d'une indemnité forfaitaire, sous forme de rente mensuelle, éventuellement proportionnée au degré de dépendance. Le marché français, fort d'une croissance annuelle proche de 15% (Kessler, 2007), s'avère l'un des plus dynamiques parmi les marchés développés de l'assurance dépendance. Néanmoins, contrairement aux Etats-Unis², les pouvoirs publics n'utilisent pas d'incitations fiscales pour encourager le développement de l'assurance privée dépendance. Il semblerait qu'en France, les débats nationaux associés à la recherche de nouvelles solutions à la prise en charge de la dépendance, dont la presse s'est fait largement l'écho, ont fait prendre conscience à un large public de l'existence de ce risque et ont ainsi favorisé le développement des assurances privées (Durand et Taleyson, 2003). Il semblerait aussi que le succès du marché français s'explique par le choix des produits offerts. Alors que les Etats-Unis ont opté pour des rentes indemnitaires (remboursements qui prennent en charge les dépenses engagées pour couvrir les soins de dépendance), les assureurs français se sont tournés vers des produits à rentes forfaitaires. Les assurés sembleraient préférer la liberté du forfaitaire, même si cela implique la nécessité d'organiser soi-même les soins, à la simplicité de l'indemnitaire malgré les contraintes attenantes (Durand et Taleyson, 2003). Il reste que les déterminants de l'assurance dépendance en France ne sont pas clairement identifiés et le présent travail s'attache à lever ces zones d'ombres.

3. Les données et le modèle

3.1. Les données

L'enquête SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) est une enquête longitudinale menée auprès d'européens de 50 ans et plus, et de leur conjoint, dont le but est de permettre d'analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement. SHARE s'inspire très largement d'expériences similaires, américaines et britanniques: le *Health and Retirement Survey* (HRS) aux Etats-Unis, et le panel britannique ELSA (*English Longitudinal Survey of Ageing*). Les données collectées incluent des variables de santé (état de santé déclaré, tests physiques et cognitifs, comportement en matière de santé et d'utilisation du système de soins), des variables psychologiques (santé mentale,

² Le marché de l'assurance dépendance aux Etats-Unis représente près de 10% de la population et connaît un déclin récent (McNamara et Lee, 2004).

bien-être, satisfaction), des variables socio-économiques (statut professionnel, caractéristiques de l'activité professionnelle, âge de la retraite, ressources financières, couverture d'assurance, niveau de revenu, logement, éducation) et de capital social (soutien familial, transferts financiers, réseaux sociaux, bénévolat...). L'enquête SHARE a fait l'objet, en 2004, d'une première vague dans 11 pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse et France). Elle a ensuite fait l'objet d'une mise à jour en 2007. C'est cette dernière version que nous utilisons dans cet article. L'échantillon pour la France concerne 3193 individus. Des valeurs manquantes sur certaines variables et une restriction aux individus âgés d'au moins 50 ans nous conduisent à utiliser dans nos analyses un échantillon de 2530 individus.

3.2. La variable dépendante

L'enquête porte sur diverses questions en termes d'assurance santé et en particulier sur les assurances couvrant les soins de dépendance. La question qui nous concerne est: «Avez-vous souscrit une assurance maladie complémentaire facultative ou privée pour certains de ces types de soins?». Une liste de soins est alors proposée. Nous avons retenu les réponses qui correspondent à des assurances couvrant les soins de long terme en centre médicalisé, les soins infirmiers à domicile en cas de maladie chronique ou de handicap et l'aide ménagère et quotidienne. Ces soins sont en adéquation avec la définition commune des soins de dépendance ou de longue durée. La moitié des individus de l'échantillon avait en 2004 souscrit une assurance dépendance, comme indiqué dans le tableau suivant:

<u>Assurance dépendance</u>	1334	52,7%
Dont :		
- Soins de long terme en centre médicalisé	654	25,8%
- Soins infirmiers à domicile	1237	48,9%
- Aide à domicile	316	12,5%

La probabilité de détenir de l'assurance dépendance est estimée par un modèle probit. Nous regardons si cette probabilité est significativement influencée par les variables explicatives mentionnées ci-après.

3.3. Les variables explicatives

Le tableau 1 résume l'ensemble des variables utilisées dans notre analyse.

La structure familiale. Une personne mariée peut se sentir plus concernée par les conséquences financières de devenir dépendant vis-à-vis de son conjoint et pourrait demander plus d'assurance pour protéger ce dernier. Le rôle des enfants comme expliqué précédemment est plus complexe car ils participent au phénomène de risque moral intergénérationnel.

Le revenu. Le revenu est une variable relativement difficile à obtenir pour cette classe d'âge puisque nombre d'individus sont sortis du marché du travail. Néanmoins, l'enquête SHARE met à disposition une variable générée pour le revenu. Celle-ci représente le revenu total brut au niveau du ménage, à l'exception des revenus rentiers.

L'héritage. L'enquête SHARE permet d'obtenir des informations sur le montant de l'héritage que les individus comptent laisser à leurs descendants. Nous avons créé trois variables indicatrices selon le montant probable que les individus espèrent laisser en héritage. Les ménages sont scindés en trois groupes: ceux qui pensent laisser un héritage quasi nul à leur descendants, ceux qui estiment laisser un héritage non nul mais inférieur à 150'000 € et ceux qui estiment que l'héritage laissé sera au moins de 150'000 €.

La perception du risque. Il s'avère qu'être confronté au risque de dépendance devrait permettre de prendre conscience de ce risque et pourrait modifier les comportements d'assurance. Nous considérons deux types de variables qui peuvent rendre compte de ces phénomènes: prodiguer ou avoir prodigué de l'aide informelle à un proche et avoir subi une hospitalisation ou un choc de santé dans le passé. Ces deux événements peuvent permettre de responsabiliser l'individu face au risque de devenir dépendant.

Les attitudes à risque. Afin de pouvoir détecter des phénomènes de sélection adverse, il est nécessaire d'identifier les personnes qui courent le plus grand risque de devenir dépendantes. Un indice de masse corporelle élevé ainsi que la consommation d'alcool et de tabac sont des caractéristiques qui peuvent entraîner une probabilité de devenir dépendant beaucoup plus élevée que la normale (Lafortune et Balestat, 2007).

L'âge. Puisque nous n'avons aucune indication sur le niveau des primes d'assurances, l'âge pourrait être considéré comme un proxy du prix de l'assurance. Les primes d'assurance tarifées sur le marché augmentant fortement avec l'âge, on s'attend à ce que l'âge soit négativement relié à la probabilité de souscrire de l'assurance dépendance.

Autres variables explicatives. Nous contrôlons aussi pour le niveau d'éducation de l'individu ainsi que son état de santé (maladies chroniques, activités limitées...).

4. Résultats

Les résultats du modèle probit sont présentés dans le tableau 2. Le nombre d'enfants et le montant espéré de l'héritage sont introduits successivement dans le modèle. La stabilité des paramètres estimés entre les différentes spécifications est un indicateur de la robustesse de nos résultats.

Les premiers résultats montrent que la probabilité de souscrire une assurance dépendance dépend positivement de l'éducation et négativement de l'âge et de la richesse. L'âge semble être un bon proxy de l'assurance puisque les primes d'assurance dépendance augmentent avec l'âge. Le fait que la demande d'assurance dépendance est décroissante avec la richesse confirme le fait que l'assurance est un bien normal (Mossin,

1968). Cela s'expliquerait par le fait que l'aversion au risque des individus est décroissante en la richesse³.

Le montant de l'héritage espéré est aussi fortement lié à l'assurance dépendance. En effet, laisser un héritage élevé à ses enfants augmente la probabilité de souscrire un contrat d'assurance dépendance. Ce qui laisse à penser que l'assurance dépendance est souscrite pour préserver l'héritage à transmettre et serait ainsi expliquée par un comportement d'altruisme.

Ce comportement d'altruisme semble être confirmé par le fait que la probabilité d'avoir de l'assurance dépendance est plus élevée chez les personnes mariées et celles avec des enfants. L'assurance dépendance serait demandée, non pas pour se protéger soi-même des conséquences financières de la dépendance, mais plutôt pour protéger sa famille et ses proches contre les risques financiers de devenir dépendant dans le futur. Néanmoins les résultats concernant le nombre d'enfants est à relativiser, car les enfants ont la particularité d'être les premiers offreurs d'aide informelle et leur comportement peut être influencé par le degré d'assurance. Pour intégrer ce biais, nous proposons une extension de notre modèle dans la section suivante.

Le fait d'avoir prodigué de l'aide informelle à ses ascendants affecte positivement la probabilité de contracter de l'assurance dépendance, ce qui paraît assez intuitif dans le sens où cette expérience devrait responsabiliser les individus à l'égard du risque de dépendance. Avoir été récemment hospitalisé ou avoir subi une maladie grave semble aussi influencer positivement la probabilité de contracter de l'assurance dépendance. Ces résultats paraissent assez conformes aux travaux sur le rôle de l'information et la perception des risques dans les processus de décision. Avoir prodigué de l'aide informelle ou avoir souffert de maladies graves permet de modifier la perception et corriger les informations des individus à l'égard du risque de santé et de dépendance. Des chocs sur la santé ou des expériences de la maladie sont souvent considérés comme une source d'information qui peut modifier le comportement des individus dans leur décision économique (Sloan, Smith et Taylor, 2003).

Il semblerait aussi que des phénomènes de sélection adverse se produisent sur le marché de l'assurance dépendance dans le sens où les personnes les plus à risques ont plus tendance à s'assurer. Effectivement, il a été montré que les personnes en surcharge pondérale, définies par un indice de masse corporelle (IMC) élevé, ainsi que les personnes consommant régulièrement de l'alcool auraient une probabilité beaucoup plus importante de devenir dépendantes que les autres (Lafortune et Balestat, 2007). Nos résultats montrent que le niveau de l'IMC ainsi que la consommation d'alcool influencent positivement la probabilité de contracter de l'assurance dépendance. Ces phénomènes de sélection adverse semblent confirmés par le fait que les individus qui estiment que leur niveau de santé est mauvais présentent une probabilité plus élevée d'avoir de l'assurance dépendance. Les assureurs n'utiliseraient alors pas forcément les bons critères pour sélectionner ou «écrémer» les risques, et semblent considérer l'âge comme le principal facteur de risque de la dépendance (l'âge étant négativement corrélé à la probabilité d'avoir de l'assurance dépendance). Néanmoins, il est difficile de confirmer ces résultats

³ Ce comportement est connu sous l'appellation DARA (*Decreasing Absolute Risk Aversion*). Une façon courante de tester DARA est de montrer que l'investissement risqué augmente avec la richesse. Malheureusement la base SHARE ne nous permet pas de tester cette hypothèse.

puisque l'enquête SHARE ne dispose d'aucune donnée sur les conditions de marché et plus particulièrement sur les primes d'assurance.

5. Assurance et aide informelle

Les résultats du probit simple présentés dans la section précédente montrent qu'un nombre d'enfants plus important augmente la probabilité d'avoir de l'assurance dépendance. Or, les enfants ont la particularité qu'ils sont les premiers offreurs d'aide informelle et se cache donc derrière cette relation le lien entre assurance et aide informelle. Nous introduisons alors une nouvelle variable explicative au modèle, à savoir la variable binaire «Avoir reçu de l'aide de descendants»⁴ (voir colonne 4, tableau 2). Notons que cette variable apparaît dans le questionnaire comme une mesure au niveau du ménage et non de l'individu.

Néanmoins, comme souligné par Mellor (2001), un phénomène de sélection peut apparaître dans le sens où l'offre d'aide informelle semble elle-même dépendre de la couverture d'assurance. En effet, les personnes qui reçoivent de l'aide d'un enfant peuvent justement être celles qui manquent d'assurance. De plus, en présence de risque moral intergénérationnel, le fait de souscrire à de l'assurance dépendance pourrait inciter les enfants à réduire ou substituer leur aide présente ou future, par nature informelle, par les soins couverts par l'assurance. Pour intégrer ce phénomène, nous instrumentons l'aide informelle par les caractéristiques des enfants et développons un probit bivarié en suivant la méthodologie utilisée par Mellor (2001). Le modèle probit bivarié permet d'estimer simultanément les deux équations et de tester le lien de causalité entre offre d'aide informelle et demande d'assurance. Les résultats du probit bivarié sont donnés par les colonnes 1 et 2 du tableau 3.

La première étape consiste à instrumentaliser l'aide informelle. Nous considérons le fait d'avoir au moins une fille comme un facteur explicatif de l'offre d'aide informelle par les descendants (voir Mellor, 2001). Nous faisons l'hypothèse que cette variable instrumentale n'influence pas directement la probabilité de souscrire une assurance dépendance mais influence la probabilité de recevoir de l'aide informelle. La validité de cet instrument est confirmée par la significativité de son paramètre associé (voir colonne 2, tableau 3).

Le coefficient de corrélation, ρ , entre les résidus des deux équations est significatif et négatif, ce qui montre que l'offre d'aide informelle est endogène et que son effet sur la demande d'assurance est sous estimée dans un probit simple. Le probit bivarié nous permet ainsi de réévaluer l'effet de l'offre informelle sur la demande d'assurance dépendance.

Les résultats du probit bivarié montrent qu'il existe une relation positive entre aide informelle et assurance, et laisserait ainsi à penser que la demande d'assurance dépendance ne serait pas sensible à d'éventuels phénomènes de risque moral intergénérationnel. Néanmoins, cette spécification souffre d'une faiblesse de temporalité dans le sens où ceux qui reçoivent de l'aide informelle sont déjà dépendants, ce qui expliquerait qu'ils aient déjà de l'assurance. Comme le note Mellor (2001), une solution

⁴ Aide pour les soins personnels, aide ménagère ou administrative.

est de considérer, non pas l'aide reçue, mais l'aide informelle future que les individus pourraient recevoir en cas de dépendance ultérieure.

Aucune question de l'enquête ne portant sur l'aide informelle future, nous proposons alors de faire des projections à partir de l'estimation d'un modèle explicatif de la probabilité de recevoir de l'aide informelle pour les personnes en situation de dépendance. Comme l'aide informelle ne peut-être prodiguée qu'à des personnes qui en ont besoin, nous considérons le sous-échantillon des 541 individus qui sont dans une situation d'avoir besoin d'aide⁵. Le tableau 4 nous montre que 26% de ces personnes reçoivent de l'aide informelle de la part de leurs descendants. Nous estimons sur ce sous-échantillon un modèle probit pour expliquer la probabilité de recevoir de l'aide de ses descendants. Les résultats de ces estimations sont donnés par la colonne 3 du tableau 3.

Afin de pouvoir projeter ce modèle à ceux qui pourraient avoir besoin d'aide dans le futur (c'est-à-dire l'échantillon entier), il nous faut utiliser comme explicatives du probit uniquement des variables invariantes dans le temps. Par exemple, plus un individu est âgé, plus il est probable qu'il ait besoin d'aide et donc qu'il reçoive aujourd'hui de l'aide de ses descendants. Donc introduire la variable âge comme variable explicative de la probabilité de recevoir de l'aide informelle pourrait entraîner une sous-estimation de la probabilité prédite de recevoir de l'aide informelle dans le futur pour les plus jeunes. De la même façon, nous éliminons les variables fortement liées au risque de dépendance et au besoin d'aide informelle telles que la situation matrimoniale, le niveau de santé, etc. Les variables explicatives, considérées dans le modèle de prédiction de la probabilité de recevoir de l'aide informelle, sont alors le sexe, le niveau d'études, les caractéristiques des enfants, le revenu et l'héritage espéré. La probabilité estimée de recevoir de l'aide est ensuite introduite dans l'équation de la demande d'assurance (colonne 4 tableau 3).

Les résultats du probit simple de la section précédente sont confirmés. De plus, nous trouvons que la probabilité d'avoir une assurance dépendance est plus élevée pour ceux qui ont une probabilité plus importante de recevoir de l'aide informelle dans le futur s'ils devenaient dépendants. Une explication est que l'assurance dépendance serait demandée pour alléger la charge qui pourrait peser sur les futurs donneurs d'aide informelle. Différentes études suggèrent que prodiguer de l'aide informelle peut entraîner un effet négatif sur la santé des offreurs d'aide informelle (e.g. Schulz et Beach, 1999). L'aide formelle obtenue via l'assurance permettrait de se substituer à l'aide informelle et éviterait ces chocs négatifs sur la santé des offreurs d'aide informelle. La demande d'assurance serait gouvernée avant tout par un comportement d'altruisme, et ne serait pas limitée par d'éventuels phénomènes de risque moral intergénérationnel.

6. Conclusion

Si la littérature théorique pour expliquer les décisions de souscrire de l'assurance dépendance est abondante, peu de recherches empiriques existent sur le sujet et elles concernent avant tout les Etats-Unis. Cet article présente une étude empirique des

⁵ Individus qui reportent au moins 3 difficultés (non passagères) pour accomplir leurs activités quotidiennes à cause de problèmes physiques ou de santé (variable mobilité). Les activités considérées sont par exemple: marcher sur une courte distance, rester assis pendant deux heures, se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir, etc.

déterminants de la demande d'assurance dépendance en France en ayant recours à la base de données SHARE. Nous estimons tout d'abord la probabilité d'avoir de l'assurance dépendance en utilisant un probit simple. Puis, afin de contrôler l'endogénéité de l'aide informelle vis-à-vis de l'assurance, nous instrumentons l'aide informelle par les caractéristiques des enfants et développons un probit bivarié.

Il s'avère que les résultats obtenus sur données françaises diffèrent de ceux obtenus sur données américaines. Tout d'abord, la demande d'assurance dépendance est décroissante en la richesse. Ce serait un bien normal. Ce premier résultat remet en question l'argument courant selon lequel le coût élevé de l'assurance par rapport au revenu des plus âgés et le fait que l'Etat procure une couverture pour les revenus les plus bas serait un frein à la demande d'assurance dépendance.

Ensuite, il semblerait que la demande d'assurance dépendance soit avant tout motivée par des comportements d'altruisme, dans le sens où elle ne serait pas nécessairement demandée pour se protéger soi-même des conséquences financières du risque de dépendance, mais pour protéger sa famille si l'on devenait dépendant. Trois arguments nous amènent à cette conclusion. Premièrement, la demande d'assurance dépendance croît avec la probabilité de laisser un héritage. Ainsi, comme souligné par Pauly (1990), l'assurance dépendance serait demandée pour protéger et conserver son héritage à transmettre. Deuxièmement, le fait de vivre en couple, ainsi que le nombre d'enfants, est positivement relié à l'assurance dépendance. L'assurance dépendance serait souscrite pour protéger sa famille et ses proches contre les risques financiers de devenir dépendant dans le futur. Troisièmement, les personnes qui ont une probabilité plus élevée d'avoir de l'aide informelle disponible dans le futur auraient aussi plus tendance à avoir de l'assurance dépendance. L'assurance ne serait pas perçue comme une forme de désincitation à prodiguer de l'aide informelle, mais au contraire comme une façon de soulager les potentiels offreurs d'aides informelles et d'alléger leur charge en cas de dépendance. Ces résultats laissent à penser que le marché français de l'assurance dépendance ne serait pas sensible au phénomène de risque moral intergénérationnel, ce qui pourrait être une explication de son dynamisme.

Une expérience de la dépendance semble aussi guider les décisions d'avoir recours à de l'assurance dépendance, puisque les personnes ayant déjà prodigué de l'aide ont une probabilité plus importante de détenir de l'assurance dépendance. Ces résultats paraissent assez conformes aux travaux sur le rôle de l'information et la perception des risques dans les processus de décision. Des chocs sur la santé ou des expériences de la maladie sont souvent considérés comme une source d'information qui peut modifier le comportement des individus dans leur décision économique (Sloan, Smith et Taylor, 2003).

Finalement, il semblerait aussi qu'il existe des phénomènes de sélection adverse sur le marché de l'assurance dépendance dans le sens où les personnes les plus à risque de devenir dépendantes s'assureraient d'avantage. Néanmoins, ces phénomènes sont à considérer avec précaution, car nous ne disposons pas de données sur les caractéristiques des produits offerts et de leur prix, ainsi que sur les comportements d'aversion au risque, caractéristiques qui conditionnent fortement la demande d'assurance dépendance. Combiner à la fois des données de marché et des données individuelles permettrait d'affiner considérablement nos résultats et devrait constituer l'objet d'une recherche ultérieure.

Bibliographie

- Assous, L., Mathieu, R. (2002), “L’assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé: une mise en perspective internationale”, *Revue Economique*, 53(4), 887-912.
- Börsch-Supan, A.; Jürges, H. (eds.), (2005), *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - Methodology*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, University of Mannheim.
- Brown, J., Finkelstein, A. (2007), “Why is the market for long-term care insurance so small”, à venir dans le *Journal of Public Economics*.
- Doeringhaus, H.I., Gustavson, G.G. (2002), “Long-term care insurance purchase patterns”, *Risk Management and Insurance Review*, 5(1), 31-43.
- Duran, R., Taleyson, L. (2003), “Les raisons du succès de l’assurance dépendance en France”, *Risques – Les Cahiers de l’Assurance*, 55, 115-120.
- Kessler, D. (2007), “L’énigme de l’assurance dépendance”, *Risques – Les Cahiers de l’Assurance*, 70, 60-65.
- Kunreuther, H. (1978), *Disaster Insurance Protection: Public Policy Lessons*. New York: Wiley.
- Lafortune, G., Balestat G., (2007), “Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications”, *OECD Health Working Papers* N°26.
- McNamara, L., Lee, N. (2004), “Long-term care policy dropping in the U.S. from 1996 to 2000: evidence and implications for long-term care financing”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 40(5), 594-604.
- Mellor, J.M. (2001), “Long-term care and nursing home coverage: Are adult children substitutes for Insurance Policies?” *Journal of Health Economics*, 20(4), 527-547.
- Mossin, J. (1968), “Aspects of rational insurance purchasing”, *Journal of Political Economy*, 76, 553-568.
- OECD (2005), *Long-term Care for Older People*, OECD, Paris.
- Pauly, M.V. (1990), “The rational nonpurchase of long-term care insurance”, *Journal of Political Economy*, 98, 153-168.
- Schulz, R., Beach, S.R. (1999), “Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study”, *Journal of American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
- Sloan, F.A., Norton E.C. (1997), “Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 15, 201-219.
- Sloan, F. A., Smith, V. K. and Taylor, D. H. (2003), *The Smoking Puzzle – Information, Risk Perception and Choice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Zweifel, P., Stüwe, W. (1996), “Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 12, 65-76.

Tableau 1: Définitions des variables de l'enquête SHARE (n = 2530)

Variable	Définition	Moyenne	Moyenne Selon la couverture		
Ass_DEP	=1 si l'individu a souscrit une assurance privée pour des soins de dépendance (soins de long terme en centre médicalisé, soins infirmiers à domicile, aide ménagère)	52,7%	0%	100%	
Femme	=1 si l'individu est une femme	54,8%	54,6%	54,9%	
Age	Age de l'individu	64,48	64,88	64,13	*
Nb_enf	Nombre d'enfants du couple	2,29	2,21	2,36	**
Marié(e)	=1 si l'individu est marié(e)	66,0%	64,0%	67,8%	**
Célibataire	=1 si l'individu est célibataire	6,7%	8,4%	5,2%	***
Divorcé(e)	=1 si l'individu est divorcé(e)	10,9%	11,7%	10,2%	
Veuf(ve)	=1 si l'individu est veuf(ve)	16,4%	16,0%	16,8%	
Educ niveau 0	=1 si l'individu ne possède pas de diplôme	19,4%	20,3%	18,7%	
Educ niveau 1	=1 si l'individu a le niveau du certificat d'études primaires	25,7%	26,2%	25,2%	
Educ niveau 2	=1 si l'individu a le niveau BEPC	9,6%	9,9%	9,4%	
Educ niveau 3	=1 si l'individu a le niveau CAP, BEP	22,1%	19,2%	24,6%	***
Educ niveau 4	=1 si l'individu a le niveau Baccalauréat professionnel ou technique.	3,2%	2,8%	3,7%	
Educ niveau 5	=1 si l'individu a le niveau Baccalauréat général.	19,9%	21,4%	18,5%	*
Revenu	Revenu brut du ménage	48 995	51 707	46 563	**
Ass_vie	= 1 si le couple détient un compte d'épargne retraite individuel ou un contrat d'assurance vie	29,3%	26,5%	31,9%	***
Hérit_faible	= 1 si le couple pense laisser un héritage nul à ses descendants.	15,8%	18,9%	13,0%	***
Hérit_moyen	= 1 si le couple pense laisser moins de 150 000€ à ses descendants.	46,8%	47,4%	46,2%	
Hérit_élevé	= 1 si le couple pense laisser plus de 150 000€ à ses descendants.	37,5%	33,7%	40,8%	***
Hôpital	=1 si l'individu a été hospitalisé récemment	14,5%	12,3%	16,5%	**
Très bonne santé	Niveau de santé perçue	8,3%	8,9%	7,7%	
Bonne santé	Niveau de santé perçue	15,6%	15,9%	15,3%	
Santé moyenne	Niveau de santé perçue	44,5%	45,4%	43,6%	
Mauvaise santé	Niveau de santé perçue	23,4%	21,5%	25,5%	**
Très mauvaise santé	Niveau de santé perçue	8,3%	8,4%	8,2%	
LTI	=1 si l'individu souffre de maladies chroniques ou de longue durée	50,7%	48,0%	53,2%	***
LTA1	= 1 si l'individu a été au cours des 6 derniers mois « fortement limité » dans ses activités normales à cause de problèmes de santé.	14,8%	12,9%	16,4%	**
IMC niveau 1	=1 si l'individu est en « sous-poids »	2,0%	2,5%	1,5%	*
IMC niveau 2	=1 si l'individu est « normal »	43,4%	46,0%	41,1%	**
IMC niveau 3	=1 si l'individu est en « sur-poids »	38,6%	37,1%	39,9%	
IMC niveau 4	=1 si l'individu est « obèse »	16,0%	14,4%	17,5%	**
Fumeur	= 1 si l'individu fume en ce moment	14,4%	15,3%	13,6%	
Ex-fumeur	=1 si l'individu a arrêté de fumer	27,7%	26,3%	28,9%	
Alcool	=1 si l'individu consomme plus de 2 verres d'alcool au moins 5 à 6 jours dans la semaine.	23,0%	21,8%	24,0%	
Chronic2	=1 si l'individu reporte au moins 2 affections chroniques.	42,6%	41,4%	43,6%	
Symptom2	=1 si l'individu reporte au moins 2 symptômes.	39,8%	39,2%	40,4%	
Activité	= 1 si l'individu ne pratique aucune activité demandant	12,1%	12,3%	11,5%	

	un effort physique important ou une effort physique modéré.				
Mobilité	Nombre de difficultés rencontrées dans les activités de mobilité quotidiennes (marcher, monter les escaliers...)	1,37	1,32	1,42	
ADL	Nombre de difficultés rencontrées dans les activités quotidiennes (s'habiller, se laver, manger...)	0,17	0,16	0,18	
IADL	Nombre de difficultés rencontrées dans les activités quotidiennes avec « instrument » (téléphoner, utiliser un plan, prendre des médicaments...)	0,30	0,31	0,28	
Don_Asc	=1 si l'individu a apporté de l'aide à un ascendant (père, mère, frère/sœur, ex-époux, oncle/tante) ^a	14,1%	12,1%	15,9%	***
Aide_Desc	= 1 si le ménage a reçu une aide extérieure d'un descendant (enfants, beaux enfants, petits enfants, neveux) ^a .	9,8%	9,1%	10,4%	
Une fille	=1 si l'individu a au moins une fille.	68,4%	67,4%	69,3%	

^a: au cours des 12 derniers mois.

* : différence de moyenne statistiquement significative au seuil de 10%.

** : différence de moyenne statistiquement significative au seuil de 5%.

*** : différence de moyenne statistiquement significative au seuil de 1%.

Tableau 2:

Variable dépendante : Souscription d'une assurance dépendance (Ass_DEP).

	(1)	(2)	(3)	(4)
Femme	0.093***	0.094***	0.103***	0.100***
Age	0.014*	0.013	0.014	0.019***
Age (carré)	-0.000***	-0.000***	-0.000**	-0.000***
Célibataire	-0.314***	-0.253***	-0.192***	-0.193***
Divorcé(e)	-0.154***	-0.145***	-0.099***	-0.101***
Veuf(ve)	0.061	0.063	0.090	0.070
<i>Ref = Marié(e)</i>				
Nb_enf		0.033***	0.041***	0.039***
Educ niveau 0	0.038	0.059**	0.026	0.033**
Educ niveau 2	0.048	0.071	0.035	0.049
Educ niveau 3	0.187***	0.208***	0.174***	0.184***
Educ niveau 4	0.246***	0.265***	0.205***	0.209***
Educ niveau 5	0.030***	0.051***	-0.021*	-0.013
<i>Ref = Educ niveau 1</i>				
Revenu	-0.000***	-0.000***	-0.000***	-0.000***
Hérit_faible			-0.403***	-0.403***
Hérit_moyen			-0.164***	-0.164***
<i>Ref = Hérit_élevé</i>				
Ass_vie	0.169***	0.172***	0.124***	0.128***
Hôpital	0.135	0.134	0.128	0.129
Très bonne santé	-0.052	-0.051	-0.066*	-0.070
Bonne santé	0.026	0.027	0.019	0.018
Mauvaise santé	0.079**	0.080***	0.098***	0.096***
Très mauvaise santé	-0.047	-0.043	-0.019	-0.017
<i>Ref = Santé moyenne</i>				
LTI	0.110***	0.111***	0.105***	0.100***
LTA1	0.192***	0.193***	0.202***	0.200***
IMC niveau 1	-0.218	-0.215	-0.225	-0.234
IMC niveau 3	0.100***	0.097***	0.107***	0.108***
IMC niveau 4	0.144	0.133	0.152	0.148
<i>Ref = IMC niveau 2</i>				
Fumeur	-0.047	-0.051	-0.045	-0.041
Ex-fumeur	0.036	0.038	0.040	0.042
Alcool	0.105***	0.108***	0.102***	0.102***
Chronic2	-0.022	-0.025	-0.026	-0.030
Symptom2	-0.057	-0.060*	-0.064	-0.065
Activité	-0.091	-0.093	-0.063	-0.063
Mobilité	0.010**	0.010**	0.010*	0.010**
ADL	0.044**	0.050***	0.054***	0.056***
IADL	-0.048*	-0.053*	-0.048*	-0.058*
Don_Asc	0.169**	0.177**	0.181***	0.179***
<i>Aide_Desc</i>				0.152
Constante	-0.521*	-0.591**	-0.481	-0.626**
Observations	2530	2530	2530	2530

La matrice de variance covariance des estimateurs est estimée par la méthode de White avec une prise en compte de la possible corrélation des observations au sein du ménage (cluster).

* significatif au seuil de 10%; ** significatif au seuil de 5%; *** significatif au seuil de 1%

Tableau 3:

Variable dépendante	Biprobit		Etape 1	Etape 2
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Ass_DEP	Don_Asc	Don_Asc	Ass_DEP
Femme	0.090***	0.243**	0.694***	0.068*
Age	0.032***	-0.046**		0.014
Age (carré)	-0.000***	0.001***		-0.000***
Célibataire	-0.193***	0.161***		-0.185***
Divorcé(e)	-0.107***	0.103**		-0.099***
Veuf(ve)	0.012	0.581***		0.088
<i>Ref = Marié(e)</i>				
Nb_enf	0.034***	0.033**	0.012***	0.036***
Educ niveau 0	0.051***	-0.212*	0.005	0.027
Educ niveau 2	0.087	-0.690***	-0.622***	0.069
Educ niveau 3	0.210***	-0.412***	-0.809***	0.213***
Educ niveau 4	0.216***	0.058	0.038	0.207***
Educ niveau 5	0.008	-0.268***	-0.350***	0.001
<i>Ref = Educ niveau 1</i>				
Revenu	-0.000***	-0.000***	-0.000	-0.000***
Hérit_faible	-0.400***	0.093	0.253	-0.413***
Hérit_moyen	-0.165***	0.143	0.301***	-0.178***
<i>Ref = Hérit élevé</i>				
Ass_vie	0.139***	-0.296***		0.124***
Hôpital	0.130	0.011		0.128
Très bonne santé	-0.082*	0.256**		-0.066*
Bonne santé	0.014	0.028***		0.020
Mauvaise santé	0.090***	0.143		0.098***
Très mauvaise santé	-0.010	0.034		-0.019
<i>Ref = Santé moyenne</i>				
LTI	0.085***	0.379***		0.107***
LTA1	0.195***	0.020		0.202***
IMC niveau 1	-0.256	0.188**		-0.225
IMC niveau 3	0.109***	-0.049		0.106***
IMC niveau 4	0.136	0.170		0.151
<i>Ref = IMC niveau 2</i>				
Fumeur	-0.032	-0.140		-0.044
Ex-fumeur	0.049	-0.098		0.040
Alcool	0.105***	-0.073**		0.101***
Chronic2	-0.039	0.140**		-0.027
Symptom2	-0.066	0.038		-0.064
Activité	-0.061	-0.082		-0.063
Mobilité	0.007***	0.020		0.010*
ADL	0.059***	-0.020**		0.055***
IADL	-0.083**	0.180***		-0.049*
Don_Asc	0.171***	0.250***		0.183***
Aide_Desc	0.567***			
Une fille		0.316**	0.522***	
Prédiction (Aide_Desc)				0.217**
Constante	-1.012***	-1.793***	-1.607***	-0.506
Observations	2530	2530	541	2530
ρ		-0.3 ***		

La matrice de variance covariance des estimateurs est estimée par la méthode de White avec une prise en compte de la possible corrélation des observations au sein du ménage (cluster).

* significatif au seuil de 10%; ** significatif au seuil de 5%; *** significatif au seuil de 1%

Tableau 4 :

	Reçoit de l'aide de ses descendants	Ne reçoit pas d'aide de ses descendants	Total
Limité dans ses activités de mobilité quotidiennes	140 (26%)	401 (74%)	541 (100%)
Non limité dans ses activités de mobilité quotidiennes	108 (5%)	1881 (95%)	1989 (100%)
Total	248	2282	2530