

COMPTE RENDU : SYMPOSIUM SUR LES PRODUITS D'ASSURANCE EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET MALADIES GRAVES

Pascal Le Houillier et Jeff Aix-Kekzajou

Volume 82, numéro 3-4, 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1091774ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1091774ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Le Houillier, P. & Aix-Kekzajou, J. (2015). Compte rendu de [COMPTE RENDU : SYMPOSIUM SUR LES PRODUITS D'ASSURANCE EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET MALADIES GRAVES]. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 82(3-4), 137–157. <https://doi.org/10.7202/1091774ar>

COMPTE RENDU : SYMPOSIUM SUR LES PRODUITS D'ASSURANCE EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET MALADIES GRAVES

Pascal Le Houillier et Jeff Aix-Kekzajou
Université Laval, Québec, QC, G1V 0A6

Le vendredi 20 mars 2015, la Département de finance, assurance et immobilier de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval (FSA ULaval) accueillait une soixante-dizaine de chercheurs et praticiens dans le cadre d'un symposium sur les produits d'assurance en soins de longue durée et maladies graves. L'événement a permis d'illustrer et de discuter des enjeux reliés au vieillissement de la population et des pressions financières qui en découlent en lien avec les besoins en soins de santé de fin de vie. À l'heure actuelle, les fonds nécessaires au maintien de la qualité de vie d'une personne âgée en perte d'autonomie proviennent principalement des familles et du gouvernement, l'assurance privée étant encore marginale dans ce domaine. Avec l'inversion de la pyramide des âges observée dans les pays développés, cette situation deviendra vite intenable et l'assurance privée se présente comme l'ultime solution au problème. Cependant, ces produits sont méconnus et ne sont pas ancrés dans les habitudes financières des particuliers comme peut l'être l'assurance vie. Ce symposium permettait de faire le point sur cette problématique et de proposer des solutions.

Cette activité était organisée par la Chaire d'assurance et des services financiers l'Industrielle-Alliance et la revue Assurances et gestion des risques. Le comité organisateur formé de Philippe Grégoire, professeur agrégé et titulaire de la Chaire d'assurance et de services financiers l'Industrielle-Alliance, Marie-Claude Beaulieu, professeure titulaire, directrice du département de finance, assurance et immobilier et titulaire de la Chaire RBC en innovations financières, et Claude Denys Fluet, professeur titulaire, tous trois de la FSA ULaval.

La journée était divisée en six conférences présentées par différents acteurs du domaine :

- M. Philippe De Donder, directeur de recherche du CNRS affecté au GREMAQ de Toulouse School of Economics et chercheur sénior à l'Institut D'Economie Industrielle, qui a fait un tour d'horizon du marché des soins de longue durée, de l'assurance privée et publique et des défis à relever.
- Mme Külli Tamm, économiste principale chez Swiss Re, qui a illustré des solutions durables de soins de longue durée pour une population vieillissante.
- M. Pierre-Carl Michaud, professeur agrégé au département de sciences économiques de l'ESG UQAM, co-titulaire (avec Jean-Yves Duclos) de la Chaire Industrielle Alliance sur les enjeux économiques des changements démographiques, qui a présenté l'évolution future de la santé et des besoins en assurance longue durée des aînés au Québec.
- M. Martin Boyer, professeur titulaire au département de finance de HEC Montréal, directeur associé du Journal of Risk and Insurance, de la revue Gestions et de la revue Risks, qui a parlé de l'impact de l'assurance de soins longue durée sur le choix du véhicule d'épargne.
- M. Carl Yergeau, analyste au Service de planification financière avancée à L'Industrielle Alliance, qui a offert la perspective d'un assureur face aux produits d'assurance visant les maladies graves.
- M. Guy Couture, vice-président régional des ventes d'assurance de la Financière Manuvie, qui a parlé des perspectives des fournisseurs de produits d'assurance en soins de longue durée.

M. De Donder et M. Michaud ont soumis un texte de leur présentation à la revue Assurances et Gestion des Risques. Ce compte rendu focalisera donc sur les conférences de Mme Tamm, M. Boyer, M. Yergeau et M. Couture.

KÜLLI TAMM, SWISS RE – SOLUTIONS DURABLES DE SOINS DE LONGUE DURÉE POUR UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Résumé

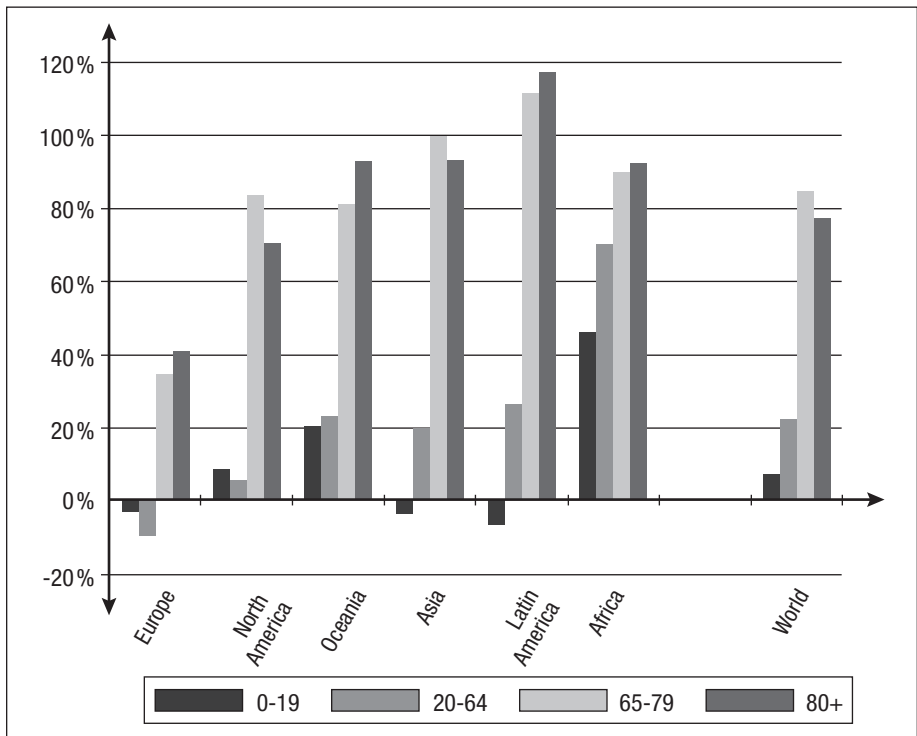
La présentation de Mme Tamm correspond à l'article «How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world¹». Les besoins en soins de santé vont croître significativement

au cours des 10 à 15 prochaines années. Les individus à risque de subir les contrecoups financiers de ce phénomène en semblent particulièrement inconscients et le financement des soins de longue durée risque d'étouffer les gouvernements. La vaste majorité des soins de longue durée sont prodigués de façon informelle et les solutions d'assurance privée jouent un rôle minimal. Les marchés privés d'assurance doivent se développer afin d'offrir des produits qui attirent les consommateurs.

Le « Silver Tsunami »

D'ici 2030, il y aura plus d'un milliard de personnes âgées de plus de 65 ans à l'échelle mondiale alors qu'il y en avait 530 millions en 2010. En Amérique Latine et en Asie, le nombre de personnes âgées de 65 et plus devrait plus que doubler d'ici 2030. Dans les pays développés, on s'attend à ce que le nombre d'individus en âge de travailler stagne (Amérique du Nord) ou même diminue (Europe).

■ FIGURE 1 Croissance de la population par tranche d'âge.



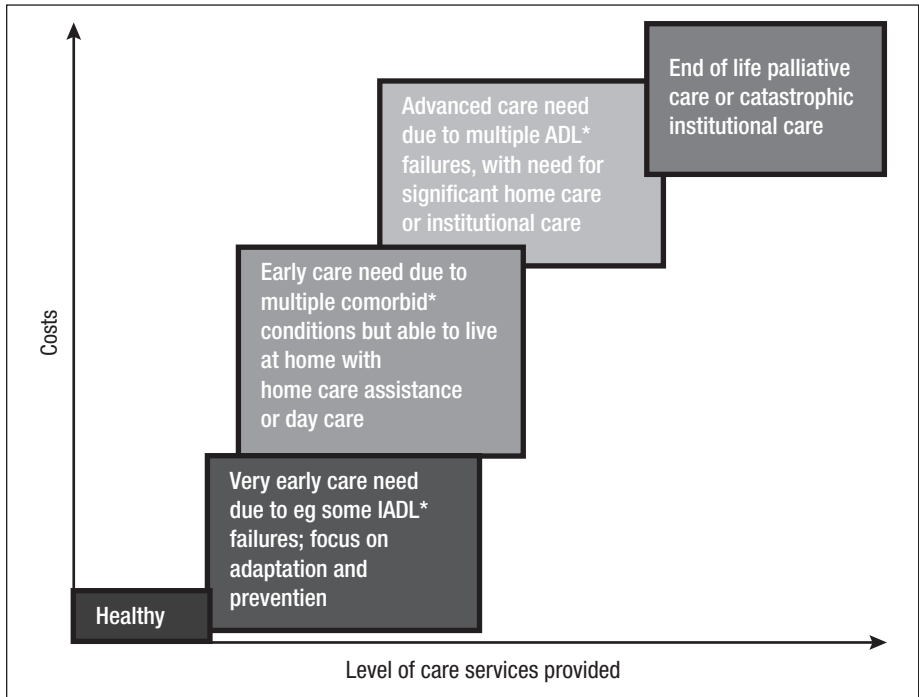
Source : Steinmann, Lukas and Külli Tamm (2014). How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world. Swiss Re Sigma, No. 5/2014.

À mesure que le nombre de personnes âgées augmente, la demande pour des soins de longue durée devrait elle aussi augmenter. Étouffés par leurs niveaux d'endettement, les gouvernements des pays avancés ne pourront pas financer cette demande sans opérer des changements majeurs dans leur gestion des fonds publics. Dans le cas des pays en développement, la demande de soins de longue durée est elle aussi appelée à augmenter mais ces pays n'ont en général pas ou peu d'infrastructures par lesquelles les gouvernements financent ces besoins. À ce jour, la principale source d'aide pour une personne âgée en perte d'autonomie provient de la famille et ce, autant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Si le vieillissement de la population entraîne une compression de la morbidité (une population âgée en meilleure santé), alors les besoins en soins de longue durée seront appelés à diminuer dans le futur. Cependant, si le résultat est un report de la morbidité (une morbidité équivalente à aujourd'hui mais à un âge plus avancé) ou une expansion de la période de morbidité, alors les défis seront plus importants. Nous ne pouvons dire comment la morbidité évoluera dans le temps mais on sait déjà qu'elle variera selon les pays et les tranches de revenu. Par exemple, il faudra porter une attention particulière à l'évolution de l'obésité et la réduction du nombre de fumeurs.

Le besoin de soins de longue durée peuvent varier selon l'âge. Certains individus sont très en forme passé 80 ans alors que d'autres sont entièrement dépendants au même âge. De plus, la dépendance ne se produit pas du jour au lendemain. Traditionnellement, l'attention portée aux soins de santé pour personnes âgées a ciblé les besoins avancés en soins, soit lorsque la personne n'arrive plus à effectuer par elle-même les activités routinières (identifiées ADL dans ce qui suit pour «activities of daily living») telles se vêtir, se laver, se déplacer, se nourrir et lorsqu'elle démontre des problèmes de continence. Mais avant de ne plus être en mesure de réaliser les ADL, un individu atteint d'abord un point où les activités quotidiennes dites instrumentales (les IADL) deviennent elles aussi problématiques : Travaux ménagers, gestion des avoirs, médication, magasinage, se déplacer hors de la maison, etc. Les besoins en soins de santé liés à la dépendance se développent progressivement, nécessitant au départ quelques minutes par jour pour éventuellement s'étaler sur 24 heures (voir Figure 2).

■ FIGURE 2 *L'évolution des besoins. IADL = Instrumental activities of daily living. ADL = Activities of daily living.*

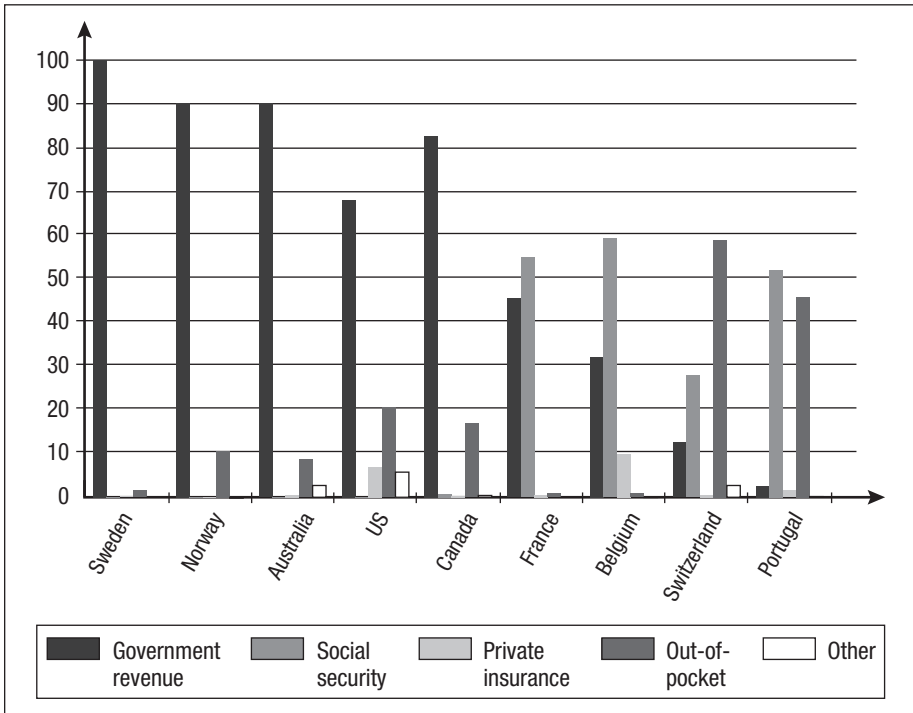


Source : Steinmann, Lukas and Külli Tamm (2014). How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world. Swiss Re Sigma, No. 5/2014.

Le financement des soins de longue durée seront un des défis les plus importants des décennies à venir. En 2008, les dépenses publiques et privées en soins de longue durée ont représenté en moyenne de 1.5% du PIB des pays de l'OCDE (Publication de l'OCDE, 2011), celles-ci variant entre 0.2% du PIB et 4%. Les sources de financement varient aussi beaucoup entre les pays. Comme on peut le voir dans la Figure 3, le gouvernement suédois prend pratiquement la totalité de ces dépenses en charge. La Norvège, l'Australie et le Canada figurent aussi parmi les pays où le gouvernement intervient fortement. Le gouvernement des États-Unis est aussi fortement sollicité pour ce type de dépense par l'entremise de ses programmes vis-à-vis des aînés. On remarque dans la Figure 3 que la part de l'assurance privée est en général négligeable. Les pays où celle-ci intervient le plus sont la Belgique avec 9.8% et les États-Unis avec 6.3%. À l'extrême droite de la Figure 3, la Suisse et le Portugal sont représentatifs de pays développés où la part des dépenses privées est la plus élevée. Ce qu'on

retient de cette figure est que si ce n'est pas le gouvernement qui prend en charge les soins de longue durée, cette dépense incombe aux portefeuilles des particuliers impliqués.

FIGURE 3 *Source de fonds, en % des fonds totaux, servant à financer les soins de longue durée pour différents pays.*



Source: Steinmann, Lukas and Külli Tamm (2014). How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world. Swiss Re Sigma, No. 5/2014.

Dans la plupart des pays, la fourniture informelle de soins prédomine. Les coûts associés à ses soins échappent aux statistiques officielles. Dans la plupart des pays, les soins sont en grande majorité dispensés par les membres de la famille sans rémunération. Cependant, les tendances démographiques indiquent que les fournisseurs informels de soins pourraient éventuellement manquer car les familles ont de moins en moins d'enfants et ceux-ci ont plus tendance à s'établir loin de la résidence familiale. À l'heure actuelle, il existe même une pénurie de préposés de soins à domicile.

Moins de 2% des soins de longue durée sont financés par l'assurance privée, et les choix des particuliers en ce sens sont fortement influencés par la présence de programmes de sécurité sociale. Dans les pays en

développement, le gouvernement et les programmes sociaux sont pratiquement absents de l'équation mais l'attrait pour l'assurance privée n'est pas plus populaire.

Plusieurs problèmes sont présents du côté des fournisseurs, tels que le manque de données, la difficulté d'établir un prix pour les garanties à long terme, la sélection adverse et la volatilité des politiques sociales et gouvernementales qui peuvent compromettre le développement d'un marché privé. Même lorsque des données historiques existent, la difficulté à anticiper la longueur et le coût des soins à être fournis dans le futur sont un frein à la mise en marché de produits en conséquence. De plus, les produits d'assurance soins de longue durée sont des produits «vendus» et non «achetés». En d'autres mots, ce sont les meilleurs vendeurs qui arrivent à trouver preneurs pour ces produits car ce sont rarement les clients qui les demandent. Les jeunes conseillers financiers ont de la difficulté à vendre ces produits, surtout lorsque que d'autres alternatives existent en soins complémentaires de santé.

Du point de vue de la demande, on remarque que les individus sont grandement inconscients des risques en lien avec les soins de longue durée. L'assurance soins de longue durée fait appel à des besoins qui auront lieu dans plusieurs dizaines d'années et est souvent structurée de manière très complexe, ce qui repousse les acheteurs. Dans la plupart des cas, les individus croient incorrectement que ce sont des dépenses qui incombent au gouvernement. Plusieurs s'attendent aussi à ce que leurs enfants prennent soin d'eux en fin de vie. Alors que par le passé, les familles avaient tendance à rester au même endroit de génération en génération, ce n'est plus vrai aujourd'hui. Les travailleurs sont de plus en plus mobiles et ainsi les descendants ne seront probablement pas dans les environs lorsque leurs parents auront besoin d'aide. Finalement, l'assurance comportementale joue en défaveur de tels produits d'assurance. Les gens repoussent souvent à plus tard les décisions difficiles et faire des sacrifices aujourd'hui pour se prémunir d'une protection en soins de longue durée, ou même seulement en parler, n'a rien d'amusant et peut même paraître déplaisant pour plusieurs.

Afin de pourvoir aux soins de longue durée, l'industrie de l'assurance doit se pencher sur l'offre de produits. Par exemple, des rentes de besoins immédiats ont été introduites dans certains marchés. Ces rentes sont achetées en un seul paiement par un patient au moment où il entre dans un centre de soins. Il y a aussi les produits hybrides qui combinent, assurance vie, retraite et besoins en soins critiques de santé. Parfois, les produits vendus trouvent plus facilement preneur lorsqu'ils visent une maladie particulière comme, par exemple, la

démence, le cancer ou l'arthrite. Ils paraissent alors moins complexes et repoussent moins le consommateur. Il existe aussi d'autres solutions hors assurance comme, entre autres, l'hypothèque inversée.

Implanter l'assurance soins de longue durée dans les mœurs des gens requiert l'intervention du gouvernement. Les États-Unis sont un exemple où l'assurance soins de longue durée a été populaire durant les années 1990 dû à l'absence de programmes universels. Cependant, les assureurs ont subi de lourdes pertes avec les premiers produits en circulation et ont ainsi dû augmenter les primes. Le Pension Protection Act, voté en 2006, a rendu plus attrayant les polices d'assurance soins de longue durée d'un point de vue fiscal et a permis le développement de produits hybrides. L'Allemagne a introduit un régime d'assurance soins de longue durée obligatoire en 1995 prenant deux formes, soit la forme de sécurité sociale ou d'assurance privée. Ces programmes financent entre 43% et 47% des coûts en soins de santé. Le Japon a mis en place un régime public d'assurance soins de longue durée financé conjointement sous forme de sécurité sociale et par le gouvernement. Cependant, la présence du gouvernement dans le marché japonais semble écarter les régimes privés.

Conclusion

S'attaquer aux besoins grandissants en soins de santé de fin de vie est un problème complexe et les systèmes actuels de provision pour ces soins sont intenables. L'assurance privée es appelée à jouer un rôle plus important dans le futur mais son intégration dans l'équation doit se faire en harmonie avec tous les acteurs en présence, nommément les gouvernements, les centres de soins, les fournisseurs potentiels de soins et les consommateurs. La vision de l'assurance dans ce domaine doit être repensée et adaptée en fonction des barrières financières et comportementales qui freinent le développement du marché.

MARTIN BOYER, HEC MONTRÉAL—PENSIONS, ANNUITIES, AND LONG-TERM CARE INSURANCE: ON THE IMPACT OF RISK SIGNALLING (EN COLLABORATION AVEC FRANCA GLENZER, DE GOETHE UNIVERSITÄT FRANKFURT)

Introduction

En vieillissant, une personne fait face à deux types de risque : Le risque d'avoir à faire face à des soins médicaux de longue durée (risque SLD) et le risque de survivre à ses économies (risque de longévité). Pour faire face au risque SLD, un individu peut se procurer une assurance à cet effet. Dans le cas du risque de longévité, deux types de régime de retraite sont accessibles : un régime à prestations déterminées (DB) et un régime à contributions déterminées (DC). La question que posent les chercheurs² est « Comment la décision d'acheter de l'assurance soins de longue durée est-elle influencée par le type de régime de retraite? »

Pourquoi cette question est-elle pertinente? Le Tableau 1 montre la répartition des régimes de retraite selon qu'ils soient à prestations déterminées ou à contributions déterminées à travers les pays de l'OCDE. Comme on peut remarquer sur ce tableau, les régimes de retraite au Canada sont à 97% à prestations déterminées. En même temps, la demande pour l'assurance soins de longue durée est très faible au Canada. Se pourrait-il qu'il y ait une relation entre la demande d'un individu pour de l'assurance soins de longue durée et son type de régime de retraite? Voilà ce à quoi les auteurs tentent de répondre.

■ TABLEAU 1 *Répartition des régimes de retraite à travers les pays de l'OCDE selon qu'ils soient à prestations déterminées (DB) ou à contributions déterminées. DB dénote les régimes à prestations déterminées. DC dénote les régimes à contributions déterminées.*

PERCENTAGE OF TOTAL ASSETS IN DIFFERENT RETIREMENT VEHICLE FOR SELECTED OCDE COUNTRIES AT THE END OF 2013								
	Only Defined contribution		Mostly Defined contribution		Mostly or only Defined Benefit			
	DB	DC	DB	DC	DB	DC		
Chile	0	100	Denmark	7	93	United States	57	43
Czech Rep.	0	100	Italy	7	93	Turkey	61	39
Estonia	0	100	Australia	10	90	Israel	70	30
France	0	100	Mexico	13	87	Lorea	73	27
Greece	0	100	New Zealand	20	80	Luxembourg	80	20
Hungary	0	100	Iceland	25	75	Portugal	85	15
Poland	0	100	Spain	28	72	Canada	97	3
Slovak Rep.	0	100				Finland	100	0
Slovenia	0	100				Germany	100	0
						Switzerland	100	0

Source : Boyer and Glenzer (2015). Pensions, annuities and long-term care insurance: On the impact of risk signalling. Working paper.

En sélectionnant leur carrière, les individus font, par la même occasion, un choix de régime de retraite. Ainsi, un individu optant pour un travail au gouvernement sélectionne un régime de retraite à prestations déterminées alors qu'un individu qui se trouve du travail dans le secteur privé se retrouve généralement avec un régime de retraite à contributions déterminées. Bien entendu, le choix que l'individu effectue est celui d'un emploi et non celui d'un régime de retraite. Cependant, il est clair que ce choix s'effectue assez tôt dans le cheminement d'un individu, i.e. bien avant que l'individu ne connaisse son risque de longévité, i.e. le risque de vivre vieux.

À mesure que le temps avance, l'individu devient conscient de son risque de longévité. Un risque de longévité élevé implique une plus grande probabilité de vivre jusqu'à un âge où des soins de longue durée pourraient être requis (risque SLD). Autrement, un risque de longévité faible implique une plus grande probabilité de décéder avant

de faire face au risque SLD. Quel que soit le risque de longévité, si un individu atteint un certain âge, la probabilité de nécessiter des soins de longue durée est la même pour tous.

Prenons comme exemple le cas de Robert, un fumeur invétéré ayant fait peu d'activité physique et ayant très peu surveillé son alimentation tout au long de sa vie, et celui de Julie, qui n'a jamais fumé, a toujours fait de l'exercice et s'est toujours bien nourrie. Au moment où Robert et Julie prennent leur retraite, le premier est conscient qu'il a moins de chances de vivre très vieux que Julie, i.e. Robert risque de décéder de bien des complications avant d'avoir besoin de soins de longue durée. La probabilité que Julie vive suffisamment vieille pour requérir des soins de longue durée est ainsi plus élevée que pour Robert. Cependant, si Robert atteint un âge avancé, alors la probabilité qu'il ait besoin de soins de longue durée est la même que pour Julie.

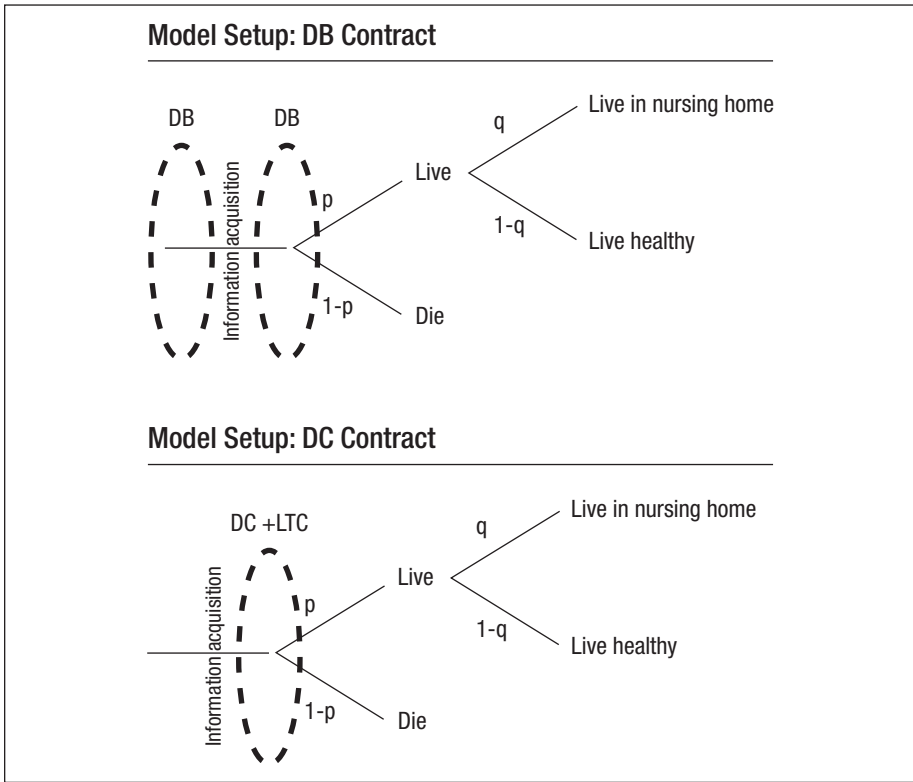
Modèle et résultats

Dans cet article, les auteurs présentent un modèle à deux périodes. Durant la première période les individus déterminent leur niveau d'assurance soins de longue durée ainsi que leur rente de retraite. La deuxième période représente la retraite et peut nécessiter des dépenses en soins de longue durée ou non. La structure de décision varie selon qu'un individu soit de type DB ou DC :

- Un individu DB détermine sa rente de retraite avant de connaître son risque de longévité, et il prend sa décision quant à l'assurance soins de longue durée une fois son risque de longévité connu.
- Un individu DC effectue ses choix d'assurances simultanément, i.e. il se procure une rente de retraite et de l'assurance soins de longue durée alors qu'il connaît sa probabilité d'atteindre un âge suffisamment avancé pour possiblement avoir besoin de soins de longue durée.

Durant la première période, les individus paient leurs primes d'assurance, i.e. ils cotisent à leur régime de retraite et ils paient leur prime d'assurance soins de longue durée. Durant la deuxième période, ils consomment leur revenu de retraite s'ils restent en santé et ils consomment leur revenu de retraite duquel sont déduits les frais de soins de longue durée s'ils ne sont pas en santé (voir Figure 4). Ce modèle permet d'observer si le choix d'acheter ou non de l'assurance soins de longue durée est influencé par le régime de retraite d'un individu.

■ FIGURE 4 Structure de décision pour les individus avec un régime de retraite DB (gauche) et un régime de retraite DC (droite).



Source : Boyer and Glenzer (2015). Pensions, annuities and long-term care insurance: On the impact of risk signalling. Working paper.

Le modèle est développé dans un monde à la Rothschild et Stiglitz, i.e. un monde où les individus sont conscients de leur risque mais pas l'assureur. L'assureur doit ainsi mettre en marché des contrats pouvant être achetés soit par des individus à haut risque de longévité ou à faible risque de longévité. Dans ce type de modèle, un contrat identique s'adressant aux deux types d'individu ne peut constituer un équilibre. L'équilibre atteint est généralement tel que les individus à haut risque optent pour les produits éliminant complètement le risque, i.e. des produits tels que le niveau d'utilité de l'individu est le même et ce, peu importe l'état de la nature. En contrepartie, les contrats s'adressant aux individus à faible risque offrent une couverture partielle, i.e. l'individu atteint un niveau d'utilité plus élevé dans les situations avantageuses que dans les situations désavantageuses. Cette situation représente un équilibre car les contrats s'adressant aux individus à haut risque sont

trop dispendieux aux yeux des individus à faible risque et les contrats s'adressant aux individus à faible risque offrent une trop faible couverture pour intéresser les individus à haut risque.

Les résultats, obtenus à l'aide de simulations, sont les suivants :

- Tous les individus DC, haut risque de longévité (probabilité plus élevée de vivre vieux) et faible risque de longévité (probabilité moins élevée de vivre vieux), se procurent une assurance soins de longue durée complète :
 - Les individus à haut risque se différencient des individus à faible risque en choisissant une rente telle que son niveau de consommation est le même en période 1 qu'en période 2 (élimination du risque de consommation);
 - Les individus à faible risque se procurent une rente qui paie moins à la période 2 que celle achetée par les individus à haut risque – comme cette rente coûte moins cher, le niveau de consommation des individus à faible risque est plus à la période 1 qu'à la période 2, i.e. leur risque de consommation n'est pas totalement couvert.
- Les individus optant pour un régime de retraite à prestations déterminées (DB) sélectionnent un régime procurant une rente de retraite plus élevée que ce que choisissent les individus avec un régime à contributions déterminées (DC), mais ils s'assurent partiellement pour les soins de longue durée :
 - Les individus DB à haut risque se procurent une couverture plus élevée pour le risque de soins de longue durée que les individus à faible risque.

Conclusion

Les auteurs démontrent qu'il peut exister un lien entre la demande d'assurance soins de longue durée et le type de régime de retraite auquel cotise un individu, et cela pourrait expliquer pourquoi la demande d'assurance soins de longue durée est si faible au Canada. Bien entendu, les résultats sont obtenus à l'aide d'une représentation très simplifiée de la réalité. Ils offrent néanmoins un éclairage nouveau sur la problématique entourant les soins de fin de vie.

CAR YERGEAU, L'INDUSTRIELLE ALLIANCE – PRODUITS D'ASSURANCE VISANT LES MALADIES GRAVES, PERSPECTIVES D'UN ASSUREUR.

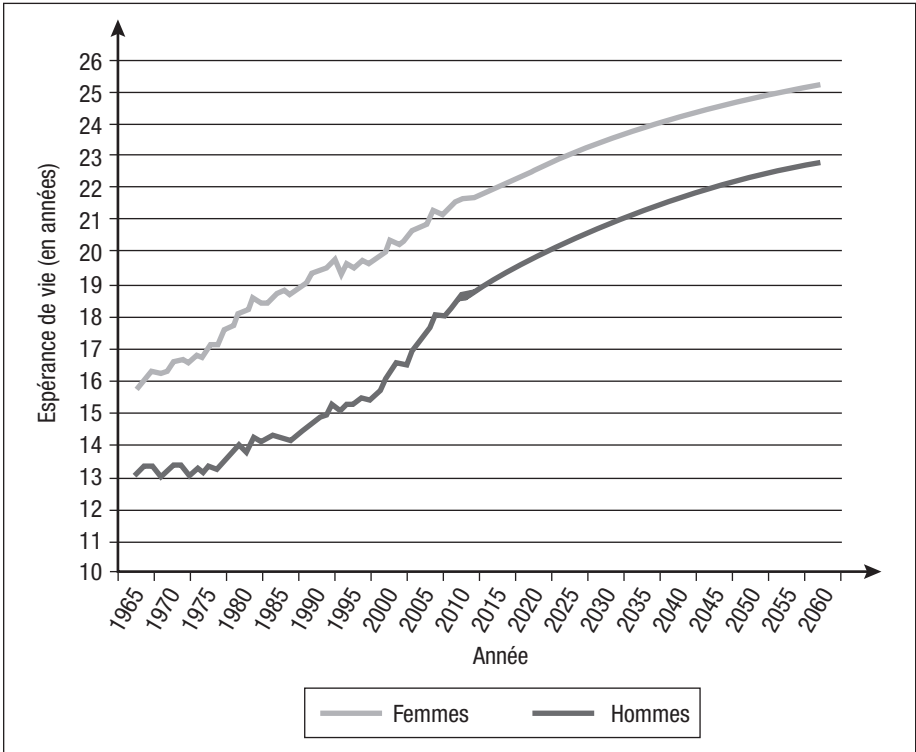
M. Yergeau amorce sa présentation en effectuant un survol rétrospectif de l'évolution des tendances liées à l'espérance de vie et aux maladies graves. Depuis le début du 20^e siècle, les principales causes de décès ont connu des changements importants permettant une nette amélioration de l'espérance de vie pour les hommes et les femmes (voir le Tableau 2 et la Figure 5). D'après le rapport d'évaluation actuarielle du régime de la Régie des rentes du Québec, l'espérance de vie sera à la hausse pour les 50 prochaines années et le nombre de centenaires devient de plus en plus grand. Cela représente une opportunité de marché pour les assureurs privés d'offrir davantage de produits d'assurance touchant les maladies graves. Par ailleurs, selon le rapport annuel de Munich RE, les réclamations en maladies sont majoritairement dues à des cancers dont la plupart ont un excellent taux de survie qui ne font que s'améliorer (Voir Figure 6 et Tableau 3). Les accidents cardiovasculaires représentent une autre source importante de réclamations, par contre bien que le taux de survie soit encourageant, seulement 10% des personnes ayant souffert d'un tel incident s'en remettent complètement. Ainsi, une protection pour les maladies graves et les soins de longue durée est une quasi-nécessité.

■ TABLEAU 2

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN 1920-25	PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN 2011
Maladies du cœur	Cancer
Grippe, bronchite et pneumonie	Crise cardiaque
Mortalité infantile	ACV
Tuberculose	Maladies chroniques des voies respiratoires
Cancer	Accidents
Accidents	Diabète sucré (diabète)

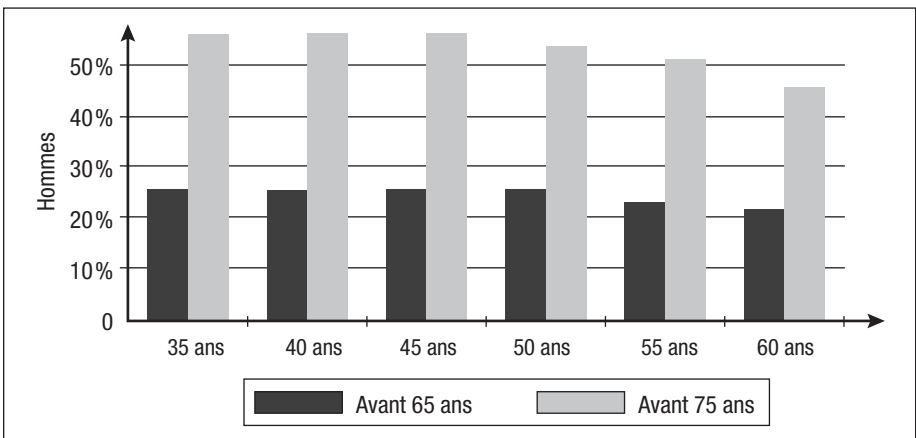
Source : Statistiques Canada, publication 11-516-X, série B35-50 et Statistiques Canada, CANSIM, tableau 102-0561. Dernières modifications apportées : 2014-01-28

■ FIGURE 5 *Évolution de l'espérance de vie à 65 ans au Québec.*



Source : Rapport d'évaluation actuarielle du régime de la Régie des rentes du Québec, 31 décembre 2012.

■ FIGURE 6 *Probabilité de maladie grave.*



■ TABLEAU 3 *Répartition des réclamations en maladie grave.*

RÉPARTITION DES RÉCLAMATIONS EN MALADIE GRAVE	
Cancer	67%
Crise cardiaque	13%
AVC	5%
Sclérose en plaque	3%
Angioplastie	3%
Autre	9%
RÉPARTITION DES RÉCLAMATIONS PAR TYPE DE CANCER	
Poitrine	44%
Prostate (excluant stades 1A et 1B)	17%
Colon	12%
Thyroïde	10%
Poumon	5%
Mélanome malin	5%
Prostate stades 1A et 1B	4%
Carcinome in-situ	2%
Mélanome in-situ	1%

Source : Munich Re, 2014

M. Yergeau distingue ensuite les assurances de soins de longue durée (SLD) des assurances en cas de maladie grave (MG). La protection SLD verse des prestations mensuelles en cas de perte d'autonomie afin que les soins soient reçus au domicile ou dans un établissement spécialisé. D'un autre côté, l'assurance MG verse un capital assuré libre d'impôt suite à la réception d'une preuve de diagnostic d'une maladie prévue au contrat, qu'elle soit permanente ou temporaire. Il précise que la protection en cas de maladie grave se veut un complément de protection pour soins de longue durée.

Les objectifs de la protection en cas de MG, pour un particulier, sont de permettre au réclamant de conserver son niveau de vie, d'adapter sa résidence à sa nouvelle condition et de pouvoir se permettre de payer pour ses soins médicaux dans le réseau privé. La clientèle que vise l'Industrielle-Alliance pour ce produit est très large et inclue les travailleurs autonomes, les travailleurs à domicile, les hauts salariés, les propriétaires d'entreprise, les personnes au foyer, les étudiants et les célibataires dans la trentaine.

Dans un cadre corporatif, l'obtention de protection maladie grave offre des avantages fiscaux. Elle permet aux cotisants d'épargner, de protéger l'entreprise et ses personnes clé. L'accent a été mis sur le concept de propriété partagée qui permet un partage des primes et des prestations entre les employés et l'entreprise. L'utilisation de cette protection offre de la liquidité pour la survie de l'entreprise en cas de réclamation et des possibilités de remboursement flexible de prime pour l'actionnaire. Par ailleurs, le remboursement de ces primes comprend les primes payées par la société. Ceci dit, si la prestation maladie grave est payée, il n'y a plus de remboursement de primes et, en cas de maladie grave, l'entreprise n'a aucune obligation de verser une prestation à l'employé.

GUY COUTURE, FINANCIÈRE MANUVIE – PRODUIT DE LA PROCHAINE DÉCENNIE ?

M. Couture débute en faisant état de l'expérience de John Hancock avec l'assurance soins de longue durée aux États-Unis. Aux États-Unis, sur 1000 personnes de 65 ans, on estime que 20 auront besoins de leurs prestations en soins de longue durée pendant plus de 5 ans, 106 en auront besoin pendant plus de deux ans et 449 auront besoin de soins professionnels. On remarque que les femmes représentent environ les deux tiers des demandes d'assurance SLD, plus de 70% des résidents de centre d'hébergement sont des femmes, plus du tiers des Américains de plus de 85 ans sont des femmes et qu'en moyenne, les femmes vivent cinq ans de plus que les hommes. Ainsi, le marché des femmes au Canada serait négligé.

Manuvie a mené un sondage en collaboration avec Market Probe afin de mieux identifier les besoins de la population en termes d'assurance SLD. Le premier constat de ce sondage est que les individus ont peur de vieillir et qu'ils préfèrent ignorer les problèmes reliés au vieillissement (voir Figure 7). Les résultats ont démontré que 27% des répondants qui ont un conseiller ont reçu des conseils au sujet de leur besoin en matière de SLD. On remarque par contre qu'il y a beaucoup de confusion et d'ignorance face à ce produit. En effet, les résultats montrent que 43% des répondants surestiment le coût mensuel d'une assurance SLD pour une personne de 55 ans et plus, que plus de la moitié croient qu'une personne ayant une maladie grave ne peut être admissible à ce type de protection et que la moitié d'entre eux présument que l'assurance fournie par l'État couvre les SLD. On a aussi

évalué qu'en vieillissant, 66% des répondants craignent une perte d'autonomie, 55% pensent avoir un besoin éventuel de SLD, 53% craignent une détérioration de leur santé mentale et 51% craignent le risque de devenir un fardeau pour leur famille.

Les principales objections des clients face à un produit d'assurance en soins de longue durée sont:

- L'État couvre ces dépenses

Erreur: Les coûts en soins de longue durée ne font pas partie des soins universels, certaines allocations et crédits sont disponibles mais les fonds pour ces soins proviennent en grande partie du malade lui-même;

- On croit souvent à tort avoir assez d'argent pour couvrir ce risque

Erreur: Des soins nécessitant 5 000 \$ par mois s'élèvent à 300 000 \$ après cinq ans – On n'hésite pas à assurer une voiture qui coûte 20 000 \$ mais on omet d'assurer pour 300 000 \$ de soins;

- On considère que ce type d'assurance est trop coûteux

Le problème ici est que l'on cible généralement des personnes trop âgées lorsque l'on tente de vendre ces produits – Pour un individu de 55 ans, une couverture de 300 000 \$ coûte 1 442 \$ par année alors que la même couverture coûte 2 665 \$ par année pour un individu de 65 ans.

De la part des conseillers, le principal problème avec les produits d'assurance soins de longue durée est que les primes peuvent varier à tous les 5 ans et il est difficile de vendre un produit dont les primes ne sont pas garanties.

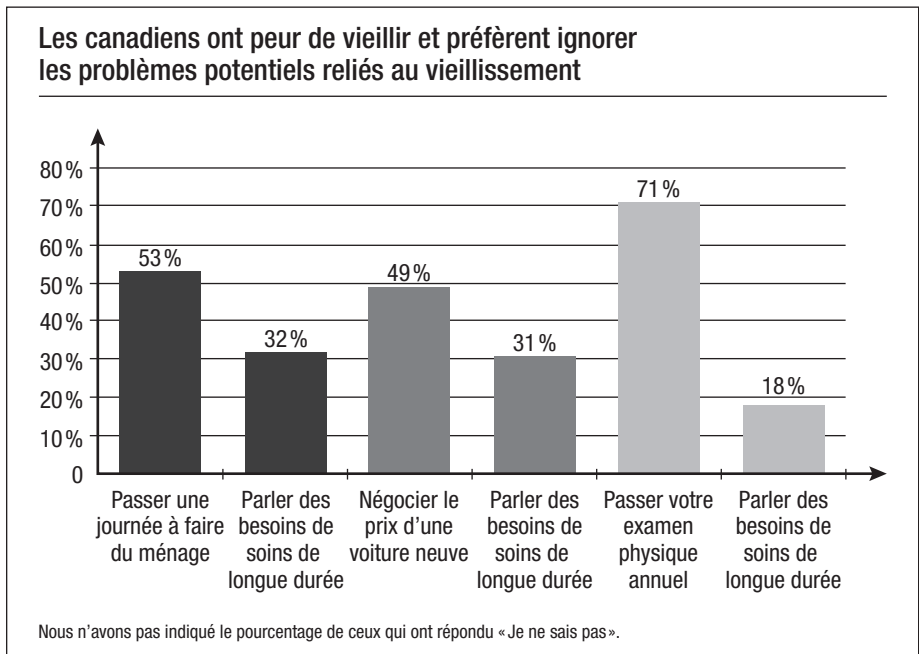
M. Couture présente ensuite les solutions qui sont présentement offertes sur le marché. D'abord, il y a la protection pour soins de longue durée avec solution de revenu qui permet au client de choisir le nombre d'années pendant lesquels la prestation sera payée. Une deuxième solution de revenu similaire ajoute certaines contraintes afin de diminuer la prime, telles que la nécessité d'un paiement minimum de la prime pendant 10 ans avant d'obtenir une prestation et le premier paiement devant être après l'âge de 65 ans. Une autre protection alternative suivant une solution de revenu serait le retrait du pourcentage d'un montant forfaitaire sur une période dépendant de la situation du réclamant, soit qu'il soit en institution ou à la maison. Des protections

de SLD pour les couples sont aussi possibles. Le couple est alors exonéré de la prime et reçoit des prestations lorsqu'un des conjoints a besoin de soins et, suite à un décès, la prime est réduite de moitié. Il est à noter que des avenants sont aussi disponibles sous cette protection, tel qu'un retour de primes au décès lorsque l'assuré n'est pas le payeur et l'indexation à l'inflation (voir Figure 8).

La solution combinée est une alternative à la solution de revenus. Cette protection permet de combiner une assurance personnelle à la protection SLD ou perte d'autonomie et, étant donné qu'elle est souscrite plus tôt, les frais sont inférieurs et il n'y a pas de révision de prime à chaque cinq années.

M. Couture conclut en indiquant qu'il serait important d'amener les clients à poser la question «De combien ai-je besoin?» plutôt que «Combien ça coûte?».

■ FIGURE 7 *Sondage sur l'intérêt qu'ont les gens relativement aux soins de longue durée.*



Source : Financière Manuvie

■ FIGURE 8 Exemple de solutions d'assurance soins de longue durée.

Les solutions offertes					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Ex: 400 000 \$ </div> (avec protection inflation)					
Pour couple					
Exemple de fonctionnement					
Âge Jacques	Âge Évelyne	Solde de prestations début année	Prime Annuelle	Prestations pour soin	Évènement
65	58	400 000	8 675,64	0	
67	60	416 160	8 675,64	0	
75	68	487 609	Exonérée	21 942	Jacques : AVC Soins à domicile
77	70	454 036	Exonérée	30 438	Jacques décède
	71	432 070	4 726,80	0	
	80	516 368	Exonérée	55 656	Évelyne : Parkinson Fracture du bassin
	85	180 935	Exonérée	81 933	Évelyne décède plus de 530 000 ont été versé

Source : Manuvie

CONCLUSION

Les dépenses en soins de longue durée représentent un défi de taille pour les finances des particuliers et des gouvernements dans les prochaines décennies. L'assurance privée occupe actuellement une place négligeable dans l'équation mais devra prendre beaucoup de place à l'avenir. Les risques en lien avec les soins de longue durée sont grandement sous-estimés ou consciemment ignorés par les particuliers. Il faut absolument que les acteurs du marchés, gouvernements, assureurs et maisons de soins, collaborent ensemble afin de rendre les produits d'assurance soins de longue durée plus attrayants et plus accessibles aux individus.

NOTES

1. Steinmann, Lukas and Külli Tamm (2014). How will we care? Finding sustainable long-term care solutions for an ageing world. Swiss Re Sigma, No. 5/2014.

2. L'article présenté est : Boyer, Martin and Franca Glenzer (2015). Pension annuities and long-term care insurance: On the impact of risk signalling. Working Paper.