



FRANÇOIS LUSSON EST ACTUAIRE CONSULTANT

Associé et responsable du développement chez ACTENSE, société de conseil en protection sociale et actuariat, créée début 2011. Il possède 24 ans d'expérience dans l'actuariat Conseil, comme consultant, et directeur général puis président, (2005), à l'époque, du premier cabinet français d'actuaire conseils (WINTER & Associés). Spécialisé sur les missions relatives à la prévoyance, la retraite, la dépendance et le suivi financier des dispositifs d'assurance collective, il a été amené à gérer des projets de réforme ou d'évolution de régimes de protection sociale. Membre de l'Institut des Actuaire, François Lusson est polytechnicien (X 1985) et possède une formation ENSAE (1990). Il est par ailleurs, président du Syndicat de Actuaire Conseils et Actuaire Experts Indépendants (SACEI).

L'ÉQUILIBRE ACTUARIEL DE LONG TERME EN ASSURANCE DÉPENDANCE EN FRANCE

Sur le marché de la dépendance totale, les opérateurs qui se donnent les moyens (quand la taille de leur portefeuille le permet) de piloter leurs risques font figure à ce jour d'exception. Les contraintes de Solvabilité 2 en termes de fonds propres renforcent cet impératif de pilotage. En effet, les chargements à prévoir dans les tarifs pour rémunérer les fonds propres seront d'autant moins élevés que le suivi sera de qualité.

L'équilibre actuariel est un "sport" exigeant car demandant des ambitions et une forte résistance à l'effort pour développer, année après année, des portefeuilles d'assurés. Une fois constitués, il s'agit de poursuivre l'effort pour continuer à les alimenter, mais vient alors la phase d'endurance liée aux nécessités du pilotage des garanties.

Compte tenu de la volatilité du risque assuré (quelle fraction de souscripteurs entrera en dépendance ? Pendant combien de temps faudra-t-il les indemniser ?), tout nouvel intervenant doit viser la "loi des grands nombres" et de gros portefeuilles d'assurés... sauf à différer indéfiniment la connaissance de son risque et donc la politique de provisionnement.

Sur le marché de la dépendance totale, les opérateurs qui se donnent les moyens (quand la taille de leur portefeuille le

permet) de piloter leurs risques font figure à ce jour d'exception. À l'idéal, il faudrait viser la connaissance des lois, de leurs intervalles de confiance, des lois de passage d'un état à l'autre, et des éléments déterminants de ces lois (le sexe, l'âge, et donc les pathologies et poly-pathologies dont les natures évoluent avec l'âge et qui conditionnent alors la survie).

Il s'agit, à long terme, d'un "sport" exigeant sous Solvabilité 1 (selon que l'on retienne une approche non-vie, ou plus encore avec une approche vie qui n'est pas moins appropriée s'agissant de risques conditionnés par la survie des cotisants et surtout des dépendants). Il l'est sans doute encore plus sous Solvabilité 2, qui combine les exigences de fonds propres au titre des risques liés de survie des cotisants, d'incidence puis de longévité des dépendants.

ASSURER QUOI ?

Sous le même mot hélas, se trouvent des objectifs marketing et techniques ! Au surplus, quand les objectifs deviennent politiques, comment l'assuré pourrait s'y retrouver ? On a pu entendre à la tribune (politique) : « Il faudrait pouvoir dire aux assurés qu'ils seront certains de disposer, en cas de besoin, de deux heures d'assistance à domicile dans 40 ans ». Il faudrait surtout pouvoir trouver le code qui autorise cette prise de risque indemnitaire et viagère...

Le marché a commencé à converger au niveau des définitions des garanties (cf. le label GAD - Garantie assurance dépendance pour la dépendance totale), sous l'effet de la concurrence et des réflexions de place (FFSA, groupes de travail 2011, Institut des actuaire, GAD...). Les contrats sont désormais plus comparables et les tarifications plus proches les unes des autres en matière de dépendance totale. La terminologie s'est affinée sans encore converger. Et une terminologie unique ("assu-

rance dépendance") masque une coexistence d'offres très différentes en termes de garanties contractuelles, notamment au niveau de la résiliation. Coexistent ainsi des garanties totales ou partielles, des communications sur base indemnitaire ou forfaitaire, et fait encore plus gênant, des fonctionnements en capitalisation et d'autres en fonds collectifs (c'est-à-dire, *a priori*, non totalement provisionnés sur une base viagère). Or, il est dangereux de conserver le même nom pour des dispositifs contractuels sensiblement différents.

À PROPOS DE LA REVALORISATION SUR LE LONG TERME

Au-delà des risques "biométriques" (mortalité, survenance, longévité), un autre élément revient actuellement de manière de plus en plus insistante dans

la tarification et le provisionnement: le risque de taux. La règle non-vie, actuellement la plus utilisée (i. e. la moyenne à tout instant des 24 derniers TME) voit une chute vertigineuse du taux technique (et donc un renchérissement mécanique des tarifs). Cette règle s'appliquant au même instant aux divers opérateurs, la concurrence ne s'en trouve pas affectée (pour peu que ces opérateurs ne tardent pas à adapter leurs tarifs, ce qui n'est pas chose simple d'un point de vue pratique). En revanche, les Provisions pour risque croissant (PRC) doivent être revues, et ce, dans des proportions notables. Bien des PRC calculées à 2.50 % vont devoir être recalculées à 2,00 % avant mi-2013, et peut-être 1,75 % à fin 2013.

Pour mémoire enfin, on peut imaginer que les concepteurs de ces garanties souhaitent revaloriser sur le long terme les rentes garanties. Or, la capacité de revaloriser (à supposer qu'il n'y a pas de pertes techniques liées à la survie et à l'incidence des cotisants, et à la longévité des dépendants) découle du rendement net de l'actif, duquel est ôté le taux technique, et le chargement sur encours destiné notamment à rémunérer les fonds propres. Tous calculs faits, la revalorisation nette disponible doit permettre aux bénéficiaires de voir leurs prestations suivre leurs principaux postes de dépenses (énergie, immobilier, services, alimentation) qui évoluent plutôt plus vite que l'inflation en

moyenne. Autant dire que le taux technique retenu dans le calcul des provisions a "intérêt" à être adapté rapidement...

Cette question de la revalorisation disponible sur le long terme largement conditionnée par le choix du taux, doit être reliée, notamment dans une perspective Solvabilité², à la structure du compte contractuel de participation aux bénéficiaires s'il existe. Toute contrainte contractuelle forte devra être modélisée et les obligations qui en découlent risquent de constituer autant de freins à la définition et la mise en œuvre des *management actions* prévues par la norme. Avec bien sûr à la clé, des exigences de fonds propres à estimer en conséquence.

QUELS RISQUES ?

Quelques caractéristiques des "briques" habituellement observées dans les *mix-produits* peuvent utilement être rappelées:

- rentes et capital dépendance totale (DT);
- rentes et capital dépendance partielle (DP);
- assistance.

Le premier constitue un "vrai risque", avec de faibles probabilités de survenance complété par un risque de longévité avec de très forts taux de mortalité (la "demi-vie", c'est-à-dire l'horizon de constatation de 50 % de décès, étant observée moins de 24 mois après le dépôt du dossier sinistre DT).

Le deuxième risque survient d'autant plus souvent que la défi-

nition contractuelle couvrirait de la dépendance partielle confinant à l'incapacité ou à un besoin d'aide chronique. L'INED et la DREES établissent des suivis édifiants (par sexe en particulier) montrant la très forte survenance après 75 ans des besoins d'assistance ponctuelle ou quasi-quotidienne.

Le troisième apparaît plus classique mais sort complètement de la logique d'assurance de personnes.

Ainsi, quels points communs existent en pratique dans le pilotage entre:

- le financement viager d'un risque prévoyance d'une faible fréquence (rente DT);
- le préfinancement d'un risque très probable (capital DP, dépendance parfois qualifiée de "légère");
- et la consommation (et donc la gestion de trésorerie) sur une base annuelle, de services d'assistance?

Le premier risque s'avère viager par nature et le deuxième est, à ce jour, très nettement sous-déclaré dans les portefeuilles d'assurance. Le troisième est évidemment résiliable chaque année, ce que ne sont pas, ou ne devraient pas être, les deux premiers dans une perspective viagère.

SOUS SOLVABILITÉ 1 ?

Avant Solvabilité², les tarifications des gammes dépendance n'insistaient que très peu sur l'exigence de marge de solvabilité (EMS) et sur les charge-

ments *ad hoc* permettant de répondre à l'attente de l'actionnaire. Le marché se cherchait et les tarifs étaient disparates. Au surplus, selon que le tarificateur retenait une approche purement non-vie (le max de 16 % des primes ou de 23 % des sinistres), ou une approche vie (4 % des provisions), moins "en vogue" car plus coûteuse, mais pourtant pas "condamnabile" au sens de la nature des risques pris sur une base viagère, le chargement à retenir était quasiment doublé.

Or, le fait est que les chargements de gestion et de suivi ne sont déjà pas très élevés au regard des primes et prestations unitaires (faibles) et du travail (lourd) de suivi technique à réaliser. Dans ce contexte, la "vraie" ressource dédiée à la seule rémunération de l'EMS s'avérait rarement prioritaire dans l'analyse tarifaire.

ET SOUS SOLVABILITÉ 2 ?

Le « SCR » de souscription :

La norme Solvabilité² n'a pas précisément été conçue pour les risques viagers à développement long¹, de sorte que l'application mécanique à la dépendance, par exemple, des chocs de mortalité et de morbidité, engendre des hausses très significatives de besoins en fonds propres. Le *Solvency Capital Requirement* (SCR), au titre des risques de souscription, est évalué en "choquant" la longévité (-20 % sur les taux de mortalité à la fois des cotisants et des dépendants), la morbidité (+35 % l'année considérée pour chaque choc étu-

► dié dans le futur, puis +25 %) et les frais (+10 %). S'agissant d'un risque de type *Health SLT* (*Similar to Life Techniques*), les deux approches (avec ou sans les primes futures) peuvent être retenues, mais s'agissant de la dépendance, le plus fréquent consiste à projeter un compte prévisionnel incluant des encaissements futurs (pour mémoire, 1/les contrats n'envisagent d'accorder des valeurs de réductions qu'après une huitaine d'années, 2/les tarifs résultant d'un pari viager avec projection de tous les flux et stocks futurs, la logique consiste à considérer qu'en cas de choc, l'organisme assureur s'emploie à redresser les générations souscrites en agissant progressivement sur les tarifs, et en ne distribuant pas la totalité du solde technique et financier à la communauté de ses assurés).

LONG TERM DISABILITY AND SOLVENCY 2 IN THE FRENCH REGULATORY FRAMEWORK

Whichever way the companies may choose to implement every technical option of LTD covers, these policies require much more capital than previously. The only way to cap these new capital requirements is to create big portfolios and be ready to set up and implement in depth management actions. Not easy. But feasible. In the long run.

François Lusson
www.revueanalysefinanciere.com

Tous calculs faits, les charge-ments à prévoir au titre de ce seul SCR de souscription sont multipliés par sensiblement plus de 10, ce qui rendrait l'exercice de vente de tels contrats encore plus compliqué si l'on arrêta à l'analyse.

Les autres éléments à intégrer:

En pratique, ces surcoûts peuvent selon les conditions de marché, être significativement amortis par l'existence d'un effet important dans la construction du bilan « S2 », de l'écart existant entre le taux sans risque utilisé pour l'actualisation sur une trentaine d'années des flux futurs et le taux technique retenu dans la construction du produit. Les provisions *Best Estimate* sont donc plus faibles durablement, ce qui peut diminuer, quand les courbes de taux le permettent, les besoins en fonds propres.

Au surplus, l'effet de dilution de l'activité ou de la branche dépendance dans l'ensemble de l'activité du groupe d'assurance qui exerce cette activité, rend le SCR moins coûteux marginalement que celui issu d'un calcul qui serait mené au seul périmètre des couvertures dépendance.

Enfin, les projections doivent être menées en intégrant les *management actions* qui décrivent, dans les situations extrêmes (issues des chocs notamment), les mesures (qui seraient) prises par la direction de l'entreprise pour réagir

et limiter les besoins en fonds propres.

Au terme de toutes ces projections qui valent d'être menées pour bien comprendre la nature des risques, et leur poids relatif, une conclusion s'impose lorsqu'il s'agit de fixer le "bon" chargement d'un contrat dépendance dans un environnement S2: ce chargement dépend davantage du suivi (donc de la taille du portefeuille, des moyens mis en œuvre et de la qualité des données) et de la qualité du pilotage (moyens humains, expertise et gouvernance).

SOLVABILITÉ 2 AVANT SOLVABILITÉ 2

Fort d'une quinzaine d'années d'expérience sur le pilotage de telles garanties, deux convictions comme deux messages d'espoir pour conclure:

- il est possible d'affirmer à ce jour que la DT est pilotable; lorsque le risque est accepté de manière permanente conformément aux conditions contractuelles, et observé sur des effectifs significatifs, les observations suivent de manière prévisible, avec une volatilité limitée, des lois statistiques de mieux en mieux cernées. Avec humilité et endurance, le risque peut désormais être appréhendé sur des bases robustes (pour peu que la chaîne de traitement du risque soit elle-même pérenne et donc l'acceptation surveillée au plus près des termes du contrat, ce qui reste souvent à démontrer).

- la dépendance exige une maîtrise d'ouvrage de tous les corps de métier de l'organisme assureur et une attention redoublée. Sous Solvabilité2, la question du pilotage de ces garanties passe par une maîtrise des scénarios futurs et des réponses imaginées ex ante sous forme de *management actions*, seules à mêmes de diminuer les exigences de fonds propres. Une telle gouvernance du risque, qui implique la direction générale pour les plus gros portefeuilles, n'a pas eu à attendre les exigences de l'ORSA² sous Solvabilité2.

À l'échelle des portefeuilles des organismes assureurs, et a fortiori des groupes financiers ou des groupes de protection sociale, les portefeuilles dépendance apparaissent très faibles en effectifs, en cotisations et en provisions. Y aurait-il une fatalité à ce que ces portefeuilles dépendance apparaissent sur les "écrans radars" des organismes assureurs exclusivement – suite à des contrôles ou à des missions d'audit actuariel diligentées ponctuellement – lorsque les exigences de reprovisionnement finissent par devenir inconcevables? Évidemment non. ■

1) [http://www.ressources-actuarielles.net/C1256F13006585B2/0/443491C8067B1DC8C125758F0063B067/\\$FILE/178.pdf?openelement](http://www.ressources-actuarielles.net/C1256F13006585B2/0/443491C8067B1DC8C125758F0063B067/$FILE/178.pdf?openelement)

2) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:335:0001:0155:FR:PDF>

<http://actactuaires.typepad.com/laboratoire/2010/12/quelles-dimension-retenir-dans-le-cadre-de-risk-appetite.html>