



SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DE LA MISSION LORS DE SON DÉPLACEMENT AU JAPON, DU 15 AU 19 FÉVRIER 2009

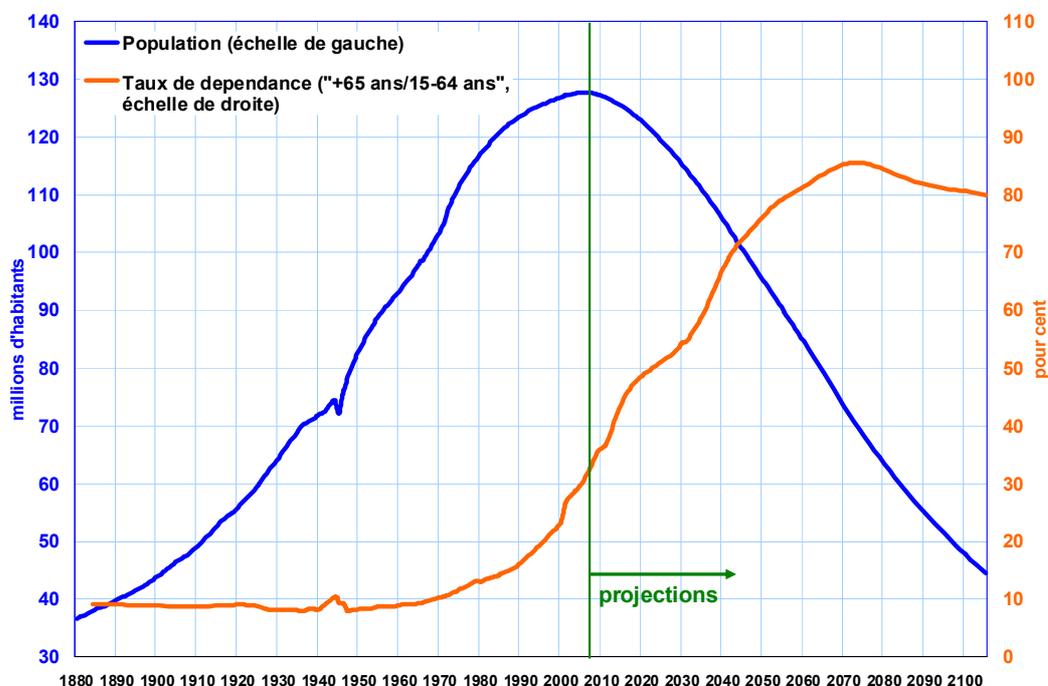
Une délégation¹ de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque s'est rendue au Japon du 15 au 19 février 2009.

Elle a rencontré à Tokyo le plus large éventail possible d'acteurs intervenant dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées² : parlementaires japonais, administrations nationales (ministère de la santé, du travail et des affaires sociales) et locales (mairie de Tokyo), acteurs de terrain (établissement d'accueil et entreprise prestataire de services), représentants des familles, experts et compagnies d'assurance.

1. Le Japon est confronté à un vieillissement accéléré de sa population et à une évolution de ses traditions sociales

Selon les projections démographiques actuelles, la population japonaise, qui s'élève à près de 127,8 millions d'habitants en 2007, aurait atteint son niveau le plus élevé. En effet, on observe une **baisse de la population active depuis 1997** et une **diminution de la population totale depuis 2005**. Si les tendances actuelles se prolongent, la population totale du pays pourrait être ramenée à 100 millions d'habitants à l'horizon 2050, comme le montre le graphique suivant.

Projections d'évolution de la population japonaise



Source : mission économique de Tokyo

¹ Cette délégation était composée de quatre sénateurs : MM. Philippe Marini, président, Alain Vasselle, rapporteur, François Autain et Mme Michèle André.

² Cf. Programme reproduit en annexe.

Cette évolution démographique résulte notamment de trois facteurs :

- **une espérance de vie parmi les plus élevées au monde**, puisqu'elle est évaluée en 2008 à 85,6 ans pour les femmes et à 78,7 ans pour les hommes. A titre de comparaison, elle s'établissait en France à 84,3 ans pour les femmes et à 77,5 ans pour les hommes ;

- **une basse natalité** : on dénombrait ainsi 1,34 enfant par femme en moyenne au Japon en 2007, contre 2 enfants par femme en France. Cette situation peut notamment s'expliquer par une politique familiale incomplète et insuffisamment efficace ;

- **une faible immigration**, la population étrangère ne représentant que 1,3 % de la population totale au 1^{er} janvier 2009. A la mi-2004, l'Insee évaluait à 3,5 millions de personnes le nombre d'étrangers résidant en France, soit environ 5,7 % de la population.

Le vieillissement de la population japonaise intervient rapidement : les personnes âgées de plus de 65 ans représentent aujourd'hui 22 % de la population, contre 12 % seulement en 1990. Elles devraient représenter 32 % de la population en 2030. Selon les données transmises par la mission économique, il aura fallu 24 ans au Japon pour que la population âgée de plus de 65 ans passe de 7 % à 14 % de la population totale, contre 115 ans en France, et 12 ans pour qu'elle passe de 14 % à 20 % (entre 1994 et 2006), contre une projection de 41 ans en France (entre 1979 et 2020).

Cette évolution démographique se traduit également par un changement des relations sociales. On observe en effet une « nucléarisation » des ménages et une évolution de la place des femmes. Celles-ci s'occupaient, traditionnellement, des parents de leur mari ou de leurs propres parents lorsqu'elles étaient restées célibataires, ce qui est de moins en moins le cas aujourd'hui¹.

2. Un système public de prise en charge de la dépendance a été instauré en 2000

a) Les dépenses de soins liées aux personnes âgées croissent rapidement

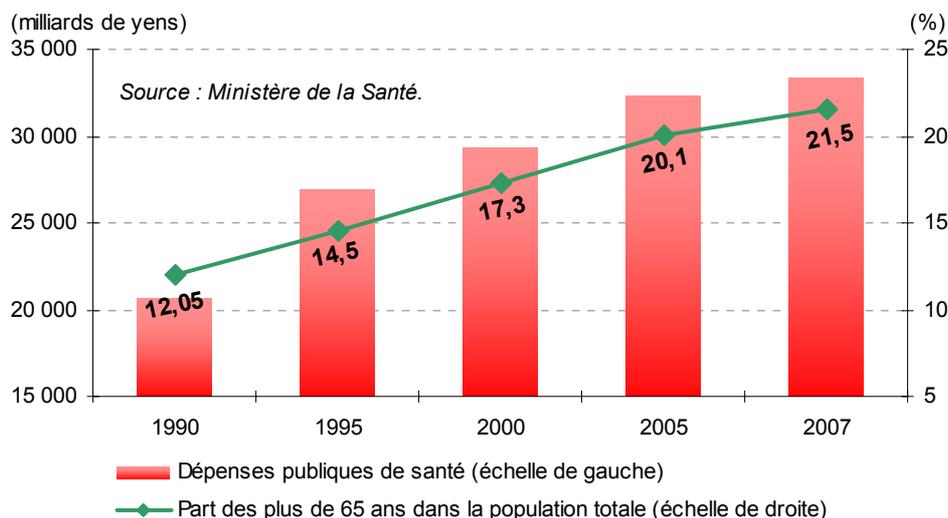
Les dépenses publiques de santé ont progressé à un rythme annuel moyen de 3 % depuis 1990, pour s'établir à 33 400 milliards de yens au cours de l'exercice budgétaire 2007, soit environ 259 milliards d'euros². La part des seniors dans les dépenses totales de santé est aujourd'hui évaluée à 43 %.

¹ Les données transmises à la délégation par l'association des familles de personnes atteintes de démence font ainsi apparaître un très net recul de la place des belles-filles dans la prise en charge ou l'accompagnement de la personne âgée dépendante. Alors qu'elles représentaient 43 % des aidants en 1982, elles ne représentent plus que 16 % d'entre eux en 2007. Cette évolution a principalement été compensée par une plus grande implication des maris (possible tant qu'ils sont eux-mêmes valides) et des filles.

² Le taux de change retenu pour les chiffres mentionnés dans cette note est celui constaté au 18 mai 2009 : 1 euro = 129 yens.

Le ministère de la santé japonais estime que les dépenses de santé devraient croître, en moyenne, de 2,8 % par an pour l'ensemble de la population au cours de la période 2006-2025, mais de **plus de 4,5 % par an** pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Evolution des dépenses de santé



Malgré le report de certaines dépenses de santé des personnes âgées vers l'assurance dépendance mise en place en 2000 (cf. *infra*), les dépenses médicales annuelles des plus de 65 ans dans le cadre de l'assurance maladie « classique » ont continué d'augmenter à un rythme de 4 % par an depuis l'exercice budgétaire 2000, pour s'élever à 14 500 milliards de yens en 2007 (soit environ 112 milliards d'euros).

Le coût des **hospitalisations** des personnes de plus de 65 ans a continué à croître de 4 % par an entre 2000 et 2006, pour s'établir à 7 500 milliards de yens (58 milliards d'euros, soit 61 % des dépenses totales d'hospitalisations tous âges confondus, contre 55 % en 2000). Les trois quarts des décès au Japon auraient lieu dans un établissement hospitalier.

b) Un système d'assurance dépendance a été mis en place en 2000

Devant la **nécessité de mieux maîtriser les dépenses de santé** et compte tenu de l'évolution précédemment analysée du rôle des femmes au sein de la société, le gouvernement japonais a mené, durant plusieurs années, une réflexion qui a abouti, en avril 2000, à la mise en place de l'assurance dépendance.

Dès 1989, un plan – le « plan or » (*Gold Plan*) – avait été élaboré afin de doubler en dix ans l'offre de soins et de services pour les personnes âgées. Il devait être partiellement financé par l'introduction d'une taxe sur la consommation, dont le taux était initialement fixé à 3 %.

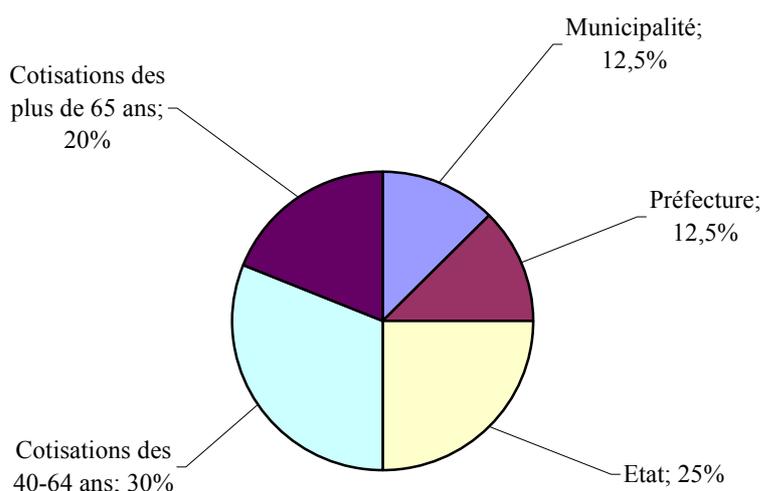
La demande de plus en plus forte de services à destination des personnes âgées a toutefois obligé le gouvernement à lancer, en 1994, un nouveau plan (*New Gold Plan*). Celui-ci programmait, sur cinq ans, de nouvelles sources de financement, résultant, en particulier, du relèvement à 5 %, en 1997, du taux de la taxe sur la consommation.

Confrontée au défi du vieillissement, la coalition au pouvoir a décidé d'aller plus loin et s'est accordée, en 1996, sur la mise en place d'un système public de prise en charge de la dépendance. La loi l'instaurant – *Long-Term Care Insurance Law* – a ainsi été adoptée en 1997 et est entrée en vigueur en avril 2000. Elle a été modifiée en 2005.

c) *Son financement repose sur des cotisations, dont le montant est révisé tous les trois ans, et des financements publics*

Le financement du système d'assurance dépendance mis en place en avril 2000 repose, à part égale, sur des cotisations et des subventions publiques, comme le montre le graphique qui suit.

Structure de financement de l'assurance dépendance au Japon



Source : ministère de la santé, du travail et des affaires sociales

On observe que les différents niveaux de collectivités interviennent pour financer le système¹. Un cinquième de la dotation versée par l'Etat tient lieu de fonds de **péréquation** à destination des municipalités. Celles-ci jouent un rôle prépondérant dans la mesure où elles remplissent les fonctions **d'assureurs**.

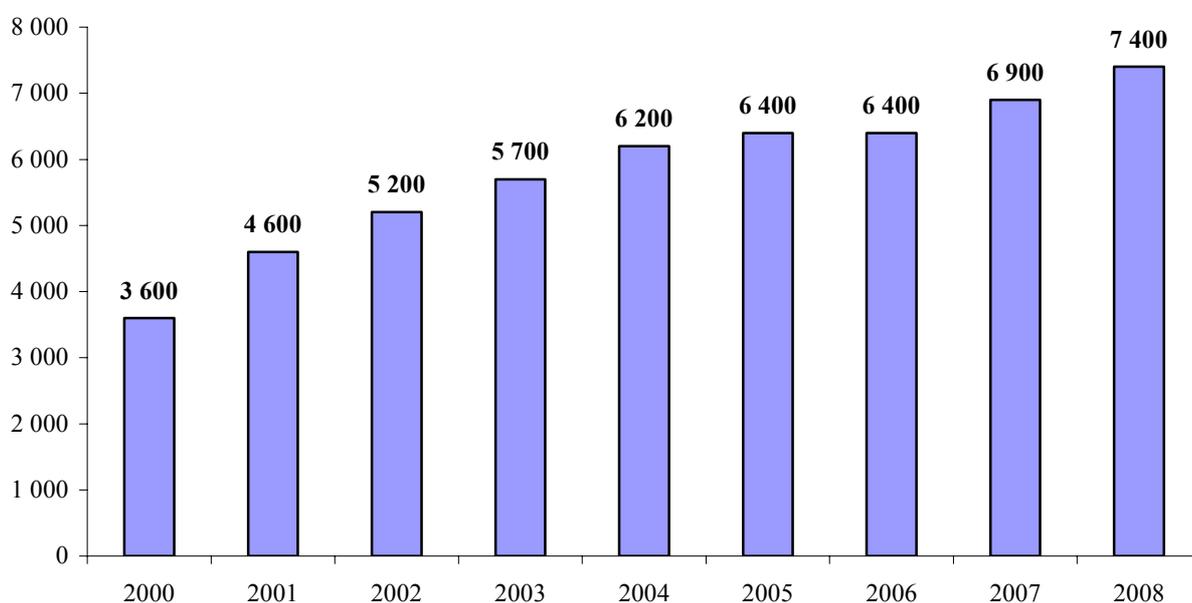
¹ Pour certains types d'aide, la part de l'Etat est ramenée à 20 %, tandis que celle des préfectures est portée à 17,5 %.

Quant à la **participation des assurés**, le Japon a choisi de faire acquitter à l'ensemble de la population, dès l'âge de 40 ans, des cotisations pour financer le système d'assurance dépendance, en **distinguant la part relevant des personnes de plus de 65 ans (27,27 millions de personnes) de celle des personnes comprises entre 60 et 64 ans (42,76 millions de personnes)**. Cette répartition moyenne de la charge entre les deux catégories de population a été fixée en tenant compte du ratio démographique actuel.

Le niveau des cotisations a été ajusté à la hausse tous les trois ans, pour tenir compte de la croissance des dépenses, passées de 3 600 à 7 400 milliards de yens entre 2000 et 2008, comme le montre le graphique qui suit.

Evolution des dépenses de l'assurance dépendance

(en milliards de yens)



Source : ministère de la santé, du travail et des affaires sociales

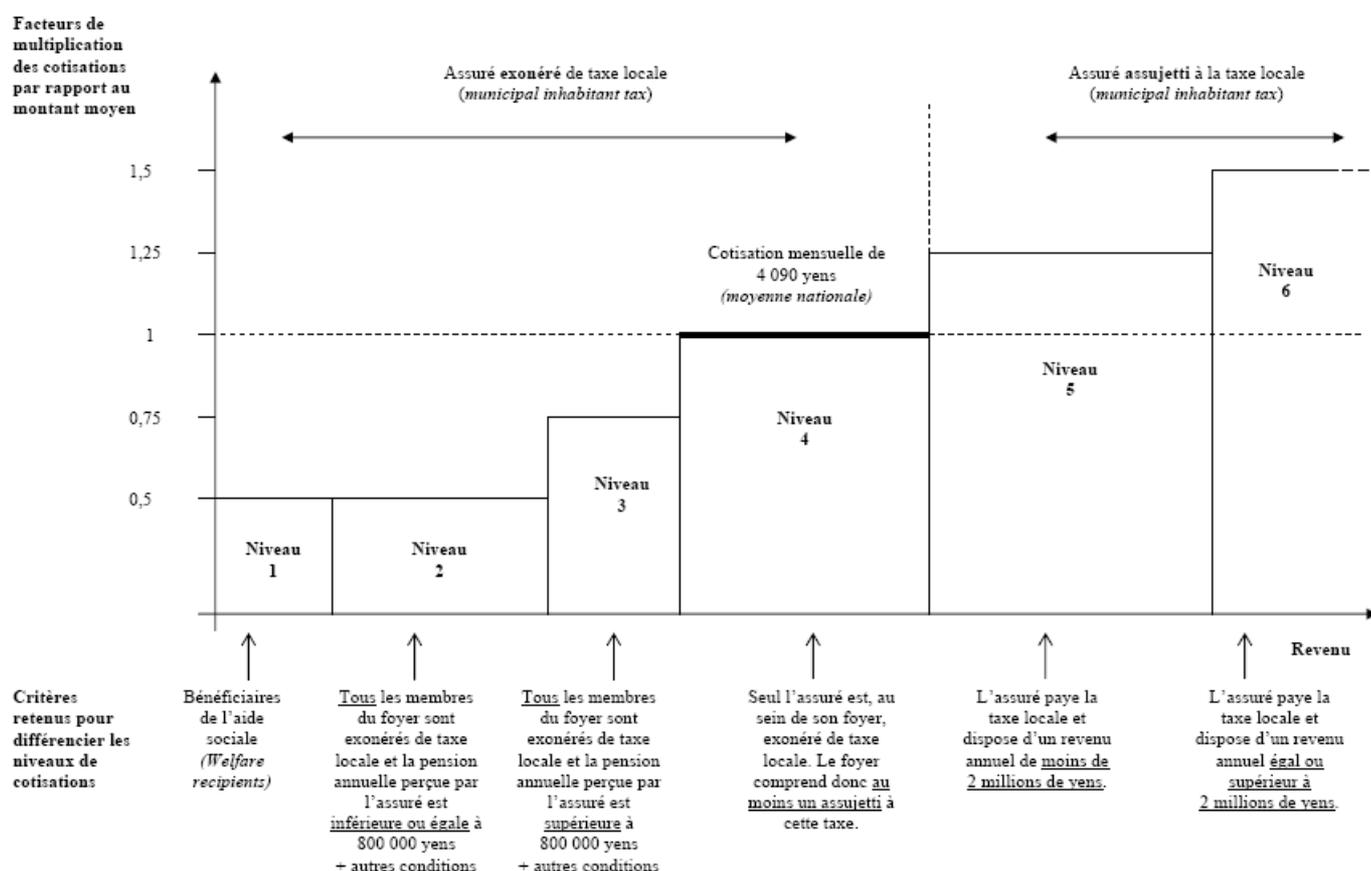
Les dépenses liées à l'assurance dépendance ont **dépassé les prévisions**. Elles se sont ainsi élevées à 6 400 milliards de yens au cours de l'exercice 2006, contre une estimation initiale de 5 000 milliards de yens à cette date. En 2007, 3,5 millions de personnes bénéficiaient des prestations médicales de l'assurance dépendance, contre 1,5 million de personnes en 2000.

Face à cette croissance des dépenses, le coût moyen des cotisations acquittées par les assurés de plus de 65 ans¹, évalué à 2 911 yens par mois entre 2000 et 2002, a été relevé à 3 293 yens entre 2003 et 2005, puis à **4.090 yens** depuis 2006.

Il ne s'agit toutefois que d'une **moyenne nationale, la fixation du montant des cotisations relevant des municipalités**. Ce montant varie ainsi, aujourd'hui, entre 2 433 yens et 6 100 yens par mois².

En outre, pour une même municipalité, le montant des cotisations tient compte des **capacités contributives de la personne**, en distinguant **six catégories**, comme le montre le schéma suivant.

Grille de progression et critères retenus pour établir le montant des cotisations dues par les assurés de plus de 65 ans



Source : d'après les données transmises par le ministère de la santé, du travail et des affaires sociales

¹ Ces cotisations sont directement déduites des pensions de retraite. Les actifs se voient prélever en moyenne 0,88 % de leur salaire mensuel (environ 3 000 yens – 23 euros – si l'on se base sur le salaire mensuel moyen tous âges confondus qui s'établissait en 2007 à 330 300 yens – 2 560 euros) s'ils travaillent dans le secteur privé et 0,95 % s'il sont fonctionnaires. Les non-salariés versent leur cotisation, d'un montant moyen de 1 300 yens (10 euros), au Fonds de remboursement de la sécurité sociale. Cette deuxième catégorie d'assurés contribue pour 30 % au financement de l'assurance dépendance.

² Respectivement dans le village de Tamakawa (préfecture de Fukushima) et dans la ville de Yonaguni (préfecture d'Okinawa).

d) *Le bénéfice de l'assurance dépendance est normalement ouvert à partir de 65 ans et subordonné à un certain état de dépendance apprécié médicalement*

Une personne peut bénéficier de prestations versées dans le cadre de l'assurance dépendance, quelle que soit la cause de dépendance, à partir de l'âge de **65 ans**. Il est toutefois possible de bénéficier de prestations dépendance entre 40 et 64 ans, dès lors que l'état de dépendance résulte d'une pathologie figurant sur une liste limitative¹.

Le niveau des prestations accordées varie en fonction de l'état de dépendance de la personne. **L'évaluation du degré de dépendance** est d'abord gérée par informatique : un enquêteur, formé spécifiquement à ce métier, s'entretient avec le patient, qu'il « note » avant d'envoyer les informations à un ordinateur qui quantifie le temps nécessaire pour le traiter, en prenant en compte certaines données transmises par le médecin du patient. Par exemple, une personne nécessitant 110 minutes de soins par jour (bains, repas, soins médicaux...) sera classée au niveau de dépendance le plus élevé. A partir de ces différents éléments, le dossier est ensuite étudié par une commission spéciale chargée de déterminer le niveau d'aide requis par le patient (*care need certification committee*), composée de spécialistes de santé publique et de prise en charge de la dépendance.

Une grille d'évaluation comprenant sept degrés de dépendance

La grille d'évaluation de la dépendance comprend sept niveaux depuis la réforme de l'assurance dépendance opérée en 2006 (contre six auparavant) :

- deux niveaux de soutien léger (1 et 2), à destination des personnes qui ne nécessitent pas de soins en continu mais ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne, pour s'habiller par exemple ;

- cinq niveaux de soins (gradués de 1 à 5), pour les personnes qui requièrent des soins continus.

Afin de ralentir la hausse du nombre de bénéficiaires et de limiter le coût de l'assurance dépendance, la réforme menée en 2006 a également conduit à durcir les conditions d'évaluation, qui déterminent ensuite les plafonds de remboursement.

Sources : ministère de la santé, du travail et des affaires sociales ; mission économique de Tokyo

Un *care manager*, qui examine le dossier pendant 90 minutes en moyenne, détermine les soins à prescrire et établit un plan de soins. Sur la base de ce plan, le patient va signer un contrat avec un fournisseur de services, détaillant les prestations assurées et les différentes clauses y afférentes. Le *care manager* est chargé d'assurer la coordination des acteurs locaux.

¹ Seize pathologies sont ainsi retenues.

e) Les différents types de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Le patient dispose de trois types de services :

- le **dispositif local de prévention** (programme de musculation ou de prévention contre la malnutrition dans des *Comprehensive Support Centers* laissés à la responsabilité des municipalités) doit permettre le maintien en bonne santé des patients afin de limiter à l'avenir le nombre de traitements plus lourds et donc plus coûteux ;

- les personnes qui font appel aux prestataires de **soins à domicile** bénéficient de la visite d'aides-soignants qui peuvent les aider à prendre un bain, à préparer le repas ou à effectuer des exercices de rééducation. Un prêt d'équipement pour compenser la perte d'autonomie des patients est également prévu, de même que la possibilité d'un **hébergement sur une très courte période** (inférieure à un mois), généralement dans un établissement hospitalier, afin de permettre au patient de retrouver une autonomie relative. Les **visites nocturnes à domicile** sont également assurées dans plus de 200 000 zones¹, principalement urbaines ;

- les **établissements** ne se limitent pas à l'hébergement de très courte durée. Les retraités les moins dépendants peuvent opter pour une **maison de retraite** disposant d'un service pour les personnes dépendantes ou louer un logement aménagé spécifiquement pour les personnes âgées. Les personnes dont le degré de dépendance est plus élevé, et qui souhaitent bénéficier de soins rééducatifs avant de rentrer chez elles, peuvent rejoindre des **unités de soins dont la durée d'hébergement s'étend de 6 à 24 mois**. Enfin, les retraités dépendants peuvent séjourner durablement dans des **maisons de retraites spécialisées dans la prise en charge de la dépendance**.

f) L'accent est mis sur la prise en charge à domicile, moins coûteuse, même si les établissements se développent

Selon les statistiques du ministère de la santé, **les trois quarts des soins de dépendance sont traités à domicile, le quart restant en établissement**. Les personnes rencontrées par la délégation ont noté que le maintien à domicile constitue la voie privilégiée et la moins coûteuse.

On estime en effet que **le coût des soins en établissement** (en moyenne 286 000 yens – 2 217 euros – par patient et par mois) **est 2,5 fois supérieur au coût de la prise en charge à domicile** (110 000 yens – 853 euros). Le coût de la construction d'un nouvel établissement au Japon est évalué de 7 à 10 millions de yens – 54 300 à 77 500 euros – par lit.

¹ Ce service couvre entre 300 et 400 personnes par zone, en moyenne.

Des mesures de **dérégulation du marché des soins à domicile** ont accompagné la mise en place de l'assurance dépendance en 2000. Une étude réalisée en 2005 par le *National Institute of Population and Social Security Research* a montré que **la compétition engendrée par l'arrivée de concurrents du secteur privé a contribué à tirer le coût des soins à domicile vers le bas et à en améliorer la qualité**. Une deuxième étude, réalisée la même année par cet organisme, estime que 40 % des prestataires de soins à domicile étaient d'origine privée, et que les prix qu'ils pratiquaient étaient plus abordables que ceux des prestataires publics. Une entreprise de prestations de services employant près de 90 000 personnes, qui a fortement bénéficié de la mise en place de l'assurance dépendance, a également précisé à la délégation que sa marge sur les soins est supérieure en établissement par rapport au domicile.

Les établissements d'accueil continuent toutefois de se développer fortement, en raison, en particulier, de la demande des aidants familiaux, notamment lorsque leur parent est atteint de la maladie d'Alzheimer.

Les différentes personnes rencontrées à Tokyo ont souligné **l'enjeu que représente la qualification des personnels** intervenant dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes **et, plus largement, leur recrutement**. Selon une étude communiquée à la délégation, **plus de 70 % des gérants d'établissements placent le manque de personnel au premier rang des problèmes à régler**, les raisons invoquées pour expliquer cette situation étant la charge élevée de travail et les faibles rémunérations accordées, en général sensiblement inférieures à celles versées dans l'industrie. On observe ainsi un **important taux de rotation des personnels** (20 % par an pour les aides-soignants).

A cet égard, si la fédération des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a fait état d'une certaine réticence de l'Etat et des Japonais à comprendre les difficultés de ces métiers et la nécessité de mieux les rémunérer, les membres de l'association des familles de personnes atteintes de démence ont indiqué à la délégation qu'ils seraient prêts à accepter un relèvement du taux de la taxe sur la consommation (actuellement de 5 % et qui constitue un sujet « tabou » - cf. *infra*), pour traiter cette question.

Par ailleurs, le Japon a conclu des accords de partenariat avec l'Indonésie et les Philippines, autorisant 1 000 ressortissants de chacun de ces pays à venir, dans les deux années suivantes, travailler dans le secteur de la prise en charge de la dépendance, sous réserve de souscrire à certains engagements¹.

¹ Ces travailleurs devraient percevoir la même rémunération que leurs homologues japonais. Ils s'engagent à suivre pendant six mois des cours de japonais et peuvent travailler pendant trois ans, en suivant en parallèle une formation. A l'issue de ces trois années, ils doivent passer l'examen « classique » prouvant leur aptitude à exercer ce métier. En cas d'échec, ils doivent regagner leur pays.

Egota no mori :
un établissement privé innovant, fortement aidé par le système public

La délégation de la mission a visité un établissement privé innovant de prise en charge des personnes âgées dépendantes – l'une des plus grandes structures de ce type au Japon, avec une capacité de 364 lits au total. Récemment construit, le bâtiment offre une très grande qualité d'accueil et présente un niveau d'équipement tout à fait remarquable. De ce point de vue, il apparaît bien davantage comme une « vitrine » que comme une structure classique.

Son organisation est structurée par étage (7 niveaux et un sous-sol), chacun ayant une fonction spécifique – accueil temporaire de jour, accueil des personnes handicapées même jeunes, accueil des personnes âgées très dépendantes... Le niveau d'encadrement des personnes diffère ainsi suivant les étages considérés. S'il propose des chambres individuelles, l'établissement dispose également de nombreuses chambres collectives (quatre personnes par chambre), jugées plus faciles et mieux adaptées, en particulier pour les personnes très dépendantes.

Cette structure a bénéficié d'un très fort soutien public : le terrain sur lequel il a été construit (un hectare, soit un coût d'environ 5 milliards de yens, auquel s'ajoutent deux hectares d'espaces verts) a été mis à disposition par la commune pour une durée de 50 ans ; un tiers de l'investissement (5,5 milliards de yens) a été pris en charge par le biais de subventions publiques, le prêt souscrit par la compagnie ayant par ailleurs bénéficié de la garantie de l'arrondissement de Nagano ; des prêts bonifiés ont enfin été accordés pour l'achat des équipements. Au total, on se trouve ici en présence d'un véritable partenariat public-privé, l'aide accordée par la commune s'expliquant notamment par certaines sujétions particulières (haute résistance antisismique afin de pouvoir servir d'abri à une partie de la population, par exemple).

Le tarif acquitté par le résident de l'établissement varie entre 150 000 et 250 000 yens – 1160 à 1940 euros – par mois (hébergement, repas et soins), en fonction du degré de dépendance et des revenus de la personne. Sans aide publique, les interlocuteurs de la mission ont indiqué qu'un tel niveau de service n'aurait pu être atteint car le coût d'une telle structure se serait révélé prohibitif. Une liste d'attente a été mise en place pour les candidats à l'hébergement dans cette structure : 700 à 1 000 personnes y étaient inscrites, soit un délai d'attente d'environ 3 ans, mais les autorités ont précisé que cette liste irait en s'allongeant.

g) Les prestations versées, dont le champ a également été revu compte tenu de l'évolution des dépenses, doivent permettre de couvrir 90 % des frais de soins liés à la dépendance, dans la limite d'un plafond variant suivant le degré de dépendance

Les aides versées dans le cadre de l'assurance dépendance doivent permettre de couvrir **90 % des frais de soins liés à la dépendance**. En effet, le système repose sur un « co-paiement » du patient, qui doit acquitter 10 % du coût des soins. Deux bémols doivent toutefois être apportés à ce principe général.

D'une part, le remboursement de 90 % des frais de soins n'est assuré que **dans la limite d'un certain plafond**, variable en fonction du degré de dépendance, comme le montre le tableau suivant.

Plafonds de prise en charge dans le cadre de l'assurance dépendance

(en yens)

Dégré de dépendance	Plafond mensuel de prise en charge	Reste à charge mensuel lorsque la personne dépendante sature son plafond d'aides
Soutien 1	49 700	4 970
Soutien 2	104 000	10 400
Soins 1	165 800	16 580
Soins 2	194 800	19 480
Soins 3	267 500	26 750
Soins 4	306 000	30 600
Soins 5	358 300	35 830

Source: Tokyo Metropolitan Government, Long-term Care Insurance System, avril 2006

Note : 1 euro = 129 yens.

D'autre part, **le reste à charge de 10 % fait lui-même l'objet d'un plafonnement** tenant compte de la situation financière de la personne. En outre, **il peut, le cas échéant, être réduit** si la situation économique et sociale de la personne le justifie.

La réforme du régime d'assurance dépendance a, par ailleurs, amené une restriction du champ des dépenses prises en compte dans le cadre de l'assurance dépendance. En effet, suivant une logique d'équité et afin d'inciter les patients à faire davantage appel aux services à domicile, moins coûteux (cf. *supra*), **les frais de restauration et d'hébergement en établissement ne sont désormais plus pris en charge par l'assurance dépendance, mais sont placés à la charge du patient.**

Toutefois, des aides supplémentaires ont été prévues afin de limiter le reste à charge résultant de ce poste de dépenses. Ainsi, alors que les documents présentés par le ministère de la santé font état d'un coût moyen de 52 000 yens par mois¹ pour une personne dont les revenus annuels excèdent 2,11 millions de yens, le reste à charge résultant de la restauration et de l'hébergement est plafonné à 30 000 yens pour une personne dont les revenus sont compris entre 800 000 et 2,11 millions de yens, à 22 000 yens pour une personne dont les revenus sont inférieurs à 800 000 yens et à 10 000 yens pour les bénéficiaires de l'aide sociale (*welfare recipients*).

h) Vers de nouvelles réformes du système d'assurance dépendance

Ainsi qu'on l'a précédemment observé, les dépenses d'assurance dépendance ont crû plus rapidement que prévu et des réformes régulières se sont traduites, d'une part, par un durcissement des conditions de prise en charge et, d'autre part, par un relèvement des cotisations acquittées par les assurés.

¹ Ce coût résulte d'un accord entre le patient et l'établissement d'accueil. La délégation a pu constater, lors de la visite d'un établissement privé innovant, que certains services pouvaient être facturés bien plus chers. La somme de 52 000 yens évoquée ici correspond plutôt à un établissement « bas de gamme », comme l'avait d'ailleurs reconnu le ministère de la santé. La fédération des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes fait état d'un coût moyen de l'hébergement et de la nourriture compris entre 90 000 et 130 000 yens par mois.

De manière générale, **les interlocuteurs de la délégation se sont interrogés sur la soutenabilité à long terme du système d'assurance dépendance** et ont estimé qu'un **relèvement de la fiscalité** affectée à la couverture des dépenses sociales en général, et de dépendance en particulier, ne pourrait être évité à l'avenir. Le taux de la TVA est aujourd'hui très faible (5 %) et pourrait constituer une variable d'ajustement. Ce sujet reste tabou en public, même si le dîner de la délégation avec des parlementaires japonais a montré qu'ils jugent pour la plupart, en privé, cette issue inéluctable.

Par ailleurs, l'entretien au ministère de la santé, du travail et des affaires sociales a mis en évidence qu'une **révision des dépenses prises en charge** par le système public serait très certainement conduite dans le futur, un accent particulier devant être mis sur la prévention.

On constate, au demeurant, que la problématique de maîtrise des dépenses **ne concerne pas uniquement la prise en charge de la dépendance, mais également les autres dépenses de sécurité sociale**, les réformes menées depuis une dizaine d'années ayant conduit à accroître la participation des assurés au financement du système, notamment par le biais de tickets modérateurs.

Cette évolution laisse également une place aux compagnies privées d'assurance, qui s'emploient à développer le marché, encore limité pour l'instant, des contrats d'assurance dépendance.

3. Le recours à l'assurance privée se développe en parallèle

a) Une demande croissante, en dépit de la mise en place de l'assurance dépendance

Certaines compagnies d'assurance proposent ainsi des produits de prise en charge du risque dépendance. Elles ont développé ce marché à partir de 1985 et ont continué à offrir des produits en complément du système public introduit en avril 2000.

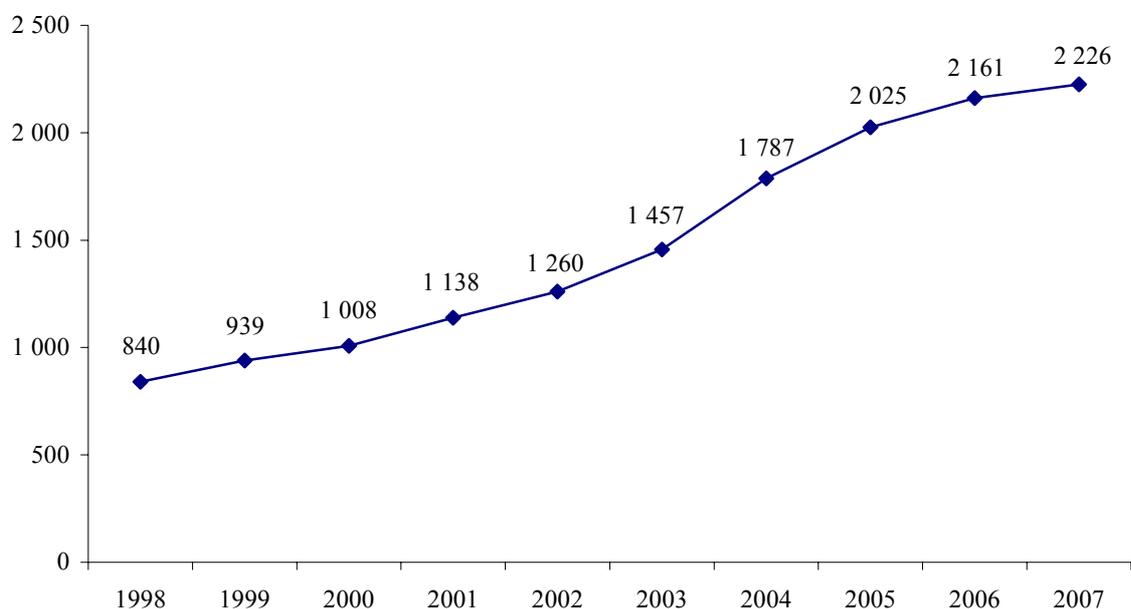
D'après les chiffres communiqués par la fédération japonaise de l'assurance vie (*Life Insurance Association of Japan*), 11 compagnies proposent des produits spécifiquement consacrés à la prise en charge de la dépendance ; 20 compagnies sont présentes sur ce marché, si l'on inclut celles dont les contrats comportent une garantie dépendance.

Au total, **5,2 millions de personnes** détiendraient un contrat comportant au moins une garantie dépendance et **2,22 millions un produit d'assurance spécifiquement consacré à la dépendance**¹. Le nombre de ces derniers n'a d'ailleurs cessé de croître, comme le montre le graphique suivant.

¹ Chiffres relatifs à l'année fiscale 2007.

Evolution du nombre de contrats d'assurance dépendance

(en milliers)



Note : seuls les contrats entièrement consacrés à la prise en charge de la dépendance sont ici visés.

Source : The Life Insurance Association of Japan, « Private Nursing Care Insurance in Japan », 18 février 2009

Le nombre de contrats d'assurance dépendance, au sens strict, est encore **relativement faible** par rapport à la population totale du Japon (127,8 millions d'habitants). Il est ainsi inférieur au nombre de contrats actuellement en vigueur en France (3 millions environ).

En revanche, on observe une **assez forte dynamique**, qui peut notamment s'expliquer par les ajustements réguliers du système d'assurance dépendance dans un sens plus restrictif. Les assureurs estiment pouvoir présenter une offre intéressante pour couvrir la part de 10 % restant à la charge des assurés, les frais d'hébergement et de restauration et, le cas échéant, le coût des soins excédant le plafond de dépenses couvertes par l'assurance dépendance.

b) Les produits proposés

Les contrats proposés par les compagnies d'assurance proposent des sorties en rente, en capital ou une combinaison des deux formules. D'après les informations recueillies auprès d'une compagnie et sous réserve d'investigations complémentaires, les conditions de déclenchement de l'aide seraient alignées sur celles retenues par le système public d'assurance dépendance.

Les souscriptions aux contrats peuvent passer, suivant les compagnies considérées, par le paiement d'une prime mensuelle, bimestrielle, annuelle ou par celui d'une somme forfaitaire. L'âge minimum de souscription est fixé à 15 ans.

Exemple de primes mensuelles dues au titre d'un contrat d'assurance dépendance

(en yens)

	Période de versement	Contrat souscrit à 30 ans	Contrat souscrit à 40 ans	Contrat souscrit à 50 ans
Hommes	jusqu'à 60 ans	7 800	12 000	24 000
	jusqu'à 65 ans	7 200	10 400	17 500
Femmes	jusqu'à 60 ans	10 900	17 000	34 900
	jusqu'à 65 ans	9 900	14 400	24 900

Note: la couverture offerte est la suivante: à compter de la déclaration du besoin de soins de dépendance, versement d'une somme forfaitaire d'un million de yens (7 750 euros) et versement, jusqu'au décès, d'une rente annuelle d'un million de yens. Si cette garantie n'a pas joué, en cas de décès antérieur à la fin de la période de versement, versement d'un capital correspondant au montant des primes acquittées jusqu'alors. En cas de décès postérieur à la fin de la période de versement, versement d'un capital de 500 000 yens.

Source: The Life Insurance Association of Japan

c) La fiscalité applicable aux produits d'assurance dépendance

Les **primes** versées dans le cadre des contrats d'assurance dépendance peuvent être **déduites du revenu imposable, dans la limite d'un certain plafond**, actuellement commun à l'assurance dépendance et à l'assurance vie. Ce plafond est aujourd'hui fixé à 50 000 yens s'agissant de l'impôt sur le revenu (au sein d'un plafond plus large de 100 000 yens, tous produits confondus). Ce mécanisme devrait être revu d'ici 2012 afin de distinguer ces deux enveloppes (assurance vie et assurance dépendance/santé), le plafond fixé dans chaque cas s'élevant alors à 40 000 yens (le plafond d'ensemble, tous produits confondus, étant relevé de 100 000 à 120 000 yens).

Les déductions actuellement applicables au titre des cotisations versées dans le cadre de produits d'assurance dépendance

(en yens)

Imposition concernée par la déduction	Montant de la cotisation annuelle	Somme déduite du revenu imposable
Impôt sur le revenu	moins de 25 000	somme totale versée
	de 25 001 à 50 000	somme versée × 1/2 + 12 500
	de 50 001 à 100 000	somme versée × 1/4 + 25 000
	plus de 100 000	50 000
Taxe d'habitation	moins de 15 000	somme totale versée
	de 15 001 à 40 000	somme versée × 1/2 + 7 500
	de 40 001 à 70 000	somme versée × 1/4 + 17 500
	plus de 70 000	35 000

Source: The Dai-Ichi Mutual Life Insurance Company

Les **sommes versées au souscripteur** en cas de survenance de la dépendance sont exonérées d'impôt sur le revenu, qu'il s'agisse de sommes forfaitaires ou de rentes annuelles.