

ÉTUDES TECHNIQUES

Rémi Moreau

Volume 64, numéro 4, 1997

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105125ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1105125ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Moreau, R. (1997). ÉTUDES TECHNIQUES. *Assurances*, 64(4), 661–668.
<https://doi.org/10.7202/1105125ar>

ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

I. En assurance IARD, la rentabilité financière compense le déficit technique des assureurs canadiens

Les énormes déficits techniques qui sont issus des opérations de souscription proprement dites sont une caractéristique constante dans les entreprises d'assurance canadiennes.

Diverses causes peuvent expliquer cet état de déficit technique¹ chronique: insuffisance des primes, forte concurrence, effets négatifs de la fraude à l'assurance, augmentation des coûts de la sinistralité, augmentation des frais. Il y a là un grand défi à relever pour corriger la situation actuelle de recul, qui menace à long terme la survie et le caractère professionnel de l'assurance. Le redressement ne peut s'opérer sans une technique rigoureuse de sélection et d'acceptation des risques, mais en mettant en veilleuse la crainte de nuire au côté financier de l'assurance, dont les résultats sont satisfaisants, de trimestre en trimestre, et qui permettent de compenser les pertes de souscription.

Mais combien d'assureurs, qui réalisent d'énormes profits, tirés du placement de leur encaissement, restent encore attachés à l'idée de réaliser un bénéfice technique sur leurs opérations courantes ?

Comme on le sait, les compagnies d'assurance encaissent les primes avant de payer les sinistres. La période, plus ou moins longue, entre l'encaissement et le décaissement leur permet de faire fructifier les montants engrangés. Il est essentiel que les compagnies d'assurance veillent à la régularité et à la célérité des rentrées d'argent perçues directement ou par les intermédiaires.

Le tableau suivant illustre bien l'écart entre les résultats techniques traditionnellement déficitaires des assureurs canadiens en assurance IARD et les profits financiers provenant de leurs investissements.

Illustrons les raisons de ce conflit entre le technique et le financier, que dégage Bertrand Venard, dans une analyse, publiée dans *L'Assurance Française* (N° 716, déc. 1996), sous le titre «Des stratégies et des intérêts antagonistes». Les mauvais risques sont plus rémunérateurs pour les agents. Stimulés par des fortes commissions, l'agent a intérêt à souscrire de mauvais risques, qui se caractérisent par d'importantes primes.

Selon de nombreux experts et observateurs du milieu, il y a une espèce de fatalité entre les écarts irrémédiables en faveur du financier, au détriment du technique, car un redressement volontaire des taux à la hausse est illusoire. Pour eux, un tournant ne pourrait s'effectuer sans le concours d'événements extérieurs, telle une gigantesque catastrophe naturelle, tel un crash financier, événements qui pourraient assainir le marché de l'assurance et de la réassurance.

	Déficits techniques	Profits de placement (avant impôt)
1995	- 659	2 400
1994	- 1 304	2 232
1993	- 1 587	2 212
1992	- 1 568	1 926
1991	- 1 414	2 130
1990	- 1 300	2 506
1989	- 1 369	2 622
1988	- 774	2 528
1987	- 535	1 118
1986	- 555	1 255
1985	- 1 260	1 350
1984	- 917	1 509
1983	- 328	1 706

(en millions de dollars)

2. Les nouveaux outils financiers

Depuis le début des années 1990, les catastrophes naturelles ont causé des dommages matériels dont les coûts sont inégalés. Aux États-Unis seulement, la charge et la fréquence des sinistres se sont considérablement alourdies. Pour faire face aux sinistres potentiels, le marché de l'assurance de dommages américaine disposerait actuellement de fonds propres d'environ 200 milliards de dollars et le marché de la réassurance représenterait 20 milliards de dollars. Ces chiffres, tirés de la revue *Sigma* (No 5/96), illustrent éloquemment la pénurie de capacités des marchés d'assurance et de réassurance chargés de garantir les risques de catastrophes naturelles.

Pour combler l'insuffisance financière de l'assurance mondiale et en particulier des capitaux des assureurs de dommages américains, face aux catastrophes, mais aussi pour attirer les gros investisseurs, certaines banques proposent maintenant de recourir aux

marchés de capitaux en créant des instruments financiers très rémunérateurs, basés sur le risque qu'occasionne une catastrophe naturelle et offrant un potentiel de rendement au-dessus de la moyenne. La capitalisation des valeurs cotées sur les marchés financiers internationaux est impressionnante. L'étude de *Sigma* précise que les titres échangés uniquement aux États-Unis se chiffrent à quelque 19 000 milliards de dollars.

Voici quelques exemples.

- Les *Insurance Options* du Chicago Board of Trade (CBOT), mis sur le marché en 1995 en vue de remplacer les anciens contrats à terme et options sur ces contrats. Les produits dérivés échangés à la bourse CBOT constituent des apports directs de capacités supplémentaires, qui sont transférés des marchés financiers vers le marché de l'assurance. À titre d'illustration, les *PCS Insurance Options*, obtenues dans le cadre de ce qu'on appelle les *call spreads*, sont des couvertures par tranches.
- La Bourse new-yorkaise Catastrophe Risk Exchange (CATEX) – bourse électronique d'échanges de risques – offre des produits financiers qualifiés d'apports indirects, par rapport aux produits précédents. En effet, l'augmentation de capacité se fait de façon indirecte, en s'adressant non seulement aux assureurs et réassureurs, mais aussi aux prestataires qui étaient restés en dehors du marché traditionnel, telles les sociétés captives.
- Les emprunts sous forme de titres. Mentionnons le *Earthquake Risk Bond (ERB)*, mis au point par l'État de Californie et l'organisme chargé de surveiller le risque de séisme, la *California Earthquake Authority (CEA)*. En procédant à trois émissions successives, tel que prévu, le projet s'adresse tant aux marchés financiers qu'aux marchés mondiaux de l'assurance et de la réassurance.

Concrètement, comme l'industrie serait incapable de couvrir les coûts d'un séisme majeur en Californie, estimés entre 50 et 100 milliards de dollars, l'État et la *CEA* ont mis au point un produit d'investissement stimulant qui s'intègre dans un programme d'assurance de 10,5 milliards de dollars. D'une durée de dix ans, cet emprunt est ainsi structuré que, pendant quatre ans, les investisseurs peuvent perdre tout leur rendement sur sa durée résiduelle, si un tremblement de terre survient dont les dégâts sont supérieurs à sept milliards de dollars. Par contre, leur garantie vient de l'intérêt très élevé qu'ils touchent pendant neuf ans, s'il n'y a pas de séisme,

et du retour entier de leur capital à l'échéance. Il semble toutefois que ce programme soit bloqué, à date, pour des raisons politiques.

- Autres produits financiers, *Le Natural Catastrophe Insurance Note* et *l'Insurance Linked Bond*.

Le Natural Catastrophe Insurance Note est un papier-valeur indexé sur la probabilité qu'arrive une catastrophe majeure, mis sur le marché par une filiale bancaire suisse d'un assureur américain American Insurance Group (AIG). Le montant minimum à être versé par un investisseur est de 30 000 \$. Sa durée de vie est de deux ans. Le capital investi est garanti. Seul le rendement de 25 % est sujet au risque financier, si un sinistre catastrophique survient pendant ces deux ans et dont le dommage total dépasse un seuil prédéfini. Concrètement, si aucun sinistre ne se réalise pendant une période de deux ans, l'investisseur récupère son capital et le rendement de 25 %. Par ailleurs, si une catastrophe se réalise, causant des dommages évalués entre 1 milliard et 6,3 milliards de dollars, il ne récupère que 85 % du rendement. Si deux catastrophes ou plus surviennent durant cette période, la perte sur le rendement est de 40 %.

Les obligations liées à l'assurance, ou *Insurance Linked Bond*, visent à reporter sur les investisseurs la couverture financière des risques issus de grandes catastrophes. Ils constituent les premiers produits financiers à s'adresser strictement à des investisseurs privés.

La bancassurance ne ferait que faciliter ces nouveaux marchés financiers, par la complémentarité qu'elle offre, les assureurs ayant l'expertise des risques, les banques ayant les capacités financières pour liquéfier ces nouveaux produits.

D'après les extrapolations de l'éditeur de *Sigma*, l'apport de capacités que ces nouveaux marchés sont susceptibles de générer correspond à peu près à la pénurie de couverture qui affecte le marché traditionnel de l'assurance et de la réassurance chargé de couvrir les catastrophes américaines. Cet apport substantiel de capacités devrait s'élargir mondialement et connaître une évolution en complément des contrats traditionnels. En effet, les nouveaux outils financiers ne pourraient jamais se substituer aux solutions sur mesure offertes par la réassurance.

3. Le risque de fraude: jusqu'où va la partie immergée ?

Tout un chacun s'entend sur l'ampleur de la fraude à l'assurance. Mais à mesure que naissent de nouvelles études, le nombre et la sévérité du phénomène de la fraude ne cessent de croître, princi-

palement parce que les fondements de la fraude sont multiples, tentaculaires, alambiqués.

Les chercheurs Dionne et Caron , dans leur étude récente sur la fraude à l'assurance, que nous publions dans le présent numéro, concluent que les montants réclamés frauduleusement aux assureurs et payés par eux, en assurance automobile, pouvaient atteindre, au Québec seulement, 208,4 millions de dollars en 1994-1995.

La fraude à l'assurance se présente sous de multiples formes: souscrire une assurance à laquelle on n'a pas droit, par manque d'intérêt assurable, présenter une réclamation exagérée, maquiller certaines informations relatives au sinistre, violer sciemment une condition de la police, faire des déclarations à l'assureur que l'on sait fausses, en vue de bénéficier d'un taux moindre, simuler un vol d'automobile usagée et en mauvaise condition pour récupérer le prix du véhicule invendable du fait de son état, etc.

Mais il y a des cas encore plus latents, qui rejaillissent des profondeurs même des opérations d'assurance.

Examinons quelques cas.

Le cas de l'assurance-accident

Généralement, l'assurance étant par nature indemnitaire, l'assuré ne peut être indemnisé deux fois pour un même sinistre: en ce cas, la règle du prorata entre les assureurs gouverne le règlement du sinistre.

Il en est autrement en matière d'assurance-accident. L'assuré peut librement conclure plusieurs contrats d'assurance-accident corporels, moyennant le versement de la prime correspondante, et recueillir les prestations. Il peut également cumuler l'indemnité que lui accorde son assureur avec les indemnités qu'il peut recevoir en matière de poursuite en responsabilité civile contre l'auteur du dommage corporel, puisque l'assureur, ayant payé l'indemnité prévue dans l'assurance-accident, n'a pas le droit d'être subrogé dans les droits de son assuré contre l'auteur du dommage.

Là où le bât blesse, c'est que la notion d'accident, la clé qui donne ouverture à la garantie, peut donner lieu à une compensation frauduleuse, s'il n'y a pas d'atteinte soudaine et non intentionnelle. Le caractère non intentionnel fait référence aux mutilations volontaires, si l'assuré a provoqué délibérément l'accident.

On mesure aisément l'ampleur de la réclamation frauduleuse en matière d'assurance-accident lorsqu'il y a une multiplication de contrats souscrits et liés à un même accident.

La non-déclaration de toutes autres assurances souscrites

Nous y avons fait état sous le thème précédent. Sauf en matière d'assurance-accident, l'assuré doit déclarer, au moment de la souscription, si la question lui est posée par l'assureur, les autres assurances qu'il aurait pu souscrire face aux mêmes risques. L'assurance étant qualifiée d'indemnitaire, comme nous le mentionnions précédemment, l'assuré ne peut espérer être indemnisé deux fois pour un même sinistre.

Un danger de fraude se pointe: l'assuré peut omettre délibérément de déclarer les assurances de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Le cas particulier en assurance des objets d'art

En dehors des cas généraux d'escroquerie à l'assurance, il existe en matière d'assurance des objets d'art des cas de fraudes plus répandus, dont la sous-évaluation ou la surévaluation, et d'autres moins connus, mais pouvant être facilement pratiqués. Après avoir, par chance, réussi à récupérer l'oeuvre d'art dérobée, mais ayant été au préalable indemnisé par l'assureur, l'assuré omet délibérément de prévenir ce dernier. La fraude est claire puisque l'assureur, par l'indemnité versée à l'assuré, est en droit de récupérer le bien qui a fait l'objet d'une indemnisation.

Le cas d'une fausse réclamation

Sous l'ancien Code, l'article 2474 C.c. stipulait que «toute déclaration mensongère invalide les droits de l'auteur à toute indemnité ayant trait au risque ainsi dénaturé». La jurisprudence mit un certain temps à interpréter cette rédaction en décidant que la déchéance, en matière de réclamation frauduleuse, ne pouvait s'appliquer qu'à l'égard du risque auquel se rattachait la fausse déclaration d'un assuré. Le nouvel article 2472 C.c.Q. a fait sienne cette interprétation jurisprudentielle, tempérant ainsi les rigueurs de la règle existant avant la réforme de 1974, qui se résumait ainsi: la fraude corrompt tout (*fraus omnia corrumpit*).

Le nouvel article 2472 C.c.Q. se lit comme suit, posant ainsi une double règle d'assouplissement, en cas de fausse déclaration: la règle de la divisibilité du risque (retrouvée au premier alinéa) et la règle de la divisibilité des biens (retrouvée au second alinéa):

Toute déclaration mensongère entraîne pour son auteur la déchéance de son droit à l'indemnisation à l'égard du risque auquel se rattache ladite déclaration.

Toutefois, si la réalisation du risque a entraîné la perte à la fois de biens mobiliers et immobiliers, ou à la fois de biens à usage professionnel, la déchéance ne vaut qu'à l'égard de la catégorie de biens à laquelle se rattache la déclaration mensongère.

Pour mieux illustrer le droit nouveau, reprenons l'exemple tiré des commentaires du législateur dans le nouveau Code civil du Québec.

Ainsi, par exemple, un assuré qui a conclu un contrat d'assurance couvrant sa maison et ses meubles pourrait, si l'on n'appliquait que le premier alinéa, se voir refuser toute indemnité d'assurance s'il avait déclaré à l'assureur qu'il possédait un ordinateur, alors qu'il n'en possédait pas. L'application du second alinéa permettra, en tel cas, de ne faire porter la sanction que sur les meubles: l'assuré perdra toute indemnité pour ses meubles, mais il aura droit à l'indemnité pour la perte de la maison assurée.

Nous croyons que cette nouvelle formulation, de nature consumériste, a un effet négatif: elle ne décourage pas la fraude, qui se manifeste largement lorsque l'assuré subit une perte (par opposition aux escroqueries préméditées dès l'établissement du contrat). Autrefois, le législateur donnait un signal clair à l'assuré, empêtré dans les méandres d'une déclaration fautive ou frauduleuse: la fraude corrompt tout. Aujourd'hui, grâce aux alinéas premier et second, dans la disposition précitée, le législateur l'exonère doublement et contribue ainsi à alourdir les coûts totaux, qui sont nécessairement transférés, mutualité oblige, à la masse des assurés non fautifs.

Le législateur semble avoir oublié un principe fondamental applicable uniquement au contrat d'assurance: la plus absolue bonne foi doit exister, pendant toute la durée de l'assurance, à partir des déclarations initiales jusqu'aux déclarations des sinistres.

Mais la prévention de la fraude passe d'abord par un engagement ferme et avoué des compagnies d'assurance, qui se doivent de modifier certaines pratiques commerciales, telles les suivantes:

- la formation du personnel est une préoccupation constante;
- la rapidité du service, si justifiée soit-elle, n'est pas sacrifiée aux procédures de contrôle;
- les assureurs sont attentifs aux évolutions technologiques, tel le marquage électronique des véhicules;
- la souscription de certaines garanties alléchantes est réexaminée dans la perspective de la fraude potentielle; par

exemple, dans le cas de la garantie dite valeur à neuf, l'indemnisation en nature devrait primer sur l'indemnisation en espèces, lorsque les circonstances le permettent.

Signalons à cet égard un document de consultation instructif publié sous le nom «Guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe» – Voir la chronique Faits d'actualité, dans ce numéro – visant à permettre aux assureurs européens de témoigner de leurs expériences et d'inspirer les autres assureurs. Nul doute que les assureurs canadiens pourront en tirer des enseignements précieux.

Note

I Par déficit technique, on entend le total des primes gagnées, moins les sinistres et moins les dépenses.