

# LES SYSTÈMES DE PROTECTION DES ASSURÉS EN CAS DE FAILLITE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE

Rémi Moreau

Volume 67, numéro 2, 1999

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105271ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1105271ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Moreau, R. (1999). LES SYSTÈMES DE PROTECTION DES ASSURÉS EN CAS DE FAILLITE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE. *Assurances*, 67(2), 315–321.  
<https://doi.org/10.7202/1105271ar>

## ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

### LES SYSTÈMES DE PROTECTION DES ASSURÉS EN CAS DE FAILLITE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE \*

Le problème de protection des titulaires de contrats d'assurance en cas de faillite de leurs sociétés d'assurance est aigu. Il est important de mentionner que, malgré le nombre élevée de compagnies accréditées dans un pays, on dénombre annuellement peu de faillites. Cette rareté explique sans doute qu'elles sont spectaculaires. L'exemple des grands remaniements entrepris chez la plus vieille institution britannique d'assurance, les Lloyd's de Londres, illustre à souhait la qualité des administrateurs et les standards élevés de gestion prudente des compagnies d'assurance, qui doivent opérer selon des méthodes rigoureuses et sous le contrôle des organismes publics de réglementation.

Il nous a paru utile de faire le point sur diverses expériences étatiques en cas de défaillance des assureurs et d'aboutir sur les solutions canadiennes, tant dans la branche d'assurance de personnes que dans celle de l'assurance de dommages.

#### Grande-Bretagne

La faillite de plusieurs compagnies anglaises, dans les années 1970, dont celle de Nation Life, a conduit le gouvernement britannique à mettre en oeuvre une loi de protection des assurés, intitulée *Policy Holders Protection Act*. Cette loi fut promulguée en 1975. L'un des grands principes derrière cette législation est la solidarité.

---

\* L'auteur remercie L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. et la Société D'indemnisation en Matière D'assurances IARD, qui ont bien voulu lui fournir la documentation appropriée. Certaines autres informations ont été puisées dans une étude de L'Argus (6 mars 1998), signée par Sylvaine Salahub, actuaire consultant, et dans une étude de Moody's Investors Service (Mars 1998).

En cas de déconfiture d'une société, leurs consoeurs s'obligent vis-à-vis les assurés lésés par le biais de contributions prédéterminées qui alimentent le fonds de protection. Le fonds de garantie remplace ainsi les fonds constitués a posteriori à la suite d'une compagnie déterminée. Dans le cas de la faillite de Nation Life, les autres compagnies britanniques avaient dû verser 0,25 % de leur chiffre d'affaires pour indemniser les assurés.

Le bureau de protection est composé de membres désignés par le Gouvernement, certains d'entre eux étant choisis parmi les dirigeants de compagnies d'assurance et d'autres qui représentent les intérêts des assurés.

Les contributions annuelles exigées s'appliquent sans distinction à toutes les compagnies, en proportion de leur chiffre d'affaires, mais sans excéder 1 % des primes encaissées annuellement. Le fonds de garantie est en mesure de couvrir les engagements contractuels de l'assureur défaillant à concurrence de 90 % des garanties souscrites.

Les avantages d'un tel système préétabli sont, d'une part, de rassurer les détenteurs de contrats et, d'autre part, d'améliorer l'image de l'industrie de l'assurance, qui se veut solidaire face aux assurés. Il est vrai qu'un tel système peut être mal perçu par les compagnies biens gérées. Cependant, les contributions a posteriori introduisent un aléa dans les charges futures des compagnies, préjudiciables en cas de conjoncture difficile. On a aussi critiqué le mode universel de calcul des contributions, qui s'applique à l'ensemble des primes encaissées par les assureurs, quelle que soit la nature des contrats offerts, ce qui n'est pas sans pénaliser les assureurs qui ont volontairement soustrait de leur portefeuille des produits attractifs mais susceptibles de présenter des aléas.

### Japon

Une première réglementation sur la protection des assurés, adoptée en 1996 sous l'Empire du Soleil Levant, avait introduit la constitution d'un fonds de protection des assurés qui bénéficiait au repreneur de l'assureur failli et auquel l'ensemble des assureurs contribuait à hauteur de 200 millions de yens. La contribution des assureurs dans ce fonds n'était pas obligatoire ; en revanche, les compagnies qui refusaient d'y participer privaient leurs assurés de toute protection en cas de faillite.

La faillite de Nissan Life, en 1997, eût pour effet de remettre en cause cette législation. Il s'avéra alors que les 200 millions de yens disponibles dans le fonds ont été épuisés. Les actifs de Nissan ont été sous-estimés d'environ 300 milliards de yens par rapport au

passif. On a créé une nouvelle compagnie dans laquelle on transféra l'ensemble des polices de la défunte. Les garanties offertes ont été restructurées et les taux d'intérêts garantis aux assurés ont été réduits à des niveaux plus conformes à l'offre existant sur le marché. Le plan de réhabilitation a permis d'assurer les engagements réévalués des assurés sur la base des montants disponibles dans le fonds (les 200 milliards de yens de contribution de la profession) et aussi d'un plan d'économies substantielles sur les frais généraux destinés à garantir la gestion des sinistres en suspens (*run-off*), introduisant ainsi un nouvel actif de 100 milliards de yens dans les comptes de la nouvelle compagnie.

Un nouveau système de garantie a été introduit en 1998, mais il a suscité de nombreuses réactions. Les opposants argumentaient principalement sur le partage des responsabilités face à la faillite d'un des leurs, entre les assureurs, le Gouvernement et les assurés eux-mêmes. La virulence de l'opposition au nouveau système venait du fait qu'il existait plusieurs possibilités de faillites de compagnies nippones, pouvant conduire à des larges contributions de la part des autres assureurs et entraîner des réactions en chaîne. Nous ignorons l'issue de ce débat et les réponses finales adoptées par le législateur japonais.

### États-Unis

La responsabilité de la protection des assurés en cas de déconfiture des assureurs incombe aux États. Ceux-ci ont établi une procédure en vertu de laquelle les compagnies solvables absorbent les pertes des compagnies défaillantes. Dans certains États, tel New York, on a constitué des fonds en permanence. Dans d'autres États, les compagnies d'assurance se sont regroupées en association en vue de fournir des prestations aux assurés lésés par un assureur en faillite faisant partie du regroupement. Chaque assureur participant contribue dans le fonds de garantie en proportion de son chiffre d'affaires.

Dans le cas de deux grandes faillites survenues aux États-Unis, celles d'Executive Life Insurance et de Mutual Benefit, les différents textes définis par les associations de garantie de chaque État n'ont pas été appliqués, car un plan spécial a été adopté. Les États se sont rassemblés sous l'égide de la National Organization of Life and Health Guaranty Association – un organisme qui regroupe les associations de garanties des différents États – et sous la direction d'un administrateur, à savoir le commissaire contrôleur de l'État dans lequel était implanté le siège de la société en liquidation. Tous les intervenants se sont mis d'accord sur un plan équitable permettant d'indemniser les assurés.

Les modèles législatifs mis en place par les États sont inspirés de la National Association of Insurance Commissioners (NAIAC), une organisation nationale qui regroupe les contrôleurs de chaque État. Il en résulte une certaine uniformité, d'un État à l'autre, sur le plan de la rédaction et de l'application de la réglementation, bien que chaque modèle soit propre à chacun. Chaque État est libre d'y apporter des aménagements distinctifs, en fonction de la nature des contrats, du montant versé au titulaire de police, des contributions maximums des assureurs participants. Fait à noter, les assureurs n'ont pas le droit de mentionner l'existence de fonds de garantie dans leur publicité ou documents commerciaux. Les contributions versées au fonds jouissent d'avantages fiscaux.

### France

En France, il n'existe pas encore, sauf erreur, un plan de protection adopté par le législateur. La question se pose depuis la liquidation en décembre 1997 d'une petite compagnie d'assurance vie, nommée Europavie, qui a suscité une vive émotion dans le milieu de l'assurance, puisque les titulaires des polices de cette compagnie n'ont pu recevoir le parfait paiement de leur demande d'indemnité. On constata alors que bien que les titulaires de polices françaises sont considérés comme des créanciers privilégiés en vertu de la législation sur la faillite, applicable aux compagnies d'assurance, cette loi ne leur garantit pas le plein paiement de leurs réclamations.

Les autorités françaises de réglementation, à savoir le ministre de l'Économie et des Finances, assistées du Conseil du Trésor et de la Commission de contrôle des assurances, jouent un rôle consultatif et de contrôle et elles décident de certaines sanctions, mais n'ont pas un pouvoir d'indemnisation des assurés. Tout au plus, elles veillent à ce qu'une distribution au pro rata soit effectuée à l'égard des créanciers privilégiés, dans le cas d'une faillite.

### Canada

Qu'en est-il dans notre pays ? Qui ne se souvient de la faillite successive de trois compagnies à l'aube de cette décennie, à savoir Les Coopérants (1991), Sovereign Life (1992) et Confederation Life (1994) ? Depuis, les normes de contrôle ont été accentuées et aucune autre faillite n'a eu lieu. Il n'existait ici, avant 1988, aucune forme de protection pour les assurés. Depuis, deux fonds ont été établis, l'un dans la branche d'assurance de personnes (SIAP), l'autre dans celle de l'assurance de dommages (PACICC).

## *La Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes (SIAP)*

La SIAP a été mise sur pied par l'industrie canadienne des assurances de personnes pour fournir aux titulaires de polices, en cas d'insolvabilité d'une société d'assurances, une protection contre la perte de leurs prestations. Elle est financée par toutes les sociétés d'assurance membres (initialement 190), qui ne peuvent mettre fin à leur adhésion à la SIAP tant qu'elles sont en opération. Il n'est pas nécessaire de présenter une demande pour bénéficier de cette protection. Elle s'applique systématiquement aux polices admissibles (souscription canadienne).

Dans le cadre du fonds de garantie géré par la SIAP, les titulaires canadiens de polices d'assurance de personnes bénéficient, pour l'assurance vie, d'une protection maximale de 200 000 \$, pour l'épargne, de 60 000 \$ (2 plafonds distincts : A) pour l'épargne enregistrée ou non enregistrée ; B) pour l'épargne individuelle ou collective), pour les contrats de rentes ou d'assurance invalidité, de 2 000 \$ mensuellement, pour l'assurance invalidité, de 60 000 \$.

En cas de faillite d'un assureur, la SIAP s'assure que les polices admissibles sont maintenues en vigueur jusqu'à concurrence de ses plafonds. Pour être admissibles, les polices doivent être établies en monnaie canadienne et provenir des produits suivants : assurance vie, assurance maladie, instrument de capitalisation (REÉR ou régime de retraite), rente (viagère ou FERR) ou rente d'invalidité. De plus, elles doivent être souscrites au Canada par une société membre ou figurer dans les registres de la succursale canadienne d'une société membre et elles ne doivent pas être couvertes par un autre fonds du même genre.

La SIAP ne fournit aucune protection lorsque les prestations prévues par la police se rattachent à des éléments d'actifs qui ne sont pas détenus dans les fonds généraux de l'assureur ou lorsque l'assureur ne fournit que des services administratifs à l'égard d'un régime d'avantages sociaux ou de tout autre régime collectif.

Le plafond de 60 000 \$ s'applique au capital et aux intérêts jusqu'à la date de l'ordonnance de la mise en liquidation. L'intérêt couru après cette date est couvert par la SIAP, même si le plafond de 60 000 \$ se trouve dépassé. Lorsqu'une personne a souscrit plus d'une police appartenant à une même catégorie auprès d'un même assureur, le plafond prévu pour une catégorie est réparti entre les polices proportionnellement aux sommes assurées.

Dans le cas de coassurés (au moins deux personnes), c'est-à-dire lorsque le capital assuré n'est payable qu'au décès qui survient en premier, ou qu'à celui qui survient en dernier, le plafond de 200 000 \$ pour l'assurance vie est appliqué, de sorte qu'aucun des coassurés ne bénéficie d'une protection de plus de 200 000 \$ auprès d'un même assureur.

Dans le cas de sociétés membres qui fusionnent, les polices qui bénéficient de la protection de la SIAP au moment de la fusion continuent d'être couvertes après cette dernière, même si les plafonds de la SIAP se trouvent dépassés. Cependant, la protection accordée à l'égard de la nouvelle société ne peut excéder les plafonds de la SIAP tant que les polices existant au moment de la fusion demeurent en vigueur.

Dans le cas d'un assureur membre qui devient insolvable, le liquidateur tente de trouver un autre assureur membre de la SIAP qui prendra en charge les polices de la société insolvable.

#### *La Société d'indemnisation en matière d'assurance IARD*

Comme dans le cas de la SIAP, cette Société est financée par les compagnies d'assurance de dommages en vertu d'un programme spécial approuvé par les autorités de contrôle. Dans le cas d'une faillite, il n'est pas nécessaire que l'assuré fasse une demande pour bénéficier des services de la Société : ils sont couverts automatiquement à concurrence d'un montant maximal de 250 000 \$ relativement à toute demande d'indemnité impayée relative à des sinistres provoqués par un seul événement.

Toute demande d'indemnité est examinée par la Société pour des événements survenus à la date de la faillite ou avant cette date, et au cours des 45 jours qui suivent l'ordonnance d'un tribunal déclarant la faillite d'une compagnie. Cette période est généralement suffisante pour permettre la souscription d'une autre assurance.

Il est nécessaire d'épuiser toute autre source d'assurance disponible avant de faire appel à la Société. De plus, les franchises applicables dans les contrats d'assurance de l'assureur failli sont déduites du montant total du sinistre assuré.

La Société s'engage aussi à rembourser 70 % de la partie non échue de la prime, correspondant à la période restant à courir à partir de la date à laquelle l'assureur a fait faillite, à concurrence d'un montant maximum de 700 \$.

La rapidité est l'un des atouts majeurs de l'indemnisation par la Société. L'assuré évite ainsi des retards parfois très longs imposés

par le liquidateur pour régler une partie ou la totalité d'une demande d'indemnité. Toutefois, l'assuré peut opter de s'adresser directement au liquidateur pour obtenir une compensation.

Dans le cas de l'assurance de responsabilité, une victime peut faire une réclamation directement contre l'auteur d'un dommage et elle a le droit d'exiger le paiement de la somme totale plutôt que de poursuivre en justice l'assureur de tel auteur du dommage. Ce dernier peut alors demander au liquidateur de la faillite de le défendre. La Société n'interviendra dans le paiement des demandes d'indemnités que lorsque le montant à payer aura été préalablement déterminé et approuvé.

Toutes les compagnies d'assurance de dommages agréées des provinces et des territoires du Canada doivent être membres de la Société. Elles peuvent cesser leur adhésion lorsqu'elles n'exercent plus aucune activité au Canada. Toutefois, les assureurs spécialisés qui suivent ne sont pas tenus d'être membres : les assureurs agréés dans des domaines tels que les cautionnements, les détournements, les assurances maritime et aviation, les assureurs automobiles de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan.

Toutes les compagnies membres de la Société paient une cotisation modeste afin de couvrir ses frais d'exploitation. En cas de faillite, la Société traite les demandes d'indemnité recevables et évalue la contribution à payer de chaque compagnie d'assurance membre.