

Chapitre 2 : Les concepts de base d'une opération d'assurance

L'assurance est présentée par un contrat dans lequel sont stipulés les quatre éléments fondamentaux de l'assurance.

En plus dans le contrat d'assurance, il y a les obligations réciproque, l'assuré paie la prime alors que l'assureur paie l'indemnité en cas de réalisation de risque. Ceci se vérifie en présence d'une mutualité suffisante permettant la compensation grâce aux lois statistiques.

1- Les éléments d'une opération d'assurance

Pour déterminer les éléments essentiels de l'assurance, il convient d'abord de définir ce qu'est l'assurance. En effet, ces éléments donnent la possibilité à l'assureur de fixer les tarifs en utilisant des techniques propres à l'assurance. Le but étant de permettre à la compagnie d'assurance d'honorer ses engagements.

Le législateur algérien a défini l'assurance dans l'article 619 du code civil qui stipule : « l'assurance est un contrat par lequel l'assureur s'oblige, moyennant des primes ou autres versement pécuniaires, au profit duquel l'assurance est souscrite, une somme d'argent, une rente ou une autre prestation pécuniaire en cas de réalisation du risque prévu au contrat. »

1-2- Les éléments fondamentaux de l'assurance

L'assurance est présentée par un contrat dans lequel sont stipulés les quatre éléments fondamentaux de l'assurance : le risque (aléa), la prime, l'indemnité et la compensation.

1-2-1- Le risque

Une remarque préliminaire s'impose en ce qui concerne le mot risque en assurance, il recouvre plusieurs notions :

- Il désigne l'objet assuré : tel que le bâtiment, qualifié de risque assuré.
- Il est utilisé en matière de tarification : on parle de risque industriel, de risque de particuliers, de risque automobile, etc.
- Il correspond à l'évènement assuré

C'est cette définition qui nous intéresse ici :

Le risque est un évènement futur et incertain qui dépend du hasard et qui entraîne des dégâts aux biens et aux personnes en cas de réalisation, et auquel on cherche de se prémunir Il est

donc de bon sens d'admettre que l'assurance ne peut tout assurer. En effet, seuls les évènements revêtant trois caractères pourront être assurés.

1-2-2- La prime ou cotisation

La prime est la contribution que verse l'assuré en échange de la garantie qui lui est accordée. Elle est payable au départ de l'opération d'assurance ou de l'année d'assurance¹.

Dans le cas d'une société mutuelle où l'assuré est en même temps sociétaire, la prime est appelée « cotisation ». Cette cotisation est une simple contribution, variable en fonction du nombre d'adhérents et de l'importance des sinistres payés et à payer.

Quant à la franchise, elle représente le montant que l'assureur laisse à la charge de l'assuré lors de l'indemnisation, ce montant est accepté et signé lors du contrat d'assurance.

Pour les garanties d'un contrat, elles sont composées de la définition de la garantie et de son prix.²

Le calcul de la prime

Pour le calcul de la prime, l'assureur procède en trois étapes : il calcule d'abord la prime pure, puis la prime nette, et enfin la prime totale.

La prime pure : c'est la prime permettant à l'assureur de régler les sinistres frappant la mutualité des assurés. Elle est appelée également : cotisation du risque, cotisation d'équilibre, ou même cotisation technique.

La prime pure est donc la somme strictement nécessaire à la compensation des risques au sein de la mutualité. La prime pure se calcule comme suit :

$$\text{La prime pure} = \text{Fréquence du sinistre} \times \text{Coût moyen d'un sinistre}$$

La prime nette : est la prime figurant sur les tarifs des sociétés, elle est parfois appelée cotisation commerciale. Cette prime est égale à l'addition de la prime pure et des chargements permettant de couvrir les frais d'acquisition et de gestion du contrat.

¹ Couilbault F., Eliashberg c., Latrasse M., Les grands principes de l'assurance, L'argus, 1999, P45.

² Idem, P23.

$$\text{La prime nette} = \text{Prime pure} + \text{Chargements}$$

Les chargements comportent les frais d'acquisition qui sont les commissions des intermédiaires, et les frais de gestion du contrat (frais de fonctionnement de la société d'assurance).

La prime totale : c'est le montant effectivement payé par le souscripteur.

$$\text{La prime totale} = \text{prime nette} + \text{frais accessoires} + \text{taxes}$$

Les frais accessoires sont les frais de la police ou d'établissement. Les taxes sont des impôts indirects versés à l'Etat et calculés sur la cotisation nette et les frais accessoires.

L'ensemble des primes versées par les assurés sert à couvrir les frais de gestion et les versements à l'assuré victime d'un sinistre d'une somme d'argent destiné soit au souscripteur, à l'assuré, ou à un tiers.

1-2-3- La prestation de l'assureur (l'indemnité)

L'engagement pris par l'assureur lors de la signature du contrat consiste en le versement à l'assuré victime d'un sinistre d'une somme d'argent destiné soit au souscripteur et assuré, soit au bénéficiaire.

En pratique, il convient de distinguer deux sortes de prestations, car l'assurance est soumise à deux principes, indemnitaire et forfaitaire³.

Le principe indemnitaire : selon ce principe, les prestations sont déterminées après la survenance du sinistre en fonction de son importance.

Les indemnités servent à la réparation du bien endommagé après évaluation par un homme d'art (expert en automobile, expert en bâtiment...) détermine la valeur financière du dommage. Dans le principe indemnitaire, la prestation ne peut être un moyen d'enrichissement ou d'accroissement du patrimoine du bénéficiaire (l'assuré).

Ce type de prestations s'applique surtout dans l'assurance dommage.

³ Rousseau JM., Blayac T., Oulmane., Introduction à la théorie de l'assurance, Dunod, Paris 2001, P 41.

Le principe forfaitaire : selon ce principe, la valeur de l'indemnité est fixée de manière forfaitaire par le contrat avant la réalisation du sinistre. Les indemnités peuvent être versées sous forme d'un capital, ou d'une rente ou d'une somme fixe par jour (assurance vie).

Cette distinction entre principe indemnitaire et forfaitaire correspond à la classification des assurances⁴ que nous verrons par la suite, en assurance de dommage qui sont soumises au principe indemnitaire, et les assurances de personnes qui pratiquent les prestations forfaitaires.

Afin de mettre en pratique les éléments techniques de l'assurance, l'assurance est contrainte de développer une technique propre lui permettant d'exécuter sa fonction d'assurer.

1-2-4- La compensation au sein de la mutualité

Quel que soit leur statut, les organismes pratiquant l'assurance mutualisent des risques pour que l'immense majorité des assurés qui échapperont aux sinistres payent pour les moins chanceux. L'ensemble des personnes assurées contre un même risque et qui cotisent mutuellement pour faire face à ses conséquences constitue une mutualité dont l'organisation est gérée par la solidarité. Celle-ci est très forte au sein de la mutualité du fait que, si le risque s'aggrave, l'ensemble de la mutualité devra s'acquitter d'une cotisation plus élevée. Si au contraire, le risque diminue, la cotisation de chacun diminuera. Mais si cette mutualité est organisée et gérée par une entreprise qui prendra le nom d'assureur et qui paye les sinistres avec les primes qu'il perçoit. L'assureur afin de répondre à ses engagements doit prendre comme base de mutualité plusieurs critères.

1-3- Les statistiques

Pour éliminer le hasard, l'assureur doit maîtriser les risques. Il doit avoir une connaissance technique du risque.

Sa connaissance repose sur un calcul qui tient compte :

- De l'étude des résultats passés ;
- De la projection de ces résultats dans l'avenir.

Une discipline qui rend possible ce calcul scientifique est les statistiques. L'assureur organise la mutualité suivant la loi de la statistique.

⁴ Idem, P 42.

La loi des grands nombres : Pascal, mathématicien français du XVIII^e siècle, a étudié le hasard et a démontré qu'il était régi par des lois. Au XVIII^e siècle, Bernoulli, mathématicien suisse, énonça à partir d'études précédentes, la loi des grands nombres. Selon cette loi, plus est grand le nombre d'expériences effectuées, plus les résultats de ces expressions se rapprochent de la probabilité théorique de sortir l'as es de $1/6^{\text{ème}}$, puisque le dé a 6 faces, et que chaque face a autant de chance de sortir que les autres faces. Si nous jouons un nombre de fois limité, nous pouvons obtenir l'as 1 fois, 2fois ou pas du tout.

Mais, si nous jouons 1000 fois, 100000 fois, nous constatons que le nombre de sorties de l'as tend vers sa probabilité théorique de $1/6^{\text{ème}}$.

Autrement dit, si on possède des études portant sur un très grand nombre de cas, on connaîtra de manière précise la probabilité de survenance d'un évènement ainsi, on raisonnant globalement, on peut maîtriser le hasard.

En assurance, pour que la loi des grands nombres s'applique, il faut que les risques étudiés soient dispersés, homogènes et suffisamment fréquents.

La connaissance technique des risques permet d'évaluer :

- Les chances de réalisation des risques, c'est-à-dire la probabilité de survenance des sinistres ;
- L'importance des conséquences des sinistres, qui consiste à l'estimation des coûts moyens des sinistres.

Ces données permettent d'élaborer le 'Tarification » du risque.

Les données statistiques : les statistiques passées nous indiquent combien de sinistres sont survenus et combien ils ont coûté. On pourra ainsi calculer le coût moyen d'un sinistre.

Il est aisé de comprendre que ces informations essentielles vont permettre à l'assureur de calculer ce qu'il devra payer et donc ce que les souscripteurs auront à déboursier.

Bien entendu, les assureurs doivent suivre en permanence l'évolution des statistiques pour adapter, si nécessaire, les primes en conséquence.

Cependant, l'assurance de nouveaux risques pose des problèmes en raison de l'absence, ou l'insuffisance des statistiques. On possède alors par tâtonnement et ajustement successifs.

2- Les mécanismes d'assurance

Pour construire une mutualité permettant une compensation des risques, la compagnie d'assurance est contrainte d'organiser les risques à assurer.

2-1- Le critère de la sélection des risques

L'assureur cherche toujours à réunir le maximum de population et de réaliser en permanence des affaires nouvelles à assurer, car plus le nombre est important, plus la compensation au sein de la mutualité sera facile. Le critère de la sélection des risques consiste pour l'assureur à rejeter les « mauvais risques », qui ont une fréquence d'occurrence importante avec des dégâts néfastes, pour ne retenir que les « bon risques » non catastrophiques.

2-2- Le critère d'homogénéité des risques

Pour une compensation efficace des risques, l'assureur doit recenser des risques semblables et qui ont la même chance de réalisation. Après recensement, il classe les risques par :

- La nature des risques (exemple, incendie) ;
- L'objet des risques (risque automobile, risque industriel...)
- La durée des polices ou une période donnée ;
- Les tarifs, etc.

2-3- Le critère de la dispersion des risques

Pour équilibrer ses résultats et se mettre à l'abri de situations l'obligeant à ne pas répondre à ses engagements, l'assureur cherche à disperser les risques dans le temps, dans l'espace et sur tout autre critère propre à lui éviter la réalisation d'un sinistre et la concentration de ses engagements sur une population déterminée.

2-4- Le critère de la division des risques

Une fois les critères de sélection, d'homogénéité et de dispersion des risques sont définis, l'assureur, pour éviter une sinistralité importante imprévue risquant de compromettre son équilibre financier, diversifie ses ressources de primes entre les grosses primes venant des gros risques et les petites sommes venant d'une multitude de petits risques (que l'assureur utilise pour combler sa trésorerie).

Tous ces critères permettent à l'assureur de sauvegarder son capital composé de primes qu'il devra répartir entre les assurés. Cette répartition doit se faire selon la loi de l'annuité des primes qui consiste à utiliser les primes collectées durant un exercice donné pour indemniser les assurés victimes de sinistres survenus durant le même exercice⁵.

Cependant, si un risque important se réalise et qui ne pourrait être compensé par les primes, l'assureur utilise des technique de division des risques et n'acceptera d'assurer qu'une fraction du gros risque.

3- Les techniques de division des risques

La répartition ou la division des risques au sein de la profession « assurance » requiert deux techniques : la coassurance et la réassurance. Celles-ci créent une solidarité entre toutes les sociétés d'assurance opérantes sur le marché. Elles sont indispensables et peuvent être mises en même temps.

3-1- La coassurance

La coassurance consiste à répartir le risque entre plusieurs assureurs pour qu'en cas de sinistre majeur, l'assureur leader ne soit pas engagé au-delà de ses capacités. Chacun des assureurs garantit une fraction de risque et reçoit un pourcentage de prime. En cas de sinistre il sera tenu au paiement de la même proportion des prestations dues. Ce pourcentage est fonction des critères fixés à l'avance et reflète la capacité financière de chacun. Il s'agit en effet de déterminer « le plein de souscription » (appelé aussi plein d'acceptation). Le plein de souscription étant la somme maximale qu'un assureur accepte sur un risque déterminé.

La technique de coassurance est surtout utilisée pour garantir des risques importants de grandes valeur faisant appel à des dizaines voire des centaines de coassureurs (en assurance maritime par exemple)⁶.

3-2- La réassurance

Contrairement à la coassurance qui lie réciproquement les assureurs entre eux, l'opération de réassurance repose sur des principes identiques à la relation : assuré- assureur. Cette technique par laquelle une société d'assurance (appelée société cédante ou fronteur), s'assure elle-même auprès d'une autre société d'assurance (le réassureur ou cessionnaire) pour une partie plus au

⁵ Hassid A., Introduction à l'étude des assurances économiques, ENAL, 1984, P 98.

⁶ Malaval. F : Développement durable, assurance et environnement, Economica, 1999, P 31.

moins importante des risques qu'elle a pris en charge. Il existe deux grandes catégories de contrats de réassurance : l'automatique et la facultative.

4-Les cycles de l'assurance

En raison de sa spécificité, l'assurance marque des différences par rapport à d'autres secteurs économiques en ce qui concerne l'inversion de son cycle de production tout en respectant le concept économique de concurrence dans la tarification.

4-1- L'inversion du cycle de production

Habituellement, dans un cycle de production, l'entreprise connaît par avance le coût de revient de chaque produit fabriqué et peut aussi déterminer leur prix de vente. Dans l'assurance, malgré les statistiques et les méthodes de calculs actuariels, le coût définitif des engagements n'est pas déterminé avec précision. L'inversion du cycle de production vient du fait que l'assureur effectue la production en fixant la prime sans connaître son coût réel.

4-2- Le cycle tarifaire

Comme toute activité économique opérante sur le marché, l'assurance est un domaine soumis aux lois de la concurrence. Pour rentabiliser les capitaux investis, les assureurs se dirigent vers les placements, mais surtout ils comptent sur leurs résultats techniques. Sachant que le résultat technique exprime le rapport entre les sinistres payés et les cotisations encaissées. Lorsque ce rapport dépasse 1, la branche génère des pertes, il n'y a alors plus de bénéfices techniques.

Les assureurs qui dégagent des bénéfices techniques cherchent à conquérir des parts de marché supplémentaires. C'est pour cela qu'ils réduisent leurs taux de primes. Les autres assureurs soumis à la concurrence sont obligés de suivre le mouvement pour conserver leurs affaires. Ce qui aboutira à une baisse générale des primes et par conséquent à une baisse des résultats techniques.

Face à la dégradation des résultats, les assureurs renforcent leurs critères de souscription et leurs taux de primes. Le rapport S/C (Sinistres / cotisations) diminue et les résultats techniques s'améliorent, ceci provoque des réactions telles que précédentes. Schématiquement, le rapport S/C évolue selon une fonction trigonométrique.

5- La classification des assurances

On peut opérer à deux classifications : selon la nature de l'aléa (assurance dommage et assurance de personnes) et selon le mode de gestion, répartition ou capitalisation.

5-1-Classification juridique

5-1-1- les assurances dommage : L'assurance de dommage a pour but de réparer les conséquences d'un évènement dommageable affectant le patrimoine de l'assuré. Les assurances de dommages sont soit des assurances de bien, soit des assurances de responsabilité.

Elle donne droit à une indemnité, normalement égale au montant du préjudice dû à un évènement accidentel et involontaire (assurance accident), appelé sinistre :

- Assurance de tiers : responsabilités civile, etc... ;
- Assurance de biens : contre les accidents, incendies, vols, (automobile, habitat,...) c'est L'IARD (Incendie, accidents et risques divers) ;

Assurances construction : Assurance dommages à l'ouvrage et assurance décennale.

Les assurances dommage regroupent deux catégories, à savoir :

* Les assurances responsabilité (RC) : ce sont des assurances au tiers garantissant les dommages causés à autrui par :

- l'assuré lui-même ;
- quelqu'un d'autre sous la responsabilité de l'assuré ;
- quelque chose qui appartient à l'assuré (animal ou chose).

* Les assurances de choses : garantissent les biens corporels (biens matériels) ou incorporels (assurance-crédit, assurance chômage) de l'assuré.

Le principe de l'assurance dommage repose sur le caractère indemnitaire, ce principe signifie que le montant de l'indemnité ne soit en aucun cas supérieur au montant du sinistre.

5-1-2- Les assurances de personnes

Ce type d'assurance a pour objet de garantir à l'assuré ou au bénéficiaire le paiement d'une indemnité pour faire aux évènements qui peuvent affecter la santé d'une personne.

L'assurance de personnes repose sur le principe forfaitaire de dédommagement qui détermine le montant de la prestation à verser au moment de la signature du contrat.

5-2- La classification technique de l'assurance

Selon le mode de gestion, on distingue les assurances de répartition et les assurances de capitalisation.

5-2-1- Les assurances gérées en répartition

C'est la forme la plus simple de répartition des risques entre tous les assurés : au cours d'une année d'exercice, l'assureur répartit entre les assurés sinistrés la masse des primes payées par l'ensemble des membres de la mutualité, la probabilité de réalisation de risque étant constante au cours du contrat. Les assurances utilisant ce mode de gestion sont les assurances de dommages, ainsi que deux types d'assurances de personnes : l'accident et la maladie. Les autres assurances quant à elles, sont gérées par capitalisation.

5-2-2- Les assurances gérées en capitalisation

Les assurances de capitalisation sont des assurances souscrites à long terme. Les primes vont être perçues selon la méthode des intérêts composés. Le couvert n'est pas constant : il varie au cours du contrat. Ce mode de gestion concerne toutes les assurances qui n'obéissent pas la gestion par répartition. C'est notamment le cas des assurances sur la vie de la prévoyance collective.

Remarque : ces deux types d'assurance ne doivent pas être pratiqués ensemble dans une même compagnie d'assurance.