



Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et des Sciences de Gestion

Département des sciences économiques

Polycopié pédagogique

Dossier numéro (à remplir par l'administration) :

Titre

Economie des assurances

Cours destiné aux étudiants de

Master I : Economie Monétaire et Bancaire

Année : 2020-2021

Introduction générale

Ce cours se propose de mettre à la disposition des étudiants en Master I Economies monétaire et Bancaire, les connaissances générales ainsi que le langage technique utilisé en assurance. Il servira également à tous les étudiants qui souhaitent s'orienter vers les métiers d'assurance.

Nous avons souhaité rendre ce cours accessible à tous. Les chapitres proposés sont présentés de manière simple et progressive. Les différents concepts présentés sont abordés par étapes dans l'intention d'en dégager et préciser le sens de façon graduelle.

Le cours comporte quatre chapitres complémentaires. Le premier chapitre retrace l'évolution des différentes formes d'assurance au cours de l'Histoire, passant par son caractère juridique tout en développant l'importance de l'assurance dans l'économie et la société contemporaine.

Le deuxième chapitre est une introduction aux principes d'assurance. Il fournit une présentation détaillée des éléments essentiels d'une opération d'assurance, ainsi que les critères qui définissent les risques assurables. Ensuite des techniques de division des risques sont mises en évidence.

Le troisième chapitre commence par une présentation des diverses classifications des assurances. Il se poursuit par un développement du mode de gestion des compagnies d'assurance et l'intervention des intermédiaires d'assurance.

Le quatrième chapitre traite du marché algérien des assurances. D'abord à travers des mutations du secteur et ensuite en présentant les résultats du secteur.

Chapitre 1 : Aperçu historique et cadre juridique de l'assurance

L'histoire de l'assurance revêt un intérêt certain pour comprendre les nombreuses règles et mécanismes applicables aujourd'hui dans l'industrie de l'assurance. Celle-ci est née pour satisfaire le besoin de protection et de prévention.

Elle s'est développée au cours de l'Histoire pour arriver à sa forme actuelle. L'étude des différentes civilisations montre que l'assurance, sous des formes diverses, a toujours existé. Elle s'est développée parallèlement au développement du commerce et de l'industrie. Elle est passée d'une forme primitive de mutualisation des risques, à une forme plus spéculatrice appelée « le prêt à la grosse aventure » qui donna naissance au principe de l'assurance moderne, développé avec la révolution industrielle.

Actuellement, l'assurance présente un intérêt économique et social pour les pays. Mais pour qu'elle puisse jouer pleinement son rôle, l'intervention du législateur est indispensable pour organiser et règlementer sa pratique.

1- Les premières manifestations de l'assurance

Les manifestations les plus anciennes d'opérations de manipulation des risques remontent aux tailleurs de pierres de la Basse Egypte (vers 1400 av. J-C). Ils avaient créé un fonds destiné à venir en aide aux membres de leur communauté en cas d'accident.

Les Hétéries de la Grèce antique possédaient des caisses communes alimentées par des cotisations mensuelles, afin de pouvoir distribuer des secours. Le plus souvent, ces mutuelles n'exigeaient aucun effort de prévoyance et ne faisaient appel à la générosité de leurs membres qu'après chaque sinistre. En outre, cette mutualité ne répartissait le risque qu'entre un petit nombre de patrimoines et ne permettait pas de réunir des fonds considérables. De ce fait, elle était loin de supprimer tout aléa pour l'assuré.

Un des documents les plus révélateurs fut découvert dans les caves d'un commerçant israélite en Mésopotamie, non loin de Babylone. Des contrats, datés de 580 à 430 av. J-C, avaient la forme de plaques couvertes de caractères cunéiformes. Celui qui désirait garantir la perte de ses marchandises contre les risques, encourus par les caravanes traversant le désert d'Arabie et les bateaux navigant sur la Mer Rouge, allait trouver ce commerçant pour obtenir moyennant un intérêt payable à l'avance et une commission de risque de 20%, un prêt commercial qui n'était remboursable qu'en cas d'issue heureuse du voyage.

2- L'assurance maritime : le prêt à la grosse aventure

Le prêt à la grosse aventure a permis la naissance de l'assurance. Les Grecs et les Romains pratiquaient cette forme d'assurance pour leurs expéditions commerciales.

En effet, Les cargaisons maritimes représentaient des sommes importantes et les chances qu'elles puissent arriver étaient faibles. Pour cela, ils étaient contraints de faire appel aux banquiers qui leur prêtaient les capitaux nécessaires. Le remboursement n'est pas automatique car :

- Si le bateau faisait naufrage, le marchand ne remboursait rien au banquier.
- En revanche, si la cargaison arrivait à bon port, le banquier recevait, en plus du montant de son prêt une participation en compensation du risque encouru. L'intérêt pouvait atteindre 40, voire 50%.

Au 12^e siècle, avec la reprise des échanges commerciaux, le prêt « à la grosse » se développa et donna lieu à des abus quant au taux d'intérêt.

Le pape Grégoire IX, par décrétale de 1234, interdit le prêt usuraire et condamna ainsi le prêt à la grosse aventure. Plus tard, fut mis en place un système qui donna naissance à l'assurance maritime et fixa les principes de l'assurance moderne : des banquiers ou des groupements de commerçants acceptèrent de garantir, en cas de perte, la valeur du navire et de sa cargaison, moyennant le paiement d'une somme fixée au préalable. L'écrit qui a matérialisé ce contrat s'appelait déjà « *une police* », au sens de preuve. La promesse de garantie était « *L'assurete* » et la somme payée à l'avance « *la praemium* » (couilbault et al, 1999). Le plus ancien contrat connu d'assurance maritime date de 1347, il fut signé à Gêne et couvrait la cargaison de la « Santa Clara » pour un voyage de Gêne à Majorque.

3- Les assurances terrestres

Contrairement à l'assurance maritime qui a pris naissance dès le moyen âge, les assurances terrestres ne remontent qu'au XVII^e siècle, sous la forme de l'assurance contre l'incendie

3-1- L'assurance contre l'incendie

L'assurance contre l'incendie a été créée dans un but d'assistance contrairement à l'assurance maritime qui était sous forme de spéculation.

Le grand incendie de Londres en 1666 fut à l'origine de ce type d'assurance, car il causa d'importants dégâts dont 13 200 maisons et près de 1 000 églises:

* Le Fire-Office en 1667, point de départ d'une organisation de l'assurance en Angleterre contre l'incendie et la 1^{ère} société d'assurance contre l'incendie en 1684.

* En 1750, la société française « La chambre générale des assurances » devenue en 1753 « La chambre royale des assurances ».

3-2- L'assurance sur la vie

Ce type d'assurance était pratiqué dans le cadre de l'assurance maritime avant qu'elle ne soit classée comme une deuxième branche de l'assurance terrestre. Elle garantissait la vie des esclaves transportés en tant que marchandises. Par la suite, à partir de la première moitié du XV^e siècle, sont conclus des contrats assurant la vie en soi, et en dehors de tout risque de navigation (Yvonne, 2001).

En 1652, le banquier italien *Lorenzo TONTI* invente « les tontines ». Il s'agit d'associations de personnes constituées pour une certaine durée : 10ans ,15ans ou 20 ans. Les associés mettent en commun des fonds. A l'issue de la durée prévue, l'association est dissoute et les fonds sont répartis soit entre les survivants (association en cas de vie) soit entre les ayants droits des personnes décédées (association en cas de décès).

Les tontines sont considérées pour longtemps comme immorales et sont interdites par l'Eglise, car il est immoral de spéculer sur la vie humaine.

Mais l'assurance vie, n'apparaît véritablement qu'à la fin de 17^{ème} siècle, grâce aux travaux mathématiques relevant de la « géométrie du hasard » de Blaise Pascal en 1654. En 1693, Edmond Halley, astronome anglais, conçoit la 1^{ère} table de mortalité. La première société d'assurance vie est créée en Angleterre en 1762.

La naissance de l'assurance moderne vient après la découverte et le développement du calcul actuariel, dont les principales étapes sont (Henriet and Rochet 1991) :

- La loi des grands nombres Pascal (1654)
- La première table de mortalité Huyghens (1657)
- Le premier calcul de rente viagère De Witt (1660)
- Et enfin, le premier traité d'actuariat par Richard Price au milieu du 18^{ème} siècle.

Du début du 18^{ème} siècle jusqu'au 19^{ème} siècle, il y a eu trois formes d'assurance : Maritime, Incendie et Vie. Leurs progrès sont étroitement liés à la fois au développement de l'activité économique et à la révolution du droit.

3-3- La révolution industrielle ou l'essor de l'assurance

Avec l'ère industrielle et l'évolution du niveau de vie, le besoin de sécurité devient de plus en plus sensible. A la moitié du 19^{ème} siècle, l'assurance accident est née et couvre aujourd'hui les risques de la vie moderne allant de l'automobile à la pollution. Ces progrès de l'assurance traduisent une attitude nouvelle devant le risque qui était autrefois considéré comme une

fatalité. L'exemple typique est celui de la maladie : au moment où la médecine était primitive, la mort de plusieurs personnes de tout âge par la maladie avait un caractère familial. A l'heure actuelle, avec le développement de la médecine et une espérance de vie plus longue, tout décès parvenu avant la vieillesse est beaucoup plus durement ressenti. Ce qui a exigé la couverture contre le risque de maladie et de mort.

Les progrès techniques et économiques ont permis la propagation de l'assurance au point où on ne peut pas établir une liste des risques couverts par l'assurance, d'autant plus que cette liste s'allonge chaque jour. L'apparition de nouveaux biens, l'accroissement du coût des installations industrielles ainsi que le développement des transports ont en effet accru le nombre comme la gravité des risques (incendie d'usines, bris de machines, accident de travail...). Dans le même temps, l'évolution de la société, marquée par le recul de la solidarité familiale, la généralisation du salariat, la spécialisation du travail, ont rendu l'insécurité de plus difficile à supporter. Aujourd'hui, malgré la diversité des garanties pratiquées par les sociétés d'assurance, on distingue deux (02) grandes branches d'assurance classées selon l'objet auquel elles s'appliquent : les assurances concernant les personnes et celles qui concernent les biens.

En plus, l'un des mécanismes spécifiques à l'assurance est la combinaison des techniques juridiques et statistiques pour rendre un service à la société dont l'utilité est double :

- permettre à chacun de protéger les siens et lui-même contre les risques de tous les jours.
- permettre à l'activité humaine de progresser dans des voies nouvelles sans que soient laissés sans protection ceux qui assument ou subissent le risque de l'innovation.

Encadré1 : Les remèdes aux risques

Plusieurs techniques peuvent remédier aux risques :

- 1- **La prévention** : c'est le meilleur remède (mieux vaut prévenir que guérir). Cependant, elle a ses limites aussi bien techniques (on ne sait pas se protéger de tout), qu'économiques (le coût de la prévention ne doit pas être supérieur à la valeur des biens que l'on souhaite protéger).
Remarque : pour les assureurs, il vaut mieux éviter le risque que payer le sinistre, ils ne cessent alors d'encourager la prévention (clause de réduction). D'autre part, ils consacrent un budget à des actions de sensibilisation ou de formation.
- 2- **L'assistance** : il s'agit d'une action a posteriori (après sinistre), inspirée de la charité. L'efficacité de l'assistance est non négligeable lors des catastrophes

(inondation, guerre, tremblement de terre...)

- 3- **L'épargne** : chacun peut mettre de côté une somme pour se mettre à l'abri des risques. Sauf que l'épargne n'est pas immédiatement efficace : le risque peut se réaliser avant que l'épargne suffisante soit constituée, ainsi que certains risques sont si importants que l'épargne ne puisse permettre de mettre à l'abri.

Enfin, l'assurance combine la notion d'assistance et d'épargne.

4- Le cadre juridique de l'activité d'assurance

Pour protéger les droits des assureurs et des assurés, la profession de l'assurance est soumise à des règles juridiques qui déterminent la compétence, les obligations et les droits de chaque contractant. C'est autour du contrat d'assurance, qui est le lien juridique entre un assureur et un assuré pour la garantie du risque, que s'organisent le métier d'assureur et les conditions juridiques de l'activité du transfert des risques.

4-1- Le contrat d'assurance

Il s'agit d'un accord passé entre, une entreprise d'assurance, que nous qualifierons désormais d'assureur, et un souscripteur (assuré : individu ou collectivité), fixant à l'avance, pour une période déterminée, des échanges financiers en fonction d'un ensemble bien défini d'événements aléatoires :

Le contrat dont la matérialisation est une police d'assurance qui comprend des conditions générales non personnalisées et des conditions particulières qui précisent notamment la durée de garantie, les caractéristiques du risque assuré, le montant des versements à faire par le souscripteur, et le mode de détermination des prestations de l'assureur.

Il est donc impératif de déterminer les caractères généraux de ce contrat, qui sont les suivants (Couilbault et al, 1999) :

- 1- **Le caractère consensuel** : Le consentement des deux parties est une condition nécessaire pour souscrire un contrat d'assurance.
- 2- **Le caractère synallagmatique** : d'après le dictionnaire d'Emile Littré, il s'agit d'un « terme de jurisprudence utilisé pour définir des contrats qui contiennent des obligations réciproques entre les parties. Le contrat est synallagmatique ou bilatéral, lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres. » (Malaval, 1999).
- 3- **Le caractère onéreux** : l'assuré et l'assureur s'engagent réciproquement, l'un à payer les primes, l'autre à verser l'indemnité stipulée dans le contrat en cas de sinistre.

- 4- *Le caractère aléatoire* : en principe, seuls les risques aléatoires font l'objet du contrat.
- 5- *Le contrat de bonne foi* : cela signifie que l'assureur s'en remet entièrement à la loyauté de l'assuré. Il se réfère à ses déclarations sans être obligé de vérifier les résultats déclarés.
- 6- *Le caractère successif* : le contrat d'assurance peut être transféré vers d'autres personnes. En outre, le contrat se renouvèle chaque année lors du paiement de la prime.

Le contrat d'assurance est, suivant le cas, commercial ou mixte, en fonction de la personnalité juridique de l'assureur (société anonyme ou il a la qualité civile sous forme de mutuelle), de l'assuré et de l'objet du contrat. Lorsque l'assuré est un commerçant personne physique, le contrat sera commercial s'il a été conclu pour les besoins du commerce, et civil dans les autres cas. Le contrat est mixte lorsque l'assuré est un civil et l'assureur est une société.

Un contrat d'assurance décrit toujours :

- l'évènement, comme l'incendie ;
- les risques garantis, décrivant les objets couverts par les garanties comme une maison...
- la prime ou la prestation payée par l'assuré.

Dans un grand nombre de pays, les pouvoirs publics ont institué une réglementation et un contrôle des opérations et des sociétés d'assurance. En particulier ce qui concerne l'accord et le retrait d'agrément, l'autorisation des cessions et le transfert de portefeuille, le calcul des niveaux de provisions techniques, et la répartition des placements et le contrôle des contrats. Deux raisons justifient l'existence d'un contrôle sur les entreprises d'assurance : la protection des souscripteurs, des assurés et des bénéficiaires de contrat d'assurance, et l'existence de masses financières importantes influant sur l'économie nationale.

C'est au Royaume-Uni que le contrôle est le plus léger, car il est limité à la surveillance de la solvabilité des entreprises. En Algérie, deux organismes sont habilités à exercer leur contrôle sur les compagnies d'assurances, à savoir : la Commission de Contrôle des Assurances et le Conseil National des Assurances.

Encadré 2 : La différence entre l'assurance sociale et l'assurance économique

La sécurité sociale est un service public de l'Etat, qui assure l'ensemble des risques sociaux des travailleurs, salariés et des professions libérales.

La sécurité sociale fournit des prestations prévues par le code de la sécurité sociale. Ce régime comprend notamment : l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance

invalidité, l'assurance vieillesse, l'assurance décès, l'assurance veuvage. Elle sert aussi aux prestations familiales et diverses prestations particulières (exemple : aides aux personnes handicapées). En outre, elle offre des prestations contre les risques aux familles des assurés actifs.

L'assurance économique est un système qui permet de prémunir un individu, une association ou une entreprise contre les conséquences financières et économiques liées à la survenance d'un risque. Certaines assurances sont obligatoires alors que d'autres sont facultatives. Cette pratique est exercée par les entreprises à but lucratif.

4- Rôle économique et social de l'assurance

Henry Ford dit « *Cette ville (New-York) n'est pas la création des hommes mais des assureurs...sans les assurances, il n'y aurait pas de gratte-ciel, car aucun ouvrier n'accepterait de travailler à une pareille hauteur, en risquant de faire une chute mortelle et de laisser sa famille dans la misère. Sans les assurances, aucun capitaliste n'investirait des millions pour construire de pareils buildings, qu'un simple mégot de cigarette peut réduire en cendre. Sans les assurances, personne ne circulerait... en voiture à travers les rues. Un bon chauffeur est conscient de ce qu'il court à chaque instant le risque de renverser un piéton.* » (Couilbault et al, 1999)

L'assurance est une activité économique et sociale importante, par son rôle social et par son influence favorable au progrès économique.

Sur le plan social, l'assurance est une garantie pour l'avenir incertain. Elle aide au développement de la prévention contre tous les risques (incendie, vol, maladie...). Elle est aussi un moyen de responsabilisation des assurés par le développement des franchises. C'est un catalyseur d'effets psychologiques sur les preneurs de risque, l'assurance renforce la capacité d'affronter les conséquences négatives et les assurés opèrent avec une tranquillité d'esprit, car ils savent que leurs risques sont couverts.

Sur le plan économique, le rôle de l'assurance apparaît sur plusieurs volets :

- *L'assurance facteur de progrès* : l'Histoire nous montre que le développement de l'assurance maritime a favorisé l'essor du commerce maritime. Les marins étaient en mesure de financer leurs expéditions grâce à l'existence de l'assurance. D'une manière générale, tout progrès comporte une prise de risque qui sera mieux acceptée, voire rendue possible, s'il existe des mécanismes de compensation en cas d'échec ;

- *L'investissement et l'accumulation du capital* : le rôle d'intermédiaire financier de l'assurance lui permet de drainer des sommes non négligeables de l'épargne qui seront injectées dans l'économie à travers le financement de l'investissement ;
L'assurance stimule l'investissement et donne davantage de fonds de roulement pour l'économie, en ce sens que les assurés comptent sur leurs contrats d'assurance pour se couvrir contre les risques en payant une prime moindre au lieu d'immobiliser des sommes importantes pour se protéger eux-mêmes. Les fonds économisés dans le processus d'assurance peuvent être affectés à d'autres besoins plus productifs.
- *La reconstitution du patrimoine* : par son intervention au niveau des prestations versées, l'assurance permet la reconstitution des biens détruits suite à un sinistre. De même, nous sommes tous conscients que nous pouvons occasionner des dommages à autrui et être tenus de réparer au titre des règles de responsabilité. Les assurances de responsabilité évitent à l'auteur du dommage de prélever sur son patrimoine les sommes nécessaires à l'indemnisation des victimes. Ainsi, tant les assurances de biens que les assurances de responsabilité concourent à préserver le patrimoine des assurés ;
- *Le développement de l'esprit d'entreprise* : par la prise en charge des risques, l'assurance encourage les nouvelles idées d'investissement. Le transfert de risque permet de réduire le risque et de faire des projets d'avenir ;
- *L'assurance facilite l'accès au crédit* par ses formes d'assurance-crédit ;
- *Le rôle stabilisateur de l'assurance* : l'assurance joue un rôle essentiel dans le financement de l'économie, participant ainsi au développement des entreprises et au financement des besoins publics. En période de crise, la contribution de l'assurance est d'autant plus précieuse que les entreprises ont besoin d'émettre des titres pour financer leur développement ou leur plan d'adaptation et que l'Etat doit, quant à lui, financer les mesures de relance ;
- *Mécanisme de prévention et de formation pour les populations* : dans le souci de réduire la réalisation des risques, les compagnies d'assurance participent à des campagnes de prévention. Ces campagnes ont finalement pour effet de réduire le nombre des sinistres et surtout de diminuer les comportements les plus risqués (risque automobile).
- *L'assurance facilite le commerce* : les assurances aident les entreprises à gérer les risques complexes associés aux chaînes logistiques globales (maritimes, routières...).

Outre les garanties qu'elle offre, l'assurance fournit à l'économie une épargne non négligeable à son développement. En effet, les primes versées aux compagnies d'assurance,

avant d'être partiellement restituées à l'économie sous forme d'indemnités, sont mises en réserve et font l'objet essentiellement de placement en bons d'équipement (Tafiani, 1987).

L'assurance répond à un besoin impérieux des individus de se prémunir contre la survenance de certains événements affectant leur personne ou leurs biens. De manière générale, l'assurance contribue à la sécurité de l'homme et de ses activités.

Conclusion

L'assurance, par sa forme actuelle, est une activité relativement récente comparée à d'autres activités financières. Son développement est passé d'une forme primitive d'entraide à une discipline qui relie à la fois des notions de finance, de statistique et de droit. L'assurance est devenue une activité plus complexe mais de plus en plus indispensable dans le fonctionnement d'une économie. Elle revêt également un rôle social grandissant à cause des transformations qui caractérisent la société moderne. Actuellement les produits offerts par les compagnies d'assurance sont en perpétuel développement et la liste des polices proposées est sans fin.

Question : Expliquer pourquoi les besoins de sécurité et d'assurance deviennent de plus en plus importants dans les sociétés modernes ?

La société industrielle moderne qui a émergé au lendemain de la révolution industrielle a observé des transformations et des mutations économiques et sociales tout au long du XIX^e siècle. L'industrialisation a mis l'Homme face au risque du machinisme. La nécessité de couvrir ce risque a rendu nécessaire la prise en charge des conséquences corporelles des travailleurs et plus tard de leurs familles car la solidarité spontanée de la communauté ne pouvait plus suffire.

Parallèlement, le développement des zones industrielles a été synonyme de risque d'incendie, c'est ainsi que des formes d'assurance incendie sont apparues. L'industrialisation de l'économie s'est ensuite accompagnée d'un phénomène d'urbanisation suite à l'exode rural qui a abouti à une concentration des populations dans les agglomérations. La multiplication des accidents liés à l'habitat concentré et au déplacement, suite au développement des moyens de transport, fait aussi naître un besoin de protection. De plus, la rupture avec la famille souche entraîne la disparition de la solidarité familiale. Les familles vivants en ville se trouvent rapidement démunies en cas d'accident, pour cela l'assurance apparaît comme un moyen de reconstitution de la solidarité entre parties disparues.

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

L'assurance présente un intérêt pour les individus pour son rôle d'amortisseur des pertes engendrées suite à un sinistre. Elle est pratiquée sous différentes formes au cours de l'Histoire. Elle n'a connu sa forme actuelle qu'à partir du 19^{ème} siècle. Sa pratique est devenue de plus en plus compliquée et il lui a fallu se créer ses propres techniques.

Ce chapitre a pour objectif de définir de manière simplifiée les notions et les techniques qu'utilisent les compagnies d'assurance, afin de garantir les risques des assurés, allant de la collecte des primes jusqu'à l'indemnisation en cas de sinistre.

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 (c'est-à-dire, indemniser les sinistrés en cas de réalisation de risque).

1-1-Définition de l'assurance

L'assurance peut être envisagée sous différents angles complémentaires, selon l'aspect privilégié : technique, juridique ou économique.

1-1-1-Du point de vue technique

Pour le volet technique, nous allons retenir ce qu'a proposé en 1924 Hemard M.J qui précise que « *l'assurance est une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation pour une partie, l'assureur, qui prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique* » (Hassid, 1984).

1-1-2- Du point de vue juridique

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 versements 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.* »

L'assurance est définie de la même manière dans l'article 2 de l'ordonnance 95-07 du 25/01/1995 relative aux assurances.

1-1-3-Du point de vue économique

L'assurance est un produit souvent commercialisé par les entreprises d'assurance aux consommateurs. Il s'agit d'un produit purement juridique puisqu'il n'est constitué que des seules obligations prises par l'assureur.

L'assurance est un moyen de couvrir les conséquences financières des risques qui ne peuvent être éliminés par les mesures de prévention.

A partir de ces définitions, on peut remarquer que l'opération d'assurance met en présence au moins deux personnes : l'assuré et l'assureur. Il y a parfois l'intervention d'une tierce personne qui percevra les prestations, elle sera appelée le bénéficiaire. Il faut distinguer entre « l'assuré » qui est la personne exposée au risque, et le « souscripteur » qui est celui qui signe la police et paie la prime.

En plus, dans le contrat d'assurance, il y a des obligations réciproques : 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.

1-2- 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

La notion qui nous intéresse ici est celle-ci :

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 à 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- L'évènement doit être futur (le risque ne doit pas être déjà réalisé).
- 2- Il doit y avoir incertitude quant à la réalisation et la date de survenance du risque. En effet, un assureur n'a aucunement intérêt à prendre en charge des risques dont la réalisation est certaine. On parle d'aléatoire, c'est-à-dire qui dépend du hasard, soit

dans la survenance de l'évènement (on ne sait pas s'il y aura incendie ou vol), soit dans la date de la survenance de l'évènement (on ne sait pas à quelle date le décès ou le vol interviendra).

- 3- L'absence de la volonté dans la réalisation du risque. L'arrivée de l'évènement ne doit pas dépendre exclusivement de la volonté de l'assuré.

Outre ces trois caractères, il doit s'agir d'un risque que l'assurance n'a pas interdit. C'est-à-dire que l'objet du contrat ne peut être contraire à l'ordre public. Ces interdictions varient selon les pays. Exemple : on ne peut pas s'assurer contre un retrait de permis de conduire.

De plus, tout risque met en rapport une fréquence et un montant de dommage. Quatre catégories de risques sont alors déterminables et qui forment quatre ensembles (Malaval, 1999) :

* Le premier ensemble est celui des risques à faible fréquence et à dommages peu élevés. Les personnes assujetties à cette catégorie sont toujours capables d'assumer financièrement la réalisation de cette catégorie de risques. Tels que les accidents ménagers de tous les jours (couper le doigt en épluchant une pomme de terre) ;

* Le deuxième ensemble est celui de la fréquence élevée et de dommages faibles. Ici l'assureur pourrait proposer ses services, mais l'assuré supportera des frais de gestion élevés. La meilleure approche pour se prémunir est d'entamer des programmes de prévention pour faire baisser la fréquence. Exemple : les simples collisions entre chauffeurs ;

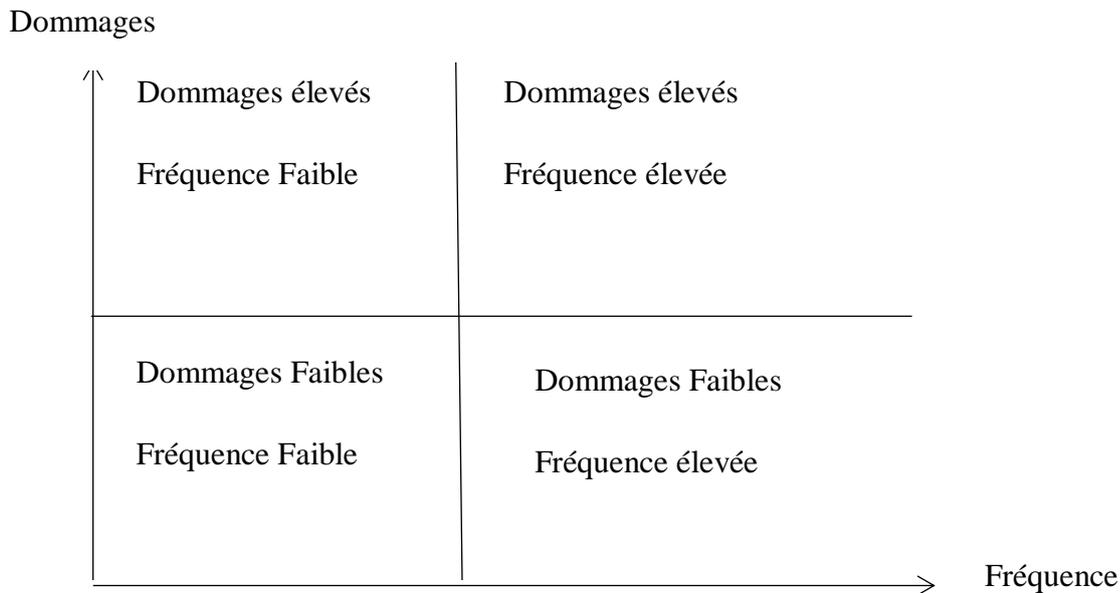
* La troisième catégorie est celle des fréquences faibles, mais pour des dommages élevés. C'est le principe des risques assurables. Pour que l'assuré ne mette pas en péril son équilibre économique, il devrait payer une prime faible eu regard de son revenu. Le but étant de se prémunir contre la réalisation d'un sinistre dont il ne pourrait assumer les conséquences financières ;

* Enfin, la quatrième catégorie est celle des risques à fréquence élevée et dont les dommages sont importants. Dans ce cas, aucun assureur ne peut s'engager. Exemples des risques maritimes. Dans ce cas, les compagnies d'assurance proposent des solutions telles que la réassurance et la coassurance qui seront étudiés plus loin dans ce chapitre.

L'assureur cherche alors les meilleures conditions pour exercer son métier. Parmi les quatre catégories ci-dessus, la seule à laquelle l'assurance ne peut pas intervenir est celle des fréquences et dommages élevés, car ce risque met en péril son équilibre financier. Les autres catégories peuvent toutes être sujet d'assurance, mais dans ce cas si une personne voulait s'assurer contre les trois catégories de risques, l'assureur, pour financer ses engagements, demanderait une prime annuelle élevée pouvant dépasser le revenu annuel de l'assuré. A

partir de là, on peut dire que le champ d'activité de l'assureur est soumis à des contraintes, aussi bien au niveau du risque caractérisé par sa fréquence et le montant des dommages, qu'au niveau des capacités financières des assurés.

Figure 1 : Catégorie des dommages



Source : Malaval F., Développement durable, assurance et environnement, Economica, 1999, P28.

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'assurance (Couilbault, 1999).

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 ou à payer.

En revanche, une prime d'assurance varie d'un assureur à l'autre en fonction de :

- La politique de souscription qui tend à favoriser la sélection des bons risques et le refus des « mauvais » ;
- Le montant et la nature des franchises appliquées ;
- La définition des garanties et leurs montants.

A cela, s'ajoute la variabilité des frais de gestion d'une compagnie à l'autre.

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 (exemple 20% du montant de l'indemnité).

Pour les garanties d'un contrat, elles sont composées de la définition de la garantie et de son prix (Malaval, 1999).

- ***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 : c'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.

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

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 représentent 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 destinée soit au souscripteur, soit à l'assuré, ou à un tiers.

Exemple de calcul de la prime

Pour assurer 10 000 maisons de valeurs moyenne 20 000 000 UM chaque, si les statistiques de l'assureur lui révèlent que dans ce domaine, il y a en moyenne 10 maisons sur 10 000 qui sont sinistrées avec un coût moyen de 15 000 000 UM, l'assureur demandera à chaque assuré la somme de : $\frac{10}{10\ 000} * 15\ 000\ 000$ soit 15 000 UM. Ce qui correspond à un taux de 0,10% du montant du dommage.

C'est ce taux qui sera appliqué comme prime pure, sur la valeur des maisons pour toutes les nouvelles souscriptions.

1-3- 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 destinée 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 forfaitaire (Rousseau et al, 2001).

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

Les indemnités servent à la réparation du bien endommagé après évaluation par spécialiste (expert en automobile, expert en bâtiment...) qui 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.

➤ *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 assurances (Rousseau et al, 2001) que nous verrons par la suite, en assurances de dommage qui sont soumises au principe indemnitaire, et assurances de personnes qui pratiquent les prestations forfaitaires.

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

1-4- 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, elle prendra le nom d'assureur et paiera les sinistres avec les primes qu'il perçoit. L'assureur afin de répondre à ses engagements doit prendre comme base de mutualité plusieurs critères (voir titre 2).

1-5- 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 la statistique. L'assureur organise la mutualité suivant la loi de la statistique.

1-5-1- La loi des grands nombres

L'un des premiers à donner une signification mathématique au hasard est le mathématicien français Pascal au XVIII^e siècle. En étudiant le hasard, il a pu démontrer que celui-ci est 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 expériences se rapprochent de la probabilité théorique de sortir le 1 est 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, 2 fois ou pas du tout.

Mais, si nous jouons 1000 fois, 100 000 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 événement. Ainsi, en raisonnant

globalement, on peut maîtriser le hasard. Les compagnies d'assurance pourront ainsi déterminer les probabilités de réalisation des risques qu'elles acceptent de garantir et calculer avec précision les primes à faire payer à leurs clients.

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 la « Tarification » du risque.

1-5-2- Les données statistiques

Les statistiques du passé 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 procède alors par tâtonnement et ajustements 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 à 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'occurrences 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 :

- nature des risques (incendie...);
- objet des risques (risque automobile, risque industriel...);
- durée des polices ou une période donnée;
- 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 diversification des risques

Une fois que 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 exercice (Hassid, 1984).

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

3- Les techniques de division des risques

La gestion des risques de l'assureur se base sur la mutualisation et l'application de la loi des grands nombres. Lorsqu'un assureur détient un portefeuille suffisamment grand de risques indépendants, la sinistralité du portefeuille se comportera autour de sa moyenne avec peu de variabilité. Toutefois, dans certains cas, l'hypothèse d'indépendance des risques est mise en défaut. Les deux exemples les plus illustratifs sont liés à la mortalité et aux catastrophes naturelles (Bauwen, Whim, 2008) :

- a- L'évolution de la mortalité impacte la totalité du portefeuille de l'assureur : on peut penser ici au risque de pandémie ou d'accident majeur, qui pourrait entraîner une surmortalité. Ou encore, au risque lié à la longévité, pour le cas où les assurés

vivraient plus longtemps que ce qui est prévu par les tables de mortalité utilisées au moment de l'établissement des rentes.

- b- Les catastrophes naturelles touchent en général tout le portefeuille de l'assureur, sauf lorsque celui-ci peut réaliser une certaine diversification géographique.

Ces limites à la loi normale poussent les compagnies d'assurance à recourir à la division des risques. Le métier de l'assurance requiert deux techniques : la coassurance et la réassurance. Celles-ci créent une solidarité entre toutes les sociétés d'assurance opérant 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).

3-1-1- La notion de plein de souscription

Le plein de souscription est 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 valeurs faisant appel à des dizaines, voire des centaines de coassureurs (en assurance maritime par exemple) (Malaval, 1999).

En pratique, les pleins sont déterminés par catégories d'assurance et par nature des risques. Plus le risque encouru sera important, moins le plein sera élevé.

3-1-2- Pratique de la coassurance

Un souscripteur contracte un assureur (qui est appelé l'apériteur ou société apéritrice), cet assureur définit les garanties et fixe la prime, puis il cherche les « partenaires » nécessaires à la couverture du risque. Il fait signer la police, encaisse la prime, les répartit entre tous les coassureurs. Il est l'interlocuteur du client.

L'apériteur n'est pas nécessairement l'assureur qui a accepté la plus grosse quote-part. Il n'est tenu qu'à concurrence du pourcentage qu'il a retenu, bien que l'assuré le considère comme « son assureur ».

Exemple : Il s'agit d'assurer contre l'incendie un bâtiment d'une valeur de 2 000 000 €.

- La société A contractée par le propriétaire a un plein de souscription de 1 000 000 €.

- La société B a un plein de souscripteur de 600 000 €.

- La société C a un plein de souscription de 400 000 €.

La prime nette est fixée par la société A à la somme de 8 000 €.

On obtient le partage proportionnel qui suit :

<i>Société</i>	<i>Capital garanti</i>	<i>Quote-part</i>	<i>Prime nette reçue</i>	<i>Règlement pour un sinistre partiel = 500 000</i>	<i>Règlement pour un sinistre total</i>
A	1 000 000	50%	4 000	250 000	1 000 000
B	600 000	30%	2 400	150 000	600 000
C	400 000	20%	1 600	100 000	400 000
Totaux	2 000 000	100%	8 000	500 000	2 000 000

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. Par cette technique, une société d'assurance (appelée société cédante ou fronteur), s'assure elle-même auprès d'une autre société d'assurance (le réassureur ou cessionnaire). Selon le contrat conclu entre les deux parties, une compagnie d'assurance peut laisser (ou céder) au réassureur le soin de couvrir les conséquences d'évènements importants (comme d'importants incendies, des tremblements de terre ou des naufrages) difficiles à assumer seul. Le réassureur peut intervenir à partir d'un certain montant de dégâts sur le portefeuille de l'assureur. La réassurance permet donc aux compagnies d'assurances de couvrir plus de risques ou des risques plus importants

3-2-1- Caractéristiques juridiques de la réassurance

- L'assureur direct (le cédant) est seul responsable vis-à-vis des assurés qui ne connaissent pas le (ou les) réassureur (s).

- La réassurance s'effectue dans un deuxième temps, après les opérations habituelles de paiement de primes et de sinistres intervenant entre l'assureur direct et les assurés.

-La réassurance s'effectue en général sur un ensemble de contrats, ce qui justifie l'emploi du mot « traité » au lieu de contrat.

Il existe deux grandes catégories de contrats de réassurance : l'automatique et la facultative (Malaval, 1999).

3-2-2- Traité de réassurance automatique

Dans ce type de réassurance, l'assureur accepte automatiquement à un ou plusieurs réassureurs une partie des risques qu'il a souscrits. Le ou les réassureurs s'engagent à les accepter et à les garantir. Ces traités fondés sur l'automaticité du transfert des risques sont classés en deux catégories :

➤ **La réassurance proportionnelle :** Elle prend en charge une portion des capitaux assurés de l'assureur sur chaque contrat relevant du champ d'application du traité de réassurance. Ceci moyennant paiement au réassureur de la même portion des primes d'assurance. Cette réassurance est déterminée à la souscription des contrats, avant tout sinistre.

Elle est toujours proportionnelle aux capitaux garantis : pour chaque contrat, le réassureur prendra en charge un certain pourcentage du risque, recevra le même pourcentage de prime et paiera la même proportion des sinistres.

La réassurance proportionnelle comporte deux formes principales de traités :

1/ Traité en quote-part (ou traité en participation) : c'est la forme de transfert de risque la plus simple. Un taux de cession, par exemple de 60%. Dans ce cas, la réassurance prend en charge une proportion identique (60%) sur tous les risques du portefeuille et reçoit en échange la même proportion de primes.

2/ Traité en excédent de plein : elle concerne les assurances à valeur déclarée (maritime, aviation, incendie...). A la différence des traités en quote-part, pour les traités en excédent de sinistres, le taux de cession est calculé police par police. Pour chaque police, le réassureur prend en charge uniquement la portion du risque dépassant un niveau de capital appelé plein de rétention. En échange de ce service, il reçoit la proportion de prime correspondant à la même proportion du dépassement accepté dans le capital assuré. Dans le cas où le capital assuré est supérieur à un plein de souscription, seule la partie du risque inférieur à ce plein est prise en compte par le traité (Oudin, 2003). **Exp :** pour un capital supérieur ou égal à 1 000, il réassure 20% de ce qui dépasse 1000

➤ **La réassurance non proportionnelle :** elle n'est pas proportionnelle aux garanties. Cette réassurance ne peut être calculée qu'après la survenance des sinistres.

Contrairement aux traités proportionnels, l'engagement du réassureur ne fournit pas mécaniquement le taux de prime que l'assureur doit lui verser. Celui-ci est fourni par le marché de la réassurance. Les cessionnaires ou les courtiers l'évaluent techniquement par des méthodes actuarielles.

Elle regroupe essentiellement deux formes de traités, l'excédent de sinistre (*excess of loss*) d'une part, l'excédent de pourcentage de pertes annuelles (*stop loss*) et l'excédent de perte annuelle (*aggregate loss*) qui est une variante du précédent, d'autre part (Partrat, Besson, 2005).

1/La réassurance en excédent de sinistre (traité excess of loss) : le réassureur intervient pour les sinistres dépassant un certain montant. Exp : traités pour les sinistres supérieurs à 200 000UM.

La réassurance en excédent de perte (traité stop-loss) : le réassureur supporte seul la totalité des sinistres au-delà d'un certain montant, et ce pendant un exercice donné, alors que l'assureur prend à sa charge les sommes inférieures. L'assureur et le réassureur fixent un taux de sinistre par rapport aux primes encaissées (selon le rapport sinistre à prime soit S/P). Si ce pourcentage est dépassé, le réassureur intervient pour le montant de sinistre qui dépasse ce taux. Autrement dit, dans ce cas, le réassureur n'intervient que si l'assureur est en perte. Exemple : on peut fixer le stop-loss à 130% d'un rapport s/p, si les sinistres dépassent les primes de 130%, le réassureur intervient au-delà du 130. Si le rapport sinistre à prime est de 120, le réassureur n'intervient pas, si le rapport sinistre à prime est de 150, le réassureur intervient pour 20

La réassurance proportionnelle est très utilisée pour les assurances incendie, individuelle-accident ou les assurances vie.

La réassurance non proportionnelle est caractéristique des assurances de responsabilité.

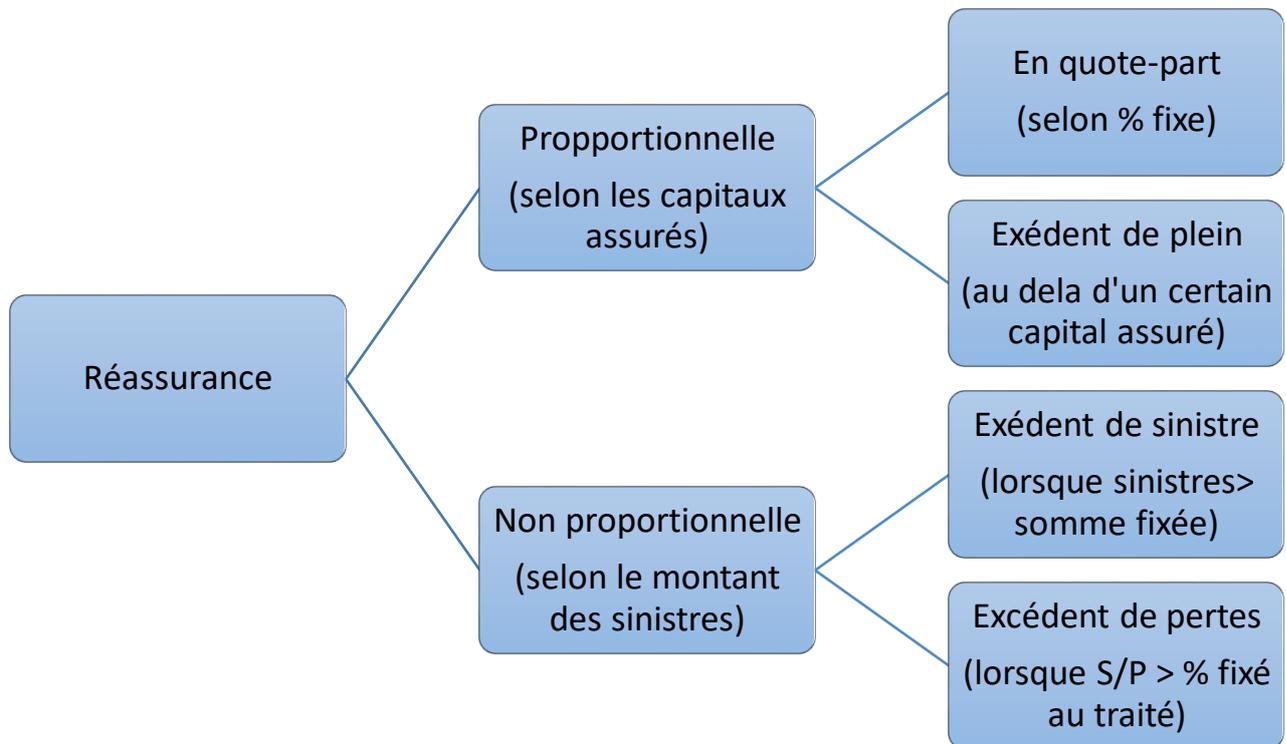
3-2-2- Les réassurances facultatives

Ici, l'assurance n'accepte un risque qu'en cédant une partie au réassureur qui, après l'avoir examiné, refuse ou détermine les conditions de souscription.

3-3- La rétrocession

Les réassureurs éprouvent eux-mêmes la nécessité de protéger leurs engagements, ils procèdent alors souvent à une rétrocession. Cette dernière se définit comme l'opération par laquelle le réassureur cède, à son tour, une partie des risques qu'il a réassurés à un rétrocessionnaire qui peut être une entreprise de réassurance ou une société d'assurances.

Figure 2 : Présentation de différentes formes de réassurance automatique



Source : Réalisé par nos soins.

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 ainsi 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.

Dans le cas de l'inversion du cycle de production, le producteur, désigné ici par la compagnie d'assurance, va d'abord vendre la promesse selon laquelle elle interviendra en cas de risque. Ensuite, elle va espérer qu'aucun incident ne se produira pour qu'elle ne soit pas dans l'obligation d'indemniser son client. Les coûts sont donc incertains et non connus par

l'assureur au moment de la vente du produit, d'où l'importance pour la compagnie d'assurance d'utiliser les techniques actuarielles pour une évaluation correcte du risque.

Le cycle inversé conduit les compagnies d'assurances à disposer de ressources abondantes et permanentes afin de couvrir les sinistres dont le caractère est aléatoire et maintenir une bonne connexion/adéquation entre les deux côtés du bilan : soit l'actif et le passif.

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 trigonométrique¹.

Conclusion

Le risque est au cœur de l'activité de l'assurance. L'objectif d'une compagnie d'assurance est de garantir une indemnisation à ses clients sinistrés. Pour cela, elle mutualise les risques, technique propre à l'assurance, et à travers les calculs statistiques, elle détermine avec certitude le montant de la prime que doit verser chaque assuré. En cas d'insuffisance en matière financière, les compagnies recourent à d'autres techniques de division de risques, à savoir, la réassurance et la coassurance.

De plus, l'assurance est une activité économique qui est soumise à la concurrence mais qui se caractérise par un cycle de production inversé lui procurant la capacité d'avoir tout le temps

¹ Les fonctions trigonométriques sont des fonctions périodiques dont les représentations graphiques correspondent à des modèles caractéristiques d'ondes.

une trésorerie excédentaire, grâce aux primes collectées à l'avance, lui permettant de faire face aux crises financières.

QCM

Cochez la bonne réponse

1) La notion de plein en matière d'assurance est définie comme suit :

- La somme minimale que la compagnie puisse accepter sur un risque.
- La somme moyenne qu'une compagnie puisse accepter pour un risque.
- La somme maximale qu'une compagnie puisse accepter pour un risque.

2) Sachant que les risques pour un assureur doivent être homogènes, cela veut dire que :

- Les risques doivent être de même nature
- Les risques doivent porter sur le même objet
- Les risques doivent être sensiblement de la même valeur
- Toutes ces réponses

3) Le problème fondamental pour un assureur est de déterminer à priori

- Le recouvrement des sinistres.
- Le budget annuel.
- Le coût du risque.
- Aucune de ces réponses.

4) Le souscripteur du contrat d'assurance :

- Reçoit automatiquement l'indemnité.
- Est obligé de payer la prime.
- Ne reçoit pas l'indemnité et ne paie pas la prime.

5) La prime nette est

- Celle payée par l'assuré
- Celle affichée dans la compagnie d'assurance
- Nécessaire pour indemniser les sinistrés

Chapitre 3 : La gestion du métier d'assurance et ses complications

Le développement de l'activité d'assurance a permis l'apparition d'une panoplie de produits, ce qui a engendré la classification de ces produits selon différents critères. Dans ce chapitre, nous allons développer les principales classifications des assurances les plus utilisées dans l'analyse économique. Ensuite, nous rappellerons les métiers d'assurance. En effet, la profession d'assureur n'est pas pratiquée uniquement auprès des compagnies d'assurance mais celles-ci sont assistées par des intermédiaires qui travaillent pour leur compte et cherchent de nouvelles affaires pour les compagnies d'assurance. Enfin, nous terminerons le chapitre par les complications qui peuvent nuire au bon fonctionnement de l'assurance.

1-La classification des assurances

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

1-1-Classification juridique des assurances

Il existe deux grandes catégories d'assurance : celles qui couvrent une personne physique et celles qui couvrent les biens.

1-1-1- Les assurances dommage

L'assurance dommage a pour but de réparer les conséquences d'un événement dommageable affectant le patrimoine de l'assuré. Elle a pour objet d'indemniser l'assuré en cas d'un sinistre provoquant des pertes dans ses biens matériels ou son revenu (immatériel ou corporel) ou encore les pertes occasionnées à un tiers.

Elle a pour but de remettre l'assuré dans la situation où il se trouvait avant la survenance du sinistre et de lui verser des indemnités correspondant au préjudice subi. Pour cela, l'assurance ne peut donc constituer une source d'enrichissement pour l'assuré.

Les assurances de dommages sont soit, des assurances de bien, soit des assurances de responsabilité.

- ❖ *Les assurances de choses* : garantissent les biens corporels (biens matériels) ou incorporels (assurance-crédit, assurance chômage) de l'assuré. C'est une assurance directe du patrimoine.

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

❖ *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).

C'est une assurance indirecte du patrimoine de l'assuré puisque ce dernier n'a pas à prélever de son patrimoine les sommes nécessaires à la réparation du préjudice.

Encadré3 : La différence entre la responsabilité civile et la responsabilité pénale.

La responsabilité pénale d'une personne se trouve engagée lorsqu'elle commet une infraction à une règle de droit. Les sanctions de la responsabilité pénale ne sont pas assurables.

La responsabilité civile est l'obligation de réparer le dommage causé à autrui.

exp : un chien surgissant sur la chaussée renverse un cycliste, le propriétaire du chien est responsable civilement vis-à-vis du cycliste et il doit réparer son dommage.

✓ *Les conditions de la RC* : Trois éléments composent la responsabilité civile :

- Un dommage ou préjudice ;
- Une faute ;
- Un lien de causalité, ou de cause à effet, entre la faute et le dommage

1- Le dommage : peut-être corporel, matériel ou moral.

- Le dommage corporel atteint l'intégrité physique ou intellectuelle de la victime et entraîne une diminution de son patrimoine. Exp : une personne blessée dans un accident verra son patrimoine diminuer du fait des frais médicaux.
- Le dommage matériel atteint les biens de la victime ou affecte son patrimoine. Exp : une personne imprudente provoque un incendie qui détruit une maison voisine.

Remarque : Les dommages atteignant les animaux sont considérés comme des préjudices matériels. Car les animaux sont considérés comme étant des choses animées.

- Le dommage moral : contrairement aux dommages corporels et matériels, le dommage moral n'affecte pas le patrimoine de la victime. Celle-ci subit néanmoins un préjudice qu'il convient de réparer.

Il existe plusieurs préjudices moraux :

- Le pretium affectionis (prix de l'affection) : douleur morale éprouvée du fait du décès ou de l'infirmité d'un proche.
- Le premium doloris (le prix de la douleur) : souffrance physique de la victime.

- Le préjudice esthétique : cicatrice, mutilation...
- Le préjudice d'agrément : impossibilité de poursuivre une activité sportive ou culturelle à la suite d'un accident.

2- La faute : c'est l'intention de tromper l'autre partie du contrat.

3- Le lien de causalité : la responsabilité ne peut être engagée que si la relation entre la faute et le dommage est établie.

L'appréciation de l'existence de lien de cause à effet (ou lien de causalité) est parfois difficile à établir et de nombreux contentieux en résultent.

Pour conclure, les assurances dommages sont soumises à un principe fondamental dit principe indemnitaire, selon lequel la prestation de l'assureur ne peut en aucun cas excéder le préjudice réel subi par l'assuré.

3-1-1- Les assurances de personnes

L'article 60 de l'ordonnance n°95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, stipule : « l'assurance de personnes est une convention de prévoyance entre l'assuré et l'assureur. L'assureur s'oblige à verser au souscripteur ou au bénéficiaire désigné, une somme déterminée, capital ou rente, en cas de réalisation de l'évènement ou au terme prévu au contrat. Le souscripteur s'oblige à verser des primes suivant un échéancier convenu. »

Les assurances de personnes ont pour objet de garantir à l'assuré ou au bénéficiaire le paiement d'une indemnité pour faire face aux évènements qui peuvent affecter l'intégrité physique ou la vie d'une personne.

Elles se subdivisent en deux principales catégories :

❖ *Les assurances d'atteinte corporelle*

Ces assurances ont pour but de garantir à l'assuré ou au bénéficiaire, le paiement d'une indemnité pour faire face aux évènements qui peuvent affecter la santé de la personne.

❖ *Les assurances vie*

Est un contrat par lequel, en contrepartie des primes versées par le souscripteur, l'assureur s'engage à payer un capital ou une rente à l'assuré ou aux bénéficiaire, à une date fixée, si l'assuré et encore en vie, ou avant cette date si l'assuré décède.

❖ *Rôle et avantages de l'assurance vie*

L'assurance vie revêt un intérêt particulier pour la personne et l'économie. Dans ce qui suit, quelques avantages de ce type d'assurance :

- 1- *Assurance vie et prévoyance* : l'assurance vie prend ici la forme d'une assurance en cas de décès. Le décès de l'assuré entraîne le versement du capital prévu au contrat, à un bénéficiaire. Cette assurance permet de garantir l'avenir de toute personne à sa charge.
- 2- *Assurance vie et épargne* : l'assurance prend ici la forme d'une épargne. L'assuré, plutôt que de gérer son argent, le confie à un assureur. Ce dernier fait fructifier les sommes investies par l'assuré et les lui verse sous forme de capital ou de rente à une date prédéterminée, si l'assuré est en vie.
- 3- *Assurance vie et crédit* : l'assurance vie contribue au développement du crédit. En effet, les organismes prêteurs acceptent plus facilement d'accorder des prêts quand ils savent que l'emprunteur possède une garantie en cas de décès et d'invalidité. Ainsi, si l'emprunteur vient à mourir ou devient invalide, l'assureur se substitue à lui pour rembourser l'organisme prêteur.
- 4- *Assurance vie et retraite* : les personnes partant à la retraite voient leur niveau de vie diminuer considérablement. Un supplément de retraite permet de garder le même niveau de vie d'avant la retraite.

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.

1-2- La classification technique de l'assurance

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

1-2-1- Les assurances gérées par 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.

On observe que dans ce type d'assurance, la fréquence du risque est constante (ou presque). Elle varie peu d'une année à l'autre.

1-2-2- Les assurances gérées par capitalisation

Les assurances de capitalisation sont, d'une part, des assurances souscrites à long terme. Elles comportent un aspect « épargne ». Les primes vont être perçues selon la méthode des intérêts composés. D'autre part, le risque couvert n'est pas constant. La fréquence augmente ou diminue en cours de contrat : c'est le cas de la probabilité de décès et de survie de la personne humaine.

En conséquence, dans sa gestion, l'assurance doit mettre de côté tout ou partie des primes pour faire face à ses engagements dans l'avenir et, de plus, les primes doivent bénéficier d'intérêt composés.

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.

Ce type de gestion est appliqué dans certains pays pour les assurances par branche d'activité. Chaque branche cotise pour son propre fonds et si un fonds n'arrive pas à faire face à ses engagements, ceci n'entraîne pas la défaillance du système d'assurance.

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

Autres classifications :

- * La classification par famille (terrestre, aérienne, maritime...);
- * Classification par clients : il y a deux types de clients qui sont les destinataires du produit d'assurance, il y a les particuliers et les entreprises (les administrations publiques sont incluses dans les entreprises).
- * Classification obligatoire/ facultative : cette classification est édictée par le législateur en matière d'assurance. C'est cette législation qui décrète que les assurances ont un caractère obligatoire.

En Algérie le législateur a classé en 1995 les assurances en 6 branches (tertiaire, agriculture, transport, personnes, crédit, réassurance). En 2002, le décret 02-293 les a reclassées en 25 sous branches.

2- Les modes de distribution des produits d'assurance

La distribution des produits d'assurance consiste en la vente des contrats d'assurance. Elle se fait en premier lieu par les compagnies et leurs succursales. Cependant, le métier d'assurance peut être fait par des intermédiaires qui opèrent pour le compte des entreprises d'assurance qui les mandataient.

2-1- Les compagnies d'assurance

La compagnie d'assurance est le premier organisme sensé vendre des produits d'assurance aux particuliers et aux entreprises de petite ou grande envergure. Elle devait être en mesure de répondre à ses engagements envers les assurés à tout moment, c'est pour cela une réglementation est mise en place et des organismes étatiques sont installés pour garantir un contrôle et une supervision de l'ensemble des compagnies exerçants sur le territoire national.

2-1-1- Le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurance

Deux raisons majeures justifient l'existence d'un contrôle strict de l'Etat sur les entreprises d'assurance :

- La protection des souscripteurs, des assurés et des bénéficiaires du contrat d'assurance ;
- L'existence d'une masse financière considérable influant sur l'économie nationale.

Le contrôle relève du droit public. Il est exercé par des personnes extérieures aux entreprises d'assurance et appartenant à l'administration publique. Il revêt cinq caractéristiques :

- Il est préventif : il faut une autorisation pour pratiquer les opérations d'assurance ;
- Il s'effectue a posteriori : les résultats des entreprises d'assurance sont examinés grâce aux états comptables fournis par les entreprises aux agents de contrôle ;
- Il est administratif : il est exercé par des fonctionnaires relevant du Ministère des Finances ;
- Il est permanent : le contrôle s'effectue tout au long de l'existence de l'entreprise d'assurance.
- Il est actif : des clauses-types peuvent être imposées aux entreprises, des tarifs peuvent être fixés, ou encore des mesures financières préconisées.

2-1-2- Le fonctionnement technique et financier des entreprises d'assurance

Le principe fondamental du fonctionnement des compagnies d'assurance consiste à ce que les primes collectées durant une année doivent servir pour l'indemnisation des sinistrés de la même année. Cependant, le paiement des primes par les clients n'est pas fixé à une date donnée, mais il dépend du client. De même, la réalisation des risques diffère dans le temps. En effet, les risques se réalisent durant toute l'année. Afin de pallier à une insuffisance financière, et une incapacité d'indemniser les sinistrés, le législateur impose aux compagnies d'assurance la constitution de provisions techniques. Ces dernières sont des sommes d'argent

prises en réserve et destinées à couvrir les engagements de l'assureur vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires du contrat. Elles diffèrent selon le mode de gestion des compagnies d'assurance

2-1-2-1- Les provisions techniques des compagnies d'assurance gérées en répartition

Pour l'essentiel, les compagnies d'assurance doivent constituer deux sortes de provisions techniques : provisions pour primes non acquises et les autres pour sinistres à payer

* *Les provisions pour primes non acquises* : elles sont destinées à couvrir les risques et les frais généraux des contrats à primes payables d'avance, à la période comprise entre la date d'inventaire (31/12) et la prochaine échéance.

Exemple: un contrat à échéance annuelle du 1^{er} mars implique la mise en réserve, au moment du bilan, de la part de prime pure et des chargements de gestion correspondant à la période du 1^{er} janvier au 28 février inclus.

* *Les provisions pour sinistres à payer* : elles sont destinées à couvrir les sinistres survenus avant la clôture de l'exercice, mais qui ne sont pas encore été payés.

Généralement, la procédure de règlement nécessite un certain délai entre le moment de la réalisation du sinistre et l'indemnisation, notamment en matière de sinistre corporels. Les délais peuvent parfois être très importants, par exemple, il faut attendre la guérison et/ou la consolidation pour fixer définitivement le montant des préjudices.

2-1-2-2- Les provisions techniques des sociétés d'assurance gérées en capitalisation (les provisions mathématiques)

La technique de capitalisation se substitue à celle de répartition du fait que le risque est variable et que le contrat est souscrit pour une longue durée. Dans ces conditions, le mécanisme de l'assurance de capitalisation est le suivant :

Les chances de réalisation d'un risque augmente ou diminue en cours d'un contrat, et donc la prime devrait varier d'une année à une autre. Ceci est commercialement difficile à faire accepter par le souscripteur ; il est peu agréable pour une assurance décès de se voir réclamer une prime plus élevée sous prétexte que sa probabilité de décès augmente régulièrement. C'est pourquoi l'assureur uniformise les primes (appelée prime moyenne ou prime nivelée). C'est-à-dire que le souscripteur paie une prime égale durant toute la période du contrat sans que le caractère de variabilité du risque ne soit supprimé. Ainsi, l'assureur met de côté une

fraction des primes durant les premières années (ou le risque est moins important) pour compenser l'insuffisance de la prime nivelée en fin du contrat afin de réaliser l'équilibre.

Exemple : pour une assurance décès, la prime payée par l'assuré est $P = M + X + e$

Avec :

M : le montant destiné à couvrir le risque

X : les frais de gestion

e : l'épargne constituée pour permettre d'égaliser les primes.

Pour une assurance de personne de 30 ans, s'assurant pour une durée de 15 ans et un capital de 1 000UM, sachant que le montant de la couverture du risque (la prime) devrait être de 180 UM la 1^{ère} année et de 530 UM la 14^{ème} année et que la prime nivelée est de 300UM.

Donc, $M+e= 300$, d'où la première année $M=180UM$ et $e=120 UM$

La 14^{ème} année, l'assuré continua à payer 300 UM (et non 530) car la compagnie prélèvera sur le cumul des sommes capitalisées en « e » pour niveler et égaliser la cotisation.

En plus, les compagnies d'assurance constituent des prévisions mathématiques, représente pour l'essentiel une épargne, constituée pour le compte des assurés en vue de leurs verser un capital ou une rente au terme du contrat.

2-2- Les intermédiaires d'assurance

En assurance, on relève deux principaux modes distribution à côté des compagnies d'assurance:

2-2-1- L'agent général d'assurance

C'est une personne physique qui représente une ou plusieurs sociétés d'assurance. Il est lié à la compagnie d'assurance par un contrat de nomination (c'est-à-dire que son chiffre d'affaires dépend du nombre de contrats d'assurance qu'il effectue au compte de la compagnie d'assurance).

- Sa rémunération est fixée à l'avance (avant la vente des contrats) ;
- La profession de l'agent général est libre, il met à la disposition du public sa compétence technique, en vue de la recherche et de la souscription de contrats pour le compte de son mandant (la compagnie d'assurance mandataire) ;

- Le contrat de nomination précise les branches d'assurance pour lesquelles l'agent général est mandaté et délimite le territoire de compétence dans lequel il est autorisé à exercer son activité.

2-2-2- Le courtier d'assurance

Le courtier d'assurance est défini dans l'article 258 de l'ordonnance 95-07 en tant que personne physique ou morale qui fait profession, à son compte de s'entremettre entre les preneurs d'assurance et les compagnies d'assurance, en vue de souscrire un contrat d'assurance. Le champ d'intervention en termes de branches ou de territoire est illimité à travers le territoire national.

Le courtier peut intervenir pour orienter le client vers des produits sur mesure et pour mettre au clair les légèretés d'une législation. Il peut intervenir dans le choix de la compagnie d'assurance.

Actuellement, en plus de ces intermédiaires classiques, les compagnies d'assurance ont élargi leur réseau de distribution à travers « la bancassurance ». Celle-ci consiste en la vente des produits d'assurance au niveau des guichets de banque. La raison étant que les banques ont l'avantage d'avoir un réseau plus élargi que celui des assurances.

3- Les complications en économie des assurances

L'industrie de l'assurance ne peut fonctionner efficacement que s'il existe un équilibre entre les trois objectifs suivants :

- 1- Les consommateurs ont facilement accès à des produits d'assurance compétitifs qui répondent à leurs besoins ;
- 2- Les produits d'assurance sont tarifés d'une manière tel qu'ils sont attractifs pour le consommateur tout en dégagant des profits pour l'assureur ;
- 3- Les consommateurs sont confiants en la capacité des assureurs de faire face à leurs obligations et de régler rapidement tous les sinistres justifiés.

Cependant, cet équilibre est rompu dans de nombreux marchés, faute de l'asymétrie de l'information.

3-1- Effet de l'asymétrie de l'information sur l'industrie d'assurance

L'asymétrie d'information est un phénomène connu des praticiens de l'assurance depuis ses origines. Son identification par les économistes est plus récente et a permis de réelles contributions en matière de compréhension du fonctionnement des marchés des assurances.

Cette asymétrie d'information entre l'assureur et l'assuré se manifeste par deux phénomènes bien connus, l'aléa moral et l'antisélection.

L'un des premiers économistes à avoir mis en évidence le caractère prégnant de l'asymétrie d'information en matière d'assurance est le prix Nobel K.J. Arrow (1963).

3-1-1- L'aléa moral ou le risque moral

Il correspond à la fraction du risque due au comportement particulier et propre de l'assuré, et qui a pour conséquences d'augmenter les chances d'occurrence du sinistre.

Il est lié au fait que l'assureur ignore ce que sera l'attitude de l'assuré face au risque. Ce dernier est susceptible de modifier son comportement vis-à-vis du risque, une fois assuré. Quand un individu est assuré contre un risque, son comportement en est influencé, il n'aura plus une incitation à éviter le sinistre contre lequel il est assuré et pire, il peut augmenter ce risque si celui qui l'assure n'a pas la possibilité de contrôler son comportement.

Le risque moral présente une menace pour la compagnie car la prime calculée sur la base de la probabilité aléatoire du risque est sous-estimée car ne tenant pas compte du surcoût du risque généré par le comportement particulier de l'assuré².

Ce phénomène est également présent sur d'autres marchés, et est souvent cité comme une des causes principales des grandes crises financières internationales.

4-1-2- La sélection adverse ou l'anti-sélection

C'est Akerloff (prix Nobel) qui est à l'origine de la sélection adverse. Akerloff s'étonne que les voitures d'occasion, mais très récentes, subissent une forte dévalorisation par rapport aux neuves, alors que la qualité des véhicules est très peu différente.

Si on achète une voiture neuve, on peut tomber sur un mauvais numéro. Certes, l'acheteur peut bénéficier de la garantie, mais il y a une forte probabilité que le propriétaire cherchera à s'en débarrasser. Il décide de vendre son véhicule à un prix plus bas que celui du marché. Le prix du marché se trouve alors tiré vers le bas. Et ceux qui veulent vendre leur voiture et qui considèrent que les leurs sont de bonne qualité, ne vendent pas car ils y perdraient trop.

La probabilité de trouver une bonne voiture d'occasion baisse. Cela enclenche un cercle vicieux où chaque baisse des prix est reçue par les acheteurs potentiels comme un signal de la mauvaise qualité des voitures mises en vente, et au bout de compte, il n'y a plus de marché. Les offreurs refusent de vendre, jugeant le prix trop bas par rapport à la qualité de leur voiture, et les acheteurs se dérobent encore.

² Il existe la théorie de la négligence en droit économique selon laquelle il y a un lien entre le sinistre et le comportement de son auteur.

En assurance, l'anti-sélection est définie dans le dictionnaire de l'économie des assurances comme suit : « L'anti-sélection est le mécanisme dû à l'asymétrie d'information entre assureurs et assurés par lequel, dans une population hétérogène, les plus mauvais risques sont les plus demandeurs d'un contrat d'assurance donné ».

En d'autres termes, l'anti-sélection survient quand l'une des parties au contrat, généralement le preneur d'assurance ou l'assuré, a une meilleure connaissance du risque que l'autre partie, l'assureur, auquel ce risque est soumis.

Comme la prime payée par les assurés est une prime moyenne, il s'avère que certains risques vont présenter un risque supérieur par rapport à la prime qu'ils paient, alors que d'autres paient une prime plus élevée que le risque effectif qu'ils présentent.

Les premiers sont de mauvais risques car ils contribuent à augmenter la sinistralité alors que les derniers sont de bons risques car ils réduisent la sinistralité. Les bons risques sont incités à quitter la compagnie, alors que les mauvais sont incités à y rester (quand la mutualisation n'est pas opérationnelle à cause de la forte concurrence).

3-2- Les mesures envisageables pour réduire l'asymétrie d'information

Des techniques différentes sont envisagées par les compagnies d'assurance afin de limiter les asymétries d'information.

3-2-1- Les franchises

La franchise est un mécanisme de sélection des risques (ou plus exactement, un mécanisme d'auto-sélection, car les assurés se sélectionnent d'eux-mêmes). L'assuré à risque élevé va craindre la franchise car sa fréquence de réalisation du risque est plus importante, alors que l'assuré à risque bas est plus enclin à supporter le risque de remboursement partiel lié à la franchise car sa fréquence de sinistre est moindre. Il est donc possible de jouer sur cette asymétrie dans la crainte des franchises pour compenser l'asymétrie d'information.

3-2-2- Le mécanisme de bonus-malus

Le bonus-malus est un mécanisme qui permet d'ajuster les paramètres des contrats d'assurance à l'expérience des assurés observée au cours des périodes précédentes.

Il permet de réduire l'aléa moral et d'améliorer le bien-être des agents à bas risque confrontés à un contexte d'anti-sélection.

3-2-3- La période probatoire

Une période probatoire est une clause d'un contrat d'assurance selon laquelle la couverture prend effet, non pas à la signature du contrat mais au-delà d'un certain délai.

En effet, la période probatoire permet à l'assureur d'obtenir des informations supplémentaires quant à la présence d'un mauvais risque plutôt qu'à un petit risque.

Cette période probatoire s'inscrit dans le temps, elle est plus insupportable pour les personnes qui ont de mauvais risques que pour celles qui ont de bons risques. L'assureur peut agir là-dessus puisque le mauvais risque serait à payer plus cher que les bons risques, afin d'éviter d'endurer cette période et d'améliorer la situation de bons risques.

Cela résulte du fait que l'assuré possède une meilleure information que l'assureur sur le risque que ce dernier doit couvrir. Le risque pour l'assureur est donc d'être lésé et de ne pas contracter avec les meilleurs demandeurs.

Conclusion

Les classifications évoquées dans ce chapitre ne sont pas exhaustives, d'autres classifications peuvent être déterminées selon les besoins de la recherche. Selon leur mode de gestion, les compagnies d'assurance honorent leurs engagements grâce aux primes collectées durant l'année d'exercice et aux provisions.

Le métier d'assurance est un secteur promoteur de l'emploi, d'abord parce qu'il fait appel aux intermédiaires d'assurance, ensuite, pour le bon fonctionnement de leur activité, les assureurs font appel aux actuaires et aux experts dans tous les domaines.

Enfin pour leur développement, les compagnies d'assurance font appel aux guichets bancaires afin de leur vendre des produits d'assurance, et de bénéficier ainsi de l'étendue du réseau bancaire.

QCM

Cochez la bonne réponse

1- En assurance vie, si la prime nivelée est de 600 et que la prime temporaire décès est de 330, de combien serait la provision mathématique ?

- 270
- + 270
- 930
- 465

2- Pour pouvoir honorer ses engagements, l'assureur doit procéder :

- A une évaluation prévisionnelle du risque
- A une étude scientifique
- A une étude comptable et financière
- A une étude sociologique.

3- Le portefeuille d'un courtier d'assurance appartient à :

- Lui-même.
- La compagnie d'assurance
- Les compagnies mandataires

4- En assurance dommage, l'indemnité est

- Supérieure à la valeur du bien ou du risque.
- Inférieure à la valeur du bien ou du risque.
- Egale à la valeur du bien ou du risque.

5- Dans le cas où le risque ne se réalise pas, la compagnie d'assurance :

- Rembourse les primes
- Rembourse une partie des primes
- Garde les primes

Chapitre 4 : Les mutations du marché des assurances algérien

A l'instar de tous les grands secteurs de l'économie algérienne, le secteur des assurances économiques a connu des changements majeurs dans sa configuration, ses mécanismes et ses objectifs économiques.

Afin d'illustrer le développement du marché algérien des assurances, nous évoquons dans ce chapitre son historique, sa nouvelle réglementation et sa situation actuelle.

1- Les mutations du système algérien des assurances

Le marché algérien des assurances a évolué dans un contexte de mutation permanente. D'abord à l'ère de la colonisation, puis à l'indépendance avec l'option socialiste, et enfin à l'ouverture économique et la volonté de l'insérer dans la mondialisation à travers l'instauration de l'économie de marché.

1-1- La période coloniale

L'occupation française de l'Algérie était caractérisée par l'exploitation des ressources de l'Algérie en utilisant toutes les politiques visant la marginalisation de la population. Ces mesures ont influencé négativement la situation socio-économique en Algérie, en corollaire la pénétration des institutions financières, y compris le secteur des assurances, qui s'est traduite par :

- L'institution tardive de l'assurance en Algérie : L'Algérie était caractérisée par une vie communautaire tribale et familiale, animée par l'instinct de solidarité et d'entraide, ce qui n'a pas nécessité l'existence de l'assurance.

-Le développement inégal de l'assurance : premièrement par la concentration des assurances agréées, seulement 3 compagnies étaient algériennes à capitaux français et européens (en 1952, sur les 218 compagnies existantes). Deuxièmement, une concentration spatiale au nord du pays, du fait de l'implantation des Européens au bord de la Méditerranée. En effet, ce n'est qu'avec l'essor du secteur colonial moderne que la demande croissante d'assurance rend nécessaire l'implantation d'agences ou de bureaux de sociétés françaises et étrangères ainsi que la promulgation de textes métropolitains relatifs à la réglementation de ce secteur.

Les textes adoptés durant cette période ont marqué l'évolution de l'assurance en Algérie, même après l'indépendance, car ils étaient adoptés provisoirement pour régler le marché algérien des assurances.

1-2- La période post-coloniale

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie aura à affronter non seulement le départ massif et brutal des européens, mais également l'instabilité politique et économique.

La première étape de l'évolution du marché algérien des assurances, juste après l'indépendance, est caractérisée par la reprise des sociétés d'assurance existantes qui sont passées sous le contrôle du ministère des finances et par l'instauration du principe que les risques situés en Algérie ne peuvent être assurés que par des organismes agréés.

Une deuxième étape est l'établissement du monopole de l'Etat qui se traduit notamment par la nationalisation des sociétés d'assurance existantes et la création de certaines autres compagnies.

La troisième et dernière étape est caractérisée par la libéralisation du secteur des assurances, essentiellement concrétisée par la promulgation de l'ordonnance N° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances.

1-2-1- La période 1962-1966 : Phase de récupération

L'assurance, à l'égard de toutes les institutions financières, était monopolisée par les compagnies étrangères en dépit de la création de la Caisse Algérienne de Réassurance, en août 1963, dont le rôle était très modeste.

Les facteurs expliquant la subsistance du capital privé étranger dans un secteur de souveraineté national sont :

- L'absence de personnel algérien d'encadrement ;
- L'absence de volonté politique : ceci paraît d'autant plus paradoxal avec l'approche marxiste de la charte d'Alger

L'absence de cadres nationaux et de législation propre à l'Algérie a entraîné le développement des seules branches susceptibles de procurer un profit maximum (assurance dommage). Ce profit n'était pas investi localement, mais transféré vers l'ex-métropole par le biais de la réassurance. C'est pourquoi les autorités algériennes, ayant compris le danger que représentait une telle situation pour les assurés et l'économie algérienne, interviennent dès le mois de juin 1963 par la promulgation de deux textes :

- La loi 63-197, qui consiste en l'instauration de la réassurance légale et aléatoire pour toutes les opérations d'assurance réalisées en Algérie, par la création de la CAAR (Caisse Algérienne d'Assurance et de Réassurance).

Un arrêté du 15 octobre 1963, portant l'application de cette loi, oblige toutes les entreprises d'assurance à céder une part de 10% des primes ou cotisation à la CAAR.

- La loi N° 63-2001 du 08 juin 1963, exige pour toutes les compagnies qui exercent en Algérie un contrôle de l'Etat par :

* L'obtention d'agrément ;

* Le contrôle des documents et des pièces comptables par le ministère des finances.

Cette loi a suscité le départ massif des assureurs étrangers, mais un certain nombre (17 compagnies) a accepté de se soumettre à la nouvelle réglementation, et donc d'obtenir l'agrément.

Cette situation a accéléré la soumission du marché au monopole de l'Etat par la nationalisation.

1-2-2- La nationalisation (1966-1975)

L'institution du monopole de l'Etat sur l'assurance s'insère dans la logique de la stratégie de développement élaborée à partir de 1966. Elle consiste à la promotion d'un secteur étatique des assurances afin d'assurer l'accumulation interne du capital nécessaire au financement du développement.

A cet effet, il y a eu la promulgation de deux ordonnances le 27 mai 1966, qui réservent l'exploitation de toutes les opérations d'assurance à l'Etat.

- L'ordonnance N°6-127, portant institution du monopole de l'Etat sur les opérations d'assurance ;

- L'ordonnance N°66-129, portant nationalisation de la SAA (Société Algérienne d'Assurance).

Remarque : seule la SAA parmi les 17 compagnies existantes a été nationalisée, les autres entreprises ont été liquidées à l'exception de deux mutuelles, la CCRMA et la MAATEC qui ont continué à exercer.

1-2-3- La spécialisation (1975-1985)

Cette phase est marquée par la création de la CCR (Compagnie Centrale de Réassurance) le 1^{er} octobre 1973 à laquelle on a transféré le portefeuille de réassurance de la CAAR. Celle-ci assure désormais les risques industriels, transports, responsabilité civile à l'exception de celle réservés à la SAA, engineering (tous risques chantiers, tous risques montage, bris de machines, engins de chantiers...)

La SAA est chargée de la couverture des risques simples (assurance de personnes, auto, habitation...). Cette phase est marquée par l'apparition de compagnies algériennes qui n'étaient que de simples caisses passives.

La loi 80-07 du 09/08/1980

Reconduits depuis l'indépendance, les textes français sont devenus inadaptés avec l'option socialiste entreprise par le pays. En 1980, une loi est enfin votée par l'assemblée nationale. C'est la loi 80-07 du 09/08/1980 qui a pour objet de permettre :

- une socialisation plus grande de cette activité ;
- la maîtrise sur l'assurance en tant qu'instrument de l'Etat pour la direction et le contrôle de l'économie.

Trois idées essentielles sont évoquées dans cette loi :

- 1- L'institution d'un certain nombre d'assurances obligatoires (exp : assurance des organismes publics contre l'incendie et les dégâts des eaux...) ;
- 2- Amélioration de la protection de l'assuré et des bénéficiaires (assouplissement en matière d'indemnisation)
- 3- Une centralisation plus accentuée par la création de la CAAT en 1985. Suite au choc pétrolier de 1986 et à la défaillance des entreprises publiques, les autorités algériennes ont octroyé l'autonomie à toutes les entreprises dont les compagnies d'assurance, par le biais de la loi 88-01.

1-2-4- Autonomie de gestion : La loi 88-01 du 12/01/1988

Les compagnies d'assurance, à l'instar des autres entreprises économiques, ont adopté le passage à l'autonomie de gestion qui a été suivie par la levée de la spécialisation dès 1989. C'est ainsi que les trois compagnies publiques (SAA, CAAR et CAAT) ont modifié leurs statuts pour y inscrire l'exercice de toutes les opérations d'assurance.

Cette politique avait pour objectif de redynamiser l'activité des assurances, de permettre aux entreprises d'assurance d'exploiter de façon optimale le potentiel du marché et de se préparer à la levée du monopole d'Etat sur les opérations d'assurance, afin de permettre leur adaptation à une économie de marché.

Ces objectifs n'ont pas été atteints, et toute la politique adaptée a échoué.

1-2-5- L'ordonnance N° 95-07 du 25/01/1995

Les évolutions politiques et sociales ont aboutis à l'abolition du monopole de l'Etat sur les assurances en Algérie par l'ordonnance 95-07 du 25 janvier 1995. Cette ordonnance a tracé le nouveau cadre juridique de l'activité des assurances en Algérie, s'adaptant ainsi aux réformes économiques menées pour la transition de l'économie algérienne planifiée à l'économie de marché. Une profonde mutation s'est donc engagée pour sortir d'un marché monopoliste vers un marché concurrentiel.

Cette loi visait trois objectifs :

- La promotion et le développement du marché des assurances ;
- L'augmentation de l'épargne et son orientation ;
- L'amélioration de la protection de services rendus en matière d'assurance.

Pour atteindre ces objectifs, la loi a ouvert le marché par les dispositifs suivants :

- La levée du monopole de l'Etat, la spécialisation sur les opérations d'assurance et la libéralisation de l'activité aux différentes sociétés publiques et privées ;
- La fixation des normes de constitution des compagnies d'assurance ainsi que le capital minimum ;
- L'introduction des intermédiaires d'assurance ainsi que la fixation des conditions d'exercice ;
- L'instauration du conseil national des assurances (CNA) qui est un organisme de contrôle de l'Etat, de réflexion et de concertation.

Malgré cette réglementation relativement libéralisée, qui consistait en l'ouverture du système assurantiel, les résultats constatés étaient décevants. En effet, en 2006, le marché des assurances ne participait qu'à 0,6% dans le PIB. Alors que la structure du marché était à 95% constituées d'assurance dommages et 5% d'assurance de personnes. En plus :

- 60% des produits vendus étaient des assurances obligatoires (auto) ;
- la cadence de règlement des sinistres ne dépassait pas 30% ;
- la tarification des assurances ne répondait pas à la tarification dans le contexte de libéralisation, or c'est le ministère des Finances qui déterminait les tarifs.

1-2-6- La loi 06-04 du 20/02/2006

Afin de pallier à toutes ces insuffisances enregistrées durant la période précédente, la loi 06-04 du 20/02/2006 vient compléter et modifier l'ordonnance 95-07.

Les objectifs de cette nouvelle loi sont de :

- 1- Stimuler les assurances vie par la séparation juridique entre les assurances de personnes et les dommages.
- 2- Renforcer la sécurité financière et la gouvernance des compagnies d'assurance. Pour cela des mesures ont été arrêtées, à savoir : la libéralisation totale du capital des sociétés à leur constitution, et le droit de vérification de l'origine des fonds, l'évaluation des actifs et passifs de la société d'assurance. Enfin, la loi a créé une commission de supervision autonome des assurances : sa mission consiste à veiller à la

régularité des opérations d'assurance, à la solvabilité des acteurs et à la vérification de l'origine des fonds.

3- Réorganiser la supervision (le contrôle) de l'Etat sur le marché assurantiel.

Pour se faire les dispositifs mis en place consistent à :

- protéger et renforcer les droits des assurés (l'assuré peut récupérer les primes dans le cas de renoncement au contrat et récupérer les primes payées et les intérêts de retards d'indemnisation).

- mettre un fonds de garantie des assurés (alimenté par les cotisations des sociétés d'assurance à 1% des primes nettes pour indemniser les assurés des compagnies insolubles).

- créer un nouveau réseau de distribution d'assurance via les guichets bancaires (la bancassurance).

2- Les intervenants sur le marché algérien des assurances

La libéralisation du marché algérien de l'assurance, jusque-là dominé par les entreprises d'État, a donné une première impulsion au secteur, qui s'est traduite par une multiplication des acteurs. Il existe jusqu'à fin 2020, 25 compagnies d'assurance, toutes catégories confondues :

- Treize (13) sociétés d'assurance dommages : quatre compagnies généralistes opèrent dans toutes les branches d'assurances : la CAAR, la SAA, la CAAT et la CASH (filiale de la Sonatrach). Cinq sociétés privées algériennes : Algérienne des Assurances (2A), Alliance Assurances (société cotée à la Bourse d'Alger), Compagnie Internationale d'Assurance et de Réassurance (CIAR), Salama Assurances (ex Al Baraka Oua Al Amane), TRUST Algeria. Et deux sociétés privées étrangères :

* Axa Algérie dommage, qui a ouvert sa première agence en décembre 2011 et dispose de 2 filiales (Dommages et Vie), en partenariat avec le FNI (36%) et la BEA (15%) (Filiale de l'entreprise française Axa) ;

* GAM, Générale d'Assurance Méditerranéenne (appartenant au groupe ECP, société de capital-investissement panafricaine);

En plus des deux mutuelles : la Caisse Nationale de Mutualité Agricole (CNMA), et la Mutuelle Algérienne d'Assurance des travailleurs de l'Education et de la culture (MAATEC) qui existaient déjà durant la période coloniale.

- Une société de réassurance : la Compagnie Centrale de Réassurance (CCR), qui bénéficie des cessions préférentielles du marché et de la garantie de l'Etat.

- 2 sociétés publiques spécialisées dans l'assurance du risque crédit : la CAGEX (assurance-crédit à l'exportation) et la SGCI (assurance-crédit à l'immobilier).

- 8 sociétés d'assurance de personnes : Les trois premières compagnies publiques ont créé trois filiales d'assurances de personnes en application de la loi 06/04 qui impose aux sociétés d'assurances de séparer les assurances de dommages et celles de personnes. Les trois sociétés en question sont : « TAAMINE LIFE ALGERIE » SPA, filiale de la CAAT ; « CAARAMA assurance » SPA, filiale de la CAAR et « Société d'Assurance de Prévoyance et de Santé » SPA, filiale issue du partenariat entre la SAA et la compagnie française MACIF , Macir-Vie (filiale CIAR), Cardif El Djazaïr, première société agréée spécialisée en assurances de personnes en Algérie (filiale de l'entreprise française BNP), AXA Algérie vie et le Mutualiste Ettaadhouidi (filiale créée par la CRMA), et Algerian Gulf Company SPA.

3- Le cadre institutionnel du marché algérien des assurances

Le secteur algérien des assurances est réglementé et encadré par le ministère des Finances à travers des institutions qui veillent au respect de la réglementation, au contrôle et à la surveillance des compagnies d'assurance.

3-1- Le ministère des finances

Les sociétés d'assurance et/ou de réassurance ne peuvent exercer leur activité qu'après avoir obtenu l'agrément du ministère des Finances.

Le ministère veille à la protection des droits des assurés et des bénéficiaires des contrats d'assurance, à la solidité de l'assise financière des entreprises d'assurance et de réassurance ainsi qu'à leur capacité à honorer leurs engagements.

De ce fait, le ministère des Finances a un rôle de régulateur et a pour mission de protéger les droits des assurés de veiller à ce que les entreprises d'assurance et de réassurance honorent leurs engagements et respectent les réglementations en vigueur. Il intervient dans le contrôle des entreprises d'assurance et de réassurance et des professions liées au secteur, dans le suivi de l'activité du secteur. Il supervise toutes les questions d'ordre juridique et technique se rapportant aux opérations d'assurance et de réassurance, de la préparation des textes aux études touchant au développement et à l'organisation du secteur.

3-2- Les institutions autonomes

Afin de veiller au respect des droits des assurés, des institutions autonomes sont instituées sous l'autorité du ministère des finances.

3-2-1- La commission de supervision des assurances : La loi n° 06-04 du 20 février 2006 a institué une commission de supervision des assurances qui est chargée de :

- Veiller au respect, par les sociétés et intermédiaires d'assurances agréés, des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance et à la réassurance.
- S'assurer que ces sociétés sont solvables et sont toujours en mesure de tenir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés.
- Vérifier les informations sur l'origine des fonds servant à la constitution ou à l'augmentation du capital social de la société d'assurance et/ou de réassurance.

3-2-2- Le Conseil National Des Assurances (CNA): Le Conseil National des Assurances est un organe institué en 1995 par le Ministère des Finances et présidé par le Ministre chargé des finances.

Ce conseil est consulté sur les questions relatives à la situation, l'organisation et le développement de l'activité d'assurance et de réassurance. Il peut également être saisi sur les avant-projets de textes législatifs ou réglementaires entrant dans son champ de compétence, par le Ministre chargé des Finances ou sur sa propre initiative.

3-2-3- La Centrale des Risques (CR) : La centrale est rattachée à la structure chargée des assurances au ministère des Finances. Elle a pour mission la collecte et la centralisation des informations afférentes aux contrats d'assurance-dommages souscrits auprès des sociétés d'assurance et des succursales d'assurance étrangères agréées.

3-2-4- Le Fonds De Garantie Automobile (FGA) : En 2004, les pouvoirs publics, compte tenu du nombre de plus en plus croissant des victimes de la circulation routière, ont décidé de prendre en charge ces victimes par un organisme à part entière, à savoir le Fonds de Garantie Automobile (FGA) qui est un Etablissement public sous tutelle du Ministère des Finances et qui a succédé au Fonds Spécial d'Indemnisation (FSI).

3-2-5- Le Fonds De Garantie Des Assurés (FGAS) : Le FGAS a pour mission de supporter, dans la limite des ressources disponibles, tout ou partie des dettes nées des contrats d'assurance d'une société d'assurance en situation d'insolvabilité, dans le cas où les actifs de cette dernière se trouvent insuffisants.

Le fonds de garantie des assurés est alimenté par les cotisations annuelles des sociétés d'assurances et de réassurance, dont le montant ne peut dépasser 1% des primes nettes d'annulation pour indemniser les assurés des compagnies insolubles.

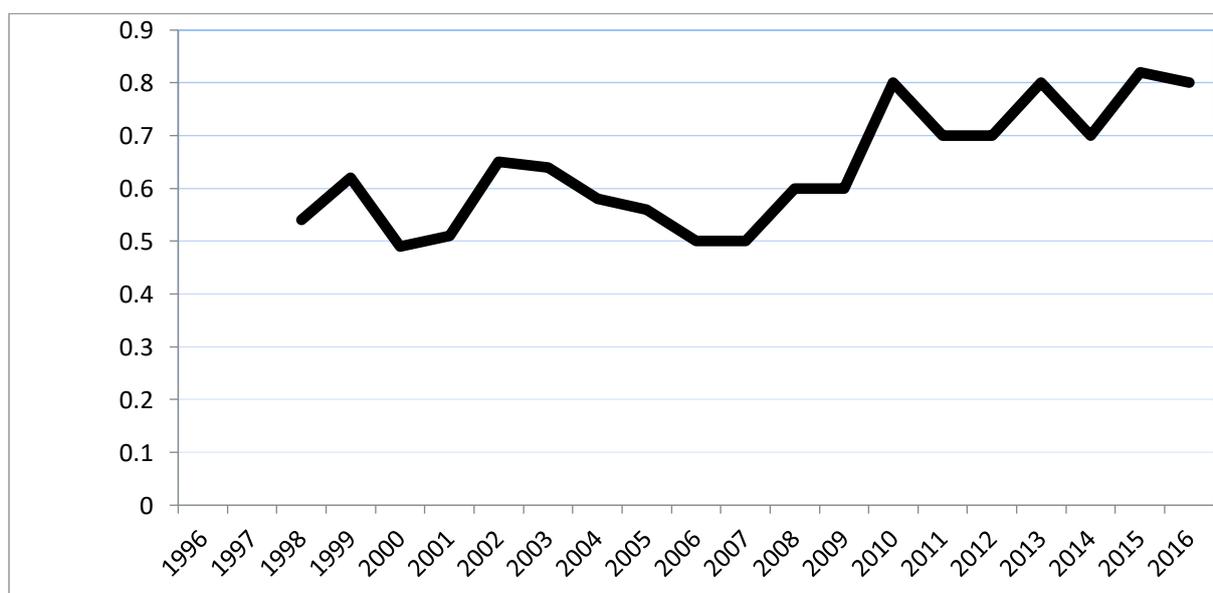
4- La situation actuelle du secteur assurantiel

L'Algérie, avec l'équivalent de 1,21 millions USD de primes encaissées en 2017 (1,19 millions en 2016), participe à hauteur de 1,82 % au marché de l'assurance du continent africain (66,69 millions USD), qui lui-même ne pèse que 1,36 % du marché mondial (4 891,69 millions USD).

La tendance à l'évolution du taux de pénétration de l'assurance³ est à la hausse pour la période 1996-2016, avec une moyenne de 0,6% au cours des dix dernières années.

Concernant les dépenses en assurances par habitant, la tendance haussière est perturbée essentiellement en 2009 et en 2014. Nous enregistrons également une baisse continue depuis 2014. Cette situation est enregistrée suite à la baisse des prix des hydrocarbures et la réduction des importations d'automobiles. Ajouté à cela la politique de rationalisation des dépenses publiques et l'inflation qui érode le pouvoir d'achat des consommateurs.

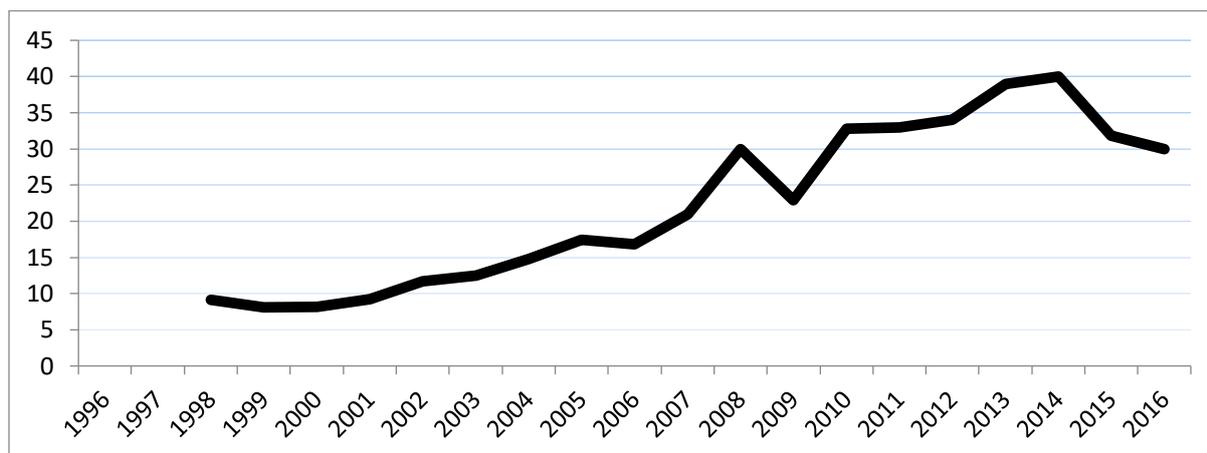
Figure 3: Evolution du taux de pénétration d'assurance en Algérie entre 1996 et 2016 (en % du PIB constant)



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la revue Sigma et des données du CNA

³ Le taux de pénétration d'assurance est la relation entre le chiffre d'affaires du secteur par rapport au PIB national. Il mesure la contribution du secteur dans l'économie d'un pays.

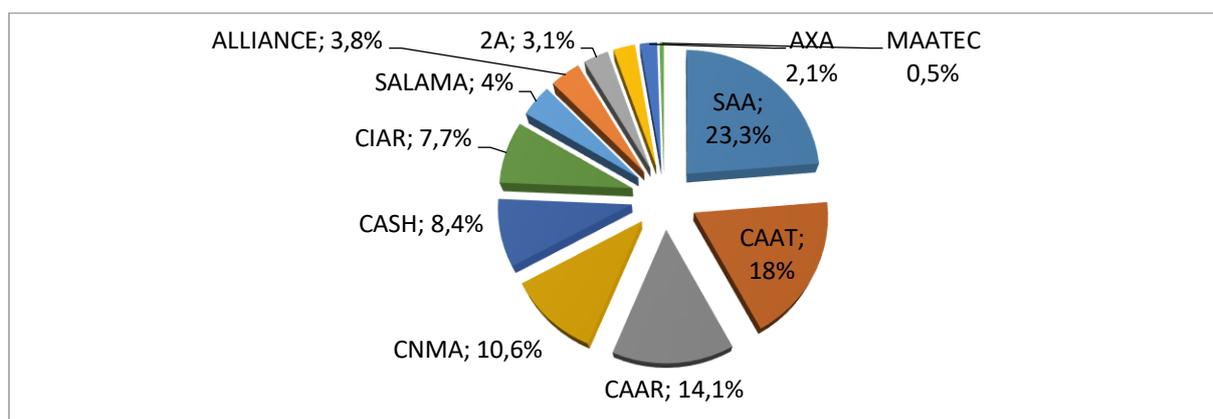
Figure 4: Evolution de la densité⁴ d'assurance en Algérie entre 1996 et 2016 (en USD)



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la revue Sigma et des données du CNA

Le montant des primes d'assurance/habitant s'élève à 31,8 USD en 2016 contre une moyenne mondiale de 662 USD. Un montant très faible consacré par la population aux services d'assurance. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette faiblesse : le niveau de revenu faible de la population, le facteur culturel...en plus de facteurs relatifs à l'offre tels que la qualité des prestations et le taux de couverture⁵ qui est d'environ 1 point de vente pour 28 000 habitants (contre 1/ 5000 habitants en moyenne mondiale).

Figure 5: Structure du marché assurantiel algérien en 2015



Source : Ministère des finances algérien

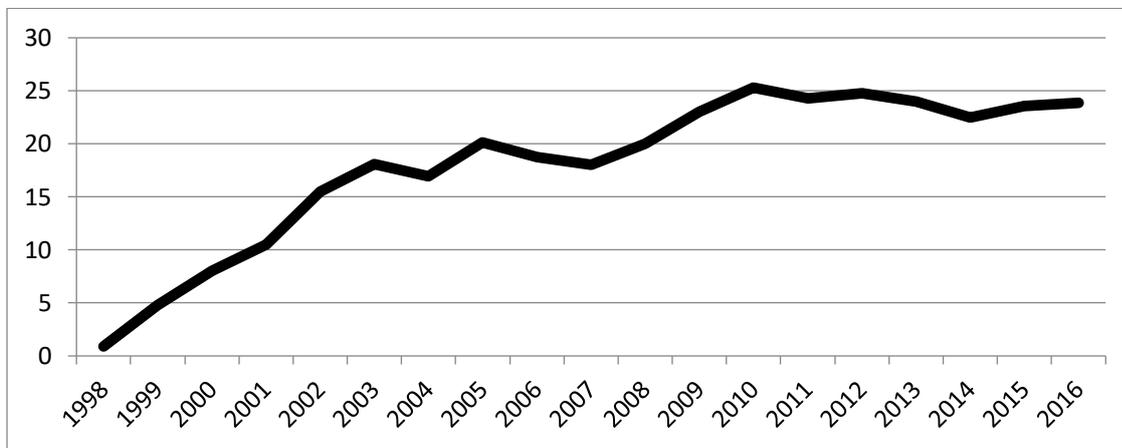
Le marché algérien des assurances est réparti sur 25 compagnies de droits public et privé. La figure 5 représente la part du marché pour chacune des entreprises en termes de performance

⁴ La densité d'assurance est le rapport entre le chiffre d'affaires du secteur des assurances par rapport à la population totale d'un pays. Elle mesure la dépense moyenne par individus en termes d'assurance.

⁵ Le taux de couverture est le nombre d'agence d'assurance par rapport au nombre d'habitant dans un pays.

commerciale. Sur ce point, la SAA se présente en leader, avec une part du marché de 23,3% en 2015. Cette place, elle la doit à sa position historique sur le marché de l'assurance automobile qui représente plus de 50% du marché national des assurances, et à l'étendue de son réseau de distribution (agences directes et agents généraux d'assurance). Elle est suivie par deux autres entreprises publiques, la CAAT (18%) et la CAAR (14,1%). En somme, le marché reste dominé par les entreprises publiques avec une amélioration continue de la situation des compagnies privées grâce aux campagnes publicitaires et l'amélioration de la prestation fournie (en termes d'accueil et de délai de remboursement).

Figure 6: Evolution de la part des entreprises privées de 1998 à 2016 (% du CA) sur le marché algérien des assurances

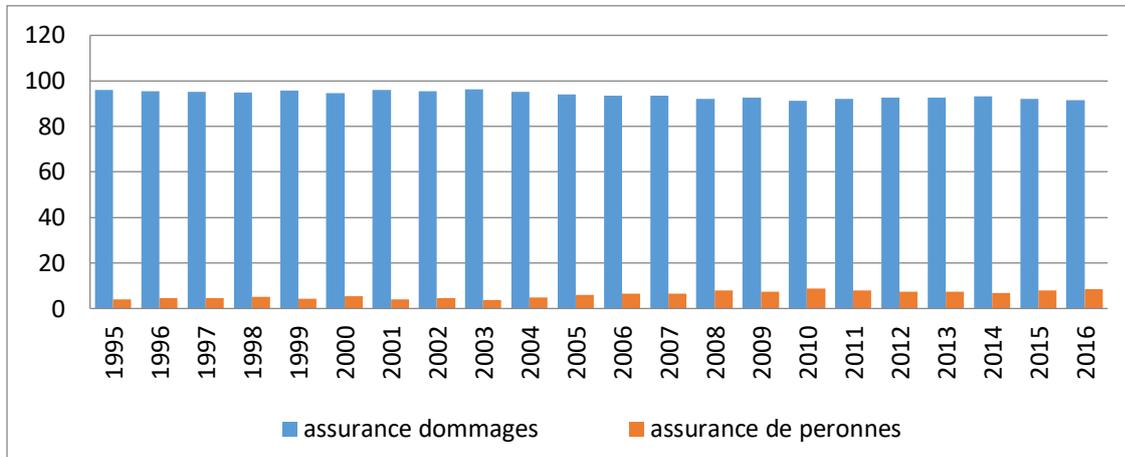


Source : Réalisé par nos soins à partir des données du CNA

Depuis la création de la première compagnie privée⁶, la part de marché des assureurs privés a fortement progressé au cours des années 2000 pour se situer à 20% en 2008 et à 23,86% en 2016 alors qu'elle s'établissait à moins de 5% en 1999. Cette progression est plus marquée à la période post-séparation juridique entre les assurances de personnes et les assurances de dommages. Tout de même, cette part reste stable entre 2010 et 2016, autour de 24%.

⁶La première compagnie d'assurance constituée est le trust. Elle a démarré son activité en 1998, soit une année et demi après l'achèvement des textes d'application de l'ordonnance 95-07.

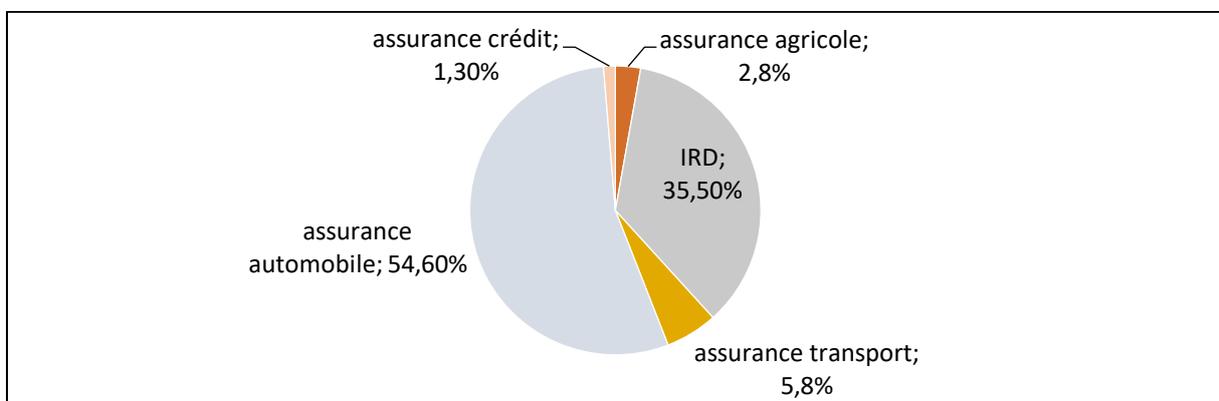
Figure 7: Répartition des primes d'assurance entre l'assurance dommages et les assurances de personnes durant la période 1995 et 2016 (en % du CA)



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du CNA

Le secteur algérien des assurances est dominé par les assurances dommages avec un taux dépassant 90% du chiffre d'affaires, et ce depuis la libéralisation du secteur en 1995. Malgré la promulgation de la loi 06-04 du 20 février 2006 insistant sur le développement des assurances de personnes, la part de ce type d'assurance reste très faible et son développement se heurte à l'insuffisance des produits d'épargne (marché financier quasi-inexistant), au contrôle des changes qui interdit aux compagnies d'assurance les placements à l'extérieur du pays. Ajouté à cela, les restrictions en matière de rendements des produits d'épargne, car l'Etat impose l'investissement des primes dans les bons de Trésor qui sont très peu rémunérés.

Figure 8: Structure des primes d'assurances dommages en Algérie en 2015



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du CNA

Lorsque nous examinons la structure du chiffre d'affaires du secteur des assurances et principalement celle des assurances dommages, nous remarquons la part prépondérante de la branche automobile qui représente 48% du marché national de l'assurance (54,60% de l'assurance dommages). La dépendance du secteur vis-à-vis de l'obligation automobile constitue sa principale limite du secteur. En effet, l'assurance obligatoire RC (responsabilité civile) de l'automobile est déficitaire, à la différence des assurances automobiles tous-risques ou qui couvrent des risques plus larges que la seule RC. Ceci en raison de la hausse des sinistres déclarés et du coût des indemnisations, le tout aggravé par les accidents de la route mortels et par le niveau de prime imposé par l'Etat. La prime moyenne RC actuelle est équivalente à moins de 1 500 DA par an, un peu plus de 10 €, contre 300 € dans les autres pays du Maghreb (Maroc et Tunisie).

En Algérie, la distribution des assurances est assurée par 1133 agences directes, 1090 agents généraux et seulement 38 courtiers (2015). En plus du réseau de bancassurance lancé à partir de 2006, de réseau de distribution bénéficie de différentes conventions signées entre les banques et notamment les filiales d'assurances de personnes des compagnies d'assurances publiques. Plusieurs accords de partenariats entre les acteurs du marché ont été signés après l'adoption de la convention type de distribution. Le premier partenariat a été conclu en avril 2008 entre la BADR et la SAA. Six autres accords ont été signés entre des compagnies d'assurances et des banques.

En 2014, les sociétés d'assurance ont réalisé, par le canal de la bancassurance, un chiffre d'affaires de 1,9 milliard DA qui représente 1,5 % du chiffre d'affaires global⁷ du marché. Même si le niveau d'activité demeure encore très modeste, ce mode de distribution a permis au secteur des assurances d'amorcer la diversification de ses canaux de distribution, notamment pour les sociétés d'assurance de personnes.

Conclusion

Malgré le potentiel important dont dispose l'Algérie en matière de population et de patrimoine assurable, le secteur assurantiel demeure très faible. Les différentes mutations qu'a subi ce secteur n'ont pas permis d'atteindre les objectifs assignés à chaque nouvelle réforme. Toutefois, des améliorations sont enregistrées en matière de proportion des assurances de personnes. Par secteurs, nous enregistrons une progression de la part des compagnies privées.

De par l'importance de l'assurance pour l'économie, des réformes en matière de réglementation sont indispensables. Au niveau des compagnies d'assurance, des efforts sont à

⁷ Ministère des finances, Rapport d'activités du secteur des assurances 2015.

fournir sous formes de campagnes de sensibilisation, d'information et de publicité. En plus d'autres réformes structurelles visant à propulser le secteur et contribuer ainsi à la relance économique.

Question : expliquez les causes du retard du secteur assurantiel algérien.

Le secteur assurantiel algérien se caractérise par la présence d'une vingtaine de compagnie publiques et privées. La prédominance des compagnies publiques est bien affichée en termes de chiffre d'affaires et de présence sur le territoire nationale. En termes d'agrégats, ce secteur contribue à 0,6% en moyenne au PIB national, alors que la densité d'assurance est de 30 \$USD par habitant. Ceci témoigne de la faiblesse de ce secteur et de son incapacité à contribuer à la création de la richesse.

Plusieurs facteurs socio-économiques sont avancés par les professionnels du domaine. Le premier facteur est le revenu par habitant considéré comme insuffisant pour contracter de l'assurance que les algériens considèrent comme une taxe ou un bien de luxe.

D'autres facteurs sont liés aux compagnies d'assurance. En effet, la mauvaise qualité de la prestation et la faible relation client fait fuir les clients. Surtout ceux qui ont déjà une expérience avec l'assurance automobile obligatoire qui enregistre des retards dans le règlement des sinistres ou les sinistres corporels qui doivent passer impérativement par la justice. Ajoute à cela, la faible formation et qualification du personnel. Et le manque de campagnes publicitaires de la part des assureurs afin d'attirer de nouvelles affaires.

En outre, de l'absence d'une politique de motivation pour les assureurs et l'absence d'une réglementation avantageuse pour les clients, telle que les exonérations fiscales ce qui fait que ces derniers ne sont pas attirés par les produits commercialisés par les compagnies d'assurance. Pour ce qui est des intermédiaires, ces derniers ne sont pas encouragés à commercialiser tous les produits d'assurance personnes, puisque le taux des commissions en ce type d'assurance est nettement inférieur à celui dans les assurances dommages. Ceci contribue à affaiblir le marché d'assurance et celui des assurances personnes en particulier.

En plus, la faiblesse (ou l'absence) du marché financier freinent l'activité de l'assurance en Algérie, en effet, des études ont prouvé l'influence positive du marché financier sur celui des assurances tels les études d'Outreville (1990, 2011) et de Ward et Zurbruegg (2002).

Enfin, la présence de l'Etat comme assureur en dernier ressort à chaque catastrophe. Nous pouvons ajouter d'autres facteurs propres à l'assurance de personnes, tels que la générosité du système national de la sécurité sociale, ainsi que le facteur religieux qui condamne toutes les activités liés au hasard et à l'incertitude.

Ces facteurs ne sont pas exhaustives, nous pouvons en citer d'autres mais, en l'absence d'études les confirmant celles-ci restent de simples hypothèses.

Conclusion générale

L'économie des assurances s'inscrit dans la logique de la gestion des risques. Le risque peut être défini comme un événement qui peut nuire à l'homme. Plusieurs remèdes peuvent être utilisés pour faire face aux risques, cependant, L'assurance reste le moyen le plus efficace qui permet de se couvrir des conséquences financières de ces risques qui ne peuvent être éliminés par les mesures de prévention ou de solidarité.

L'importance de l'activité de l'assurance est résulté de l'évolution de la société et de l'économie et du commerce. Ceci la placée dans un rouage essentiel mais moins visible dans les processus de développement des économies. Il est à noter que les économistes ont mis du temps à identifier le rôle de l'assurance dans la croissance économique, et ce pour deux raisons : la théorie économique a été lente à comprendre le rôle de l'assurance dans la prévention et la réduction du risque, ainsi que son rôle croissant dans d'intermédiation et d'orientation des flux financiers. En effet, l'épargne traitée par l'assurance se rapproche de celle de la banque. L'assurance joue notamment un rôle essentiel dans le recyclage de l'épargne des ménages.

Le fonctionnement de l'assurance est basé des techniques de statistique, de droit et de finance. Elle a son vocabulaire, ses réseaux et ses certitudes. Un secteur protégé par la réglementation, en permanence évolution grâce aux métiers et produits qui se diversifient.

Les pouvoirs publics veillent au bon fonctionnement des marchés d'assurance, C'est ainsi L'assurance est un domaine réglementé et contrôlé. En effet, le fait que les primes soient payées avant les prestations interdit tout particulièrement les faillites pour une compagnie d'assurance. D'où la présence de réserves réglementaires et de provisions et la marge de solvabilité pour couvrir les pertes exceptionnelles. Ajoute à cela, les organismes autonomes installés qui ont comme fonction principale le contrôle et la supervision des compagnies d'assurance.

En Algérie, malgré la faiblesse du marché assurantiel, le débat sur les causes du retard du secteur reste toujours d'actualité vu le potentiel dont le pays dispose.

Actuellement, les recherches concernant les assurances se focalisent sur la question de savoir si l'assurance crée ou non de la richesse, mais également sur le sens de causalité entre le développement économique et l'assurance. A ce niveau, des analyses et des recherches doivent être un ferment d'évolution.

Références bibliographiques

- **Bauwens V., Whim J.F., (2008)**, La titrisation du risque d'assurance, Larcier. Paris.
- **Bien F. et Lanzi T., (2015)**, Microéconomie, risque, finance, assurance, Pearson. Paris.
- **Blondeau J., Partrat C., (2003)**, La réassurance, approche technique, Economica. Paris.
- **Boissieu. J.L., (2005)**, Introduction à l'assurance, L'argus de l'assurance. France.
- **Couilbault F., Eliasheberg C., Latrassé M.,(1999)**, Les grands principes de l'assurance, L'argus. Paris.
- **Hassid A., (1984)**, Introduction à l'étude des assurances économiques, ENAL. Alger.
- **Loti-Viaud D P., et Boulogne P., (2014)**, Mathématique et assurance, premiers éléments, Ellipses. France.
- **Malaval. F., (1999)**, Développement durable, assurance et environnement, Economica. Paris.
- **Martin A., (2014)**, Techniques d'assurances, Dunod, 3^{ème} édition. France.
- **Outreville J-F., (1996)**, Life insurance markets in developing countries, the journal of risk and insurance, vol.635, n° 2, pp. 263-278.
- **Outreville J-F., (2011)**, The relationship between insurance growth and economic development: 80 empirical papers for a review of the literature. ICER, Fellow, Turin.
- **Partrat C., Besson J.L., (2005)**, Assurance non vie, modélisation, simulation, Economica. Paris.
- **Rousseau J, M., Blayac T., Oulmane. (2001)**, Introduction à la théorie de l'assurance, Dunod. France.
- **Sadi. N.H.,(2005)**, L'évolution du secteur des assurances en Algérie, depuis l'indépendance, Colloque International - Algérie : cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société.
- **Tafiani M, B., (1987)**, Les assurances en Algérie, étude pour une meilleure contribution à la stratégie de développement, OPU. Alger.
- **Ward. D et Ralf Zurbruegg.R. (2002)**, Law, Politics and Life Insurance Consumption in Asia, The Geneva Paper on Risk and Insurance. Issues and Practice 27(3):395–412. Retrieved (<http://www.jstor.org/stable/41952646>).
- **Yvonne L, F., (2001)**, Droit des assurances, édition Dalloz, 11^{ème} édition.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE 1 : APERÇU HISTORIQUE ET CADRE JURIDIQUE DE L'ASSURANCE	2
1- LES PREMIERES MANIFESTATIONS DE L'ASSURANCE.....	2
2- L'ASSURANCE MARITIME : LE PRET A LA GROSSE AVENTURE	3
3- LES ASSURANCES TERRESTRES	3
3-1- <i>L'assurance contre l'incendie.....</i>	<i>3</i>
3-2- <i>L'assurance sur la vie</i>	<i>4</i>
3-3- LA REVOLUTION INDUSTRIELLE OU L'ESSOR DE L'ASSURANCE.....	4
4- LE CADRE JURIDIQUE DE L'ACTIVITE D'ASSURANCE	6
4-1- <i>Le contrat d'assurance</i>	<i>6</i>
4- ROLE ECONOMIQUE ET SOCIAL DE L'ASSURANCE.....	8
CHAPITRE 2 : LES CONCEPTS DE BASE D'UNE OPERATION D'ASSURANCE..	11
1- LES ELEMENTS D'UNE OPERATION D'ASSURANCE.....	11
1-1- <i>Définition de l'assurance.....</i>	<i>11</i>
1-1-1- <i>Du point de vue technique</i>	<i>11</i>
1-1-2- <i>Du point de vue juridique</i>	<i>11</i>
1-1-3- <i>Du point de vue économique.....</i>	<i>12</i>
1-2- <i>Les éléments fondamentaux de l'assurance.....</i>	<i>12</i>
1-2-1- Le risque	12
1-2-2- La prime ou cotisation	14
1-3- <i>La prestation de l'assureur (l'indemnité).....</i>	<i>16</i>
1-4- <i>La compensation au sein de la mutualité</i>	<i>17</i>
1-5- <i>Les statistiques</i>	<i>17</i>
1-5-1- La loi des grands nombres	17
1-5-2- Les données statistiques.....	18
2- LES MECANISMES D'ASSURANCE	18
2-1- <i>Le critère de la sélection des risques</i>	<i>18</i>
2-2- <i>Le critère d'homogénéité des risques.....</i>	<i>18</i>
2-3- <i>Le critère de la dispersion des risques</i>	<i>19</i>
2-4- <i>Le critère de diversification des risques.....</i>	<i>19</i>

3-	LES TECHNIQUES DE DIVISION DES RISQUES	19
3-1-	<i>La coassurance</i>	20
3-1-1-	La notion de plein de souscription	20
3-1-2-	Pratique de la coassurance	20
3-2-	<i>La réassurance</i>	21
3-2-1-	Caractéristiques juridiques de la réassurance	21
3-2-2-	Traité de réassurance automatique	22
3-2-2-	Les réassurances facultatives	23
3-3-	<i>La rétrocession</i>	23
4-	LES CYCLES DE L'ASSURANCE.....	24
4-1-	<i>L'inversion du cycle de production</i>	24
4-2-	<i>Le cycle tarifaire</i>	25
CHAPITRE 3 : LA GESTION DU METIER D'ASSURANCE ET SES		
COMPLICATIONS.....		27
1-	LA CLASSIFICATION DES ASSURANCES.....	27
1-1-	<i>Classification juridique des assurances</i>	27
1-1-1-	Les assurances dommage.....	27
3-1-1-	Les assurances de personnes.....	29
1-2-	<i>La classification technique de l'assurance</i>	30
1-2-1-	Les assurances gérées par répartition	30
1-2-2-	Les assurances gérées par capitalisation.....	31
2-	LES MODES DE DISTRIBUTION DES PRODUITS D'ASSURANCE.....	31
2-1-	<i>Les compagnies d'assurance</i>	32
2-1-1-	Le contrôle de l'Etat sur les entreprise d'assurance	32
2-1-2-	Le fonctionnement technique et financier des entreprises d'assurance	32
2-1-2-1-	Les provisions techniques des compagnies d'assurance gérées en répartition	33
2-1-2-2-	Les provisions techniques des sociétés d'assurance gérées en capitalisation (les provisions mathématiques)	33
2-2-	<i>Les intermédiaires d'assurance</i>	34
2-2-1-	L'agent général d'assurance	34
2-2-2-	Le courtier d'assurance.....	35
3-	LES COMPLICATIONS EN ECONOMIE DES ASSURANCES	35

3-1- Effet de l'asymétrie de l'information sur l'industrie d'assurance	35
3-1-1- L'aléa moral ou le risque moral	36
4-1-2- La sélection adverse ou l'anti-sélection.....	36
3-2- Les mesures envisageables pour réduire l'asymétrie d'information	37
3-2-1- Les franchises.....	37
3-2-2- Le mécanisme de bonus-malus	37
3-2-3- La période probatoire	38
CHAPITRE 4 : LES MUTATIONS DU MARCHE DES ASSURANCES ALGERIEN .40	
1- LES MUTATIONS DU SYSTEME ALGERIEN DES ASSURANCES.....	40
1-1- La période coloniale.....	40
1-2- La période post-coloniale.....	41
1-2-1- La période 1962-1966 : Phase de récupération.....	41
1-2-2- La nationalisation (1966-1975).....	42
1-2-3- La spécialisation (1975-1985).....	42
La loi 80-07 du 09/08/1980	43
1-2-4- Autonomie de gestion : La loi 88-01 du 12/01/1988	43
1-2-5- L'ordonnance N° 95-07 du 25/01/1995.....	43
1-2-6- La loi 06-04 du 20/02/2006	44
2- LES INTERVENANTS SUR LE MARCHE ALGERIEN DES ASSURANCES	45
3- LE CADRE INSTITUTIONNEL DU MARCHE ALGERIEN DES ASSURANCES	46
3-1- Le ministère des finances.....	46
3-2- Les institutions autonomes.....	46
4- LA SITUATION ACTUELLE DU SECTEUR ASSURANTIEL.....	48
CONCLUSION GENERALE	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
TABLE DES MATIERES	57