



VÉRONIQUE LAMBLÉ
présidente d'Aprécialis

Anti-sélection

Anti-sélection, quel drôle de mot ! Quelle est la façon d'interpréter ce terme, qui rentre directement dans le jargon des assureurs et plus particulièrement des actuaires ?

Dans la pratique, on sait ce qu'est la sélection : elle découle en général d'un questionnaire rempli par le futur assuré, portant sur les caractéristiques propres de l'assurance qu'il souhaite souscrire. En assurance de personnes, il s'agit souvent d'un questionnaire de santé ; en assurance automobile, les questions vont porter sur le style de véhicule que l'assuré va conduire, les bonus-malus qu'il a engrangés dans le passé, son âge, etc. À partir de ces réponses, l'assureur opère des sélections, c'est-à-dire qu'il souscrit ou non le risque, et qu'il lui fixe un prix, avec éventuellement une majoration de son prix de base (surprime). Que peut donc être l'anti-sélection ? Le seul fait par l'assureur de ne pas pratiquer de sélection ? Et bien non. L'anti-sélection est la sélection opérée par l'assuré. Pour des raisons diverses, l'assuré se trouve dans une situation telle qu'il va avoir "intérêt" à souscrire une assurance. Cet intérêt signifie que son risque propre diffère du risque "normal", qu'il ne rentre pas dans le cadre d'une mutualisation classique, qu'il correspond à un risque non pas ordinaire mais extraordinaire, et que l'intérêt qu'il a à souscrire une assurance, fait qu'en réalité, il ne se retrouve plus dans une assurance avec un risque, mais avec une sorte de certitude. L'assuré a détecté qu'il représente, par rapport à sa configuration personnelle et par rapport au produit qu'il a l'intention de souscrire, une forme de certitude pour lui de récupérer le coût de son assurance, voire au-delà. Les anti-sélections sont fort nombreuses, et particulièrement importantes en assurances de personnes, plus rares en assurances non-vie.

EXEMPLES EN SANTÉ ET EN RENTE VIAGÈRE

Prenons comme premier exemple celui, simple, d'un contrat frais de santé qui est souscrit à titre individuel

avec une garantie maternité importante, et qui serait souscrit par une femme enceinte juste pour la période correspondant à l'accouchement. Si l'assurance santé en question ne prévoit pas de délai d'attente ou de carence et une obligation de continuité d'assurance (après l'accouchement), la prime d'assurance qui va être demandée correspond à un risque maternité traditionnel et non pas à une femme qui, du fait d'une grossesse en cours, est certaine d'utiliser le contrat.

Toujours en santé, on rencontre la même problématique pour un assuré qui a des travaux dentaires importants à faire, et qui va souscrire une assurance santé couvrant particulièrement bien ce type de frais. L'assuré va verser une cotisation ou une prime tout à fait inférieure au montant des frais dentaires qu'il a l'intention d'engager et qui seront remboursés par l'assurance souscrite. En fait, ce n'est plus une assurance, c'est une certitude de récupérer plusieurs fois la mise.

Autre cas, la souscription d'une rente viagère. On constate en général que, sauf dans les contrats collectifs obligatoires, la personne qui va souscrire une rente viagère est en très bonne santé et donc ne correspond pas à la table de mortalité traditionnellement utilisée sur le marché. Dans cette mortalité traditionnelle, sont incluses toutes les personnes qui vont décéder assez rapidement pour raisons de santé. L'assuré qui sait qu'il a un risque de décéder à court terme, pour quelque raison que ce soit (cancer, crise cardiaque, etc.), ne va pas souscrire la rente viagère. Ne vont souscrire ce type de contrats que les personnes qui ont une quasi-certitude, qui peut être erronée bien sûr, de survivre au-delà de ce que la table prévoit.

LA SUPPRESSION DE L'ALÉA DISQUALIFIE LE CONTRAT

L'assureur, qui calcule le coût de l'assurance en fonction d'une fréquence de risque (incidence) basée sur la population traditionnelle, se retrouve confronté à un assuré qui n'a plus une fréquence de ce niveau, mais une fréquence certaine. Donc l'aléa disparaît. L'assureur a de ce fait un problème : son tarif ne correspond plus du tout au cas de la personne qui va souscrire.

Les professionnels sont toujours très inquiets face aux anti-sélections. L'assurance est faite pour mutualiser un risque, et pour rembourser ou payer des sinistres et des prestations à des personnes pour lesquelles le risque est aléatoire, mais pas du tout pour des personnes pour lesquelles le risque est une certitude. L'aléa est le fondement même de l'assurance. Sa suppression disqualifie le contrat. Pour cela, les actuaires traquent les possibilités d'anti-sélection et affectent, dans certains cas, des cotisations supplémentaires à payer pour les éviter.

En rente viagère, on ajoute un coefficient à la table utilisée. En santé, on établit des garde-fous particuliers. Au final, garde-fous et coefficients d'anti-sélection sont souvent représentés sous la forme de cotisations supplémentaires. Ils peuvent aussi prendre la forme de délai d'attente : par exemple, la grossesse n'est prise en compte que dix mois après la date de souscription. •