

Énoncé

Énoncé sur les tests génétiques et l'assurance

Juin 2014

Document 214073

This document is available in English

© 2014 Institut canadien des actuaires

ÉNONCÉ SUR LES TESTS GÉNÉTIQUES ET L'ASSURANCE

Le présent énoncé se veut le point de vue de l'Institut canadien des actuaires (ICA) au sujet des tests génétiques et de l'assurance. Les opinions qui y sont exprimées ont été avalisées par la Direction des services aux membres de l'ICA; elles reposent sur les résultats de l'examen des questions relatives au rapport entre la génétique et l'assurance effectué par le Groupe de travail sur le dépistage génétique de l'ICA. Cet énoncé remplace l'énoncé publié en novembre 2000.

INTRODUCTION

L'un des rôles principaux de la profession actuarielle consiste à servir le public. Elle peut remplir ce rôle de différentes façons, notamment en éclairant les débats publics, en renseignant la population sur les questions actuarielles telles que le fonctionnement de l'assurance et en fournissant aux décideurs tous les renseignements pertinents dont ils ont besoin pour faire des choix avisés.

En ce qui concerne, par exemple, le rapport entre la génétique et l'assurance, la profession veut s'assurer que les politiques publiques sont élaborées par des personnes qui connaissent bien le dossier en mettant à leur disposition ses connaissances techniques, notamment l'analyse des résultats que certaines décisions stratégiques peuvent avoir pour la population, les personnes qui présentent une demande d'assurance-vie et le secteur de l'assurance. La profession vise à évaluer l'impact financier pour tous les groupes susceptibles d'être touchés et elle ne défend pas les intérêts d'un groupe en particulier.

L'avancée rapide des découvertes dans le domaine de la génétique alimente depuis de nombreuses années la spéculation et les débats au sujet des répercussions éventuelles de la génétique sur les consommateurs et les assureurs. Les consommateurs craignent que les sociétés d'assurance se servent des renseignements génétiques¹ pour refuser d'émettre une police d'assurance ou pour exiger des primes exorbitantes. De leur côté, les assureurs redoutent la possibilité d'une antisélection défavorable dans le cas où les consommateurs achèteraient de l'assurance sans divulguer leurs risques génétiques connus, car cette situation aurait des répercussions défavorables sur les coûts de l'assurance.

La génétique contribue à tous les aspects de la santé et de la maladie. Les différences génétiques sont associées à des conséquences éventuelles pour la santé, lesquelles peuvent être favorables ou défavorables. L'évolution rapide de la technologie a permis de perfectionner les tests génétiques, d'en améliorer l'accès ainsi que les applications cliniques.

Le présent énoncé traite des sujets suivants :

- La définition de test génétique;
- Les fondements de l'assurance;
- Le rôle des actuaires;
- Les tests génétiques et le risque d'assurance;
- L'antisélection et le risque d'assurance;
- Conclusions.

¹ Cela comprend les renseignements obtenus au moyen de tests génétiques et(ou) des antécédents familiaux. La communication des antécédents familiaux fait partie du processus de souscription depuis des décennies au Canada.

LA DÉFINITION DE TEST GÉNÉTIQUE

Par *test génétique*, on entend un type de test médical qui définit en tout ou en partie la composition chromosomique ou génétique d'une personne. Les résultats d'un test génétique peuvent confirmer ou écarter l'existence d'une condition génétique soupçonnée ou aider à déterminer le degré de probabilité qu'une personne développe ou transmette une maladie génétique.

Certaines caractéristiques physiologiques se transmettent d'une génération à l'autre au moyen de l'ADN présent dans toutes les cellules vivantes. Les gènes sont les composantes de l'ADN qui contrôlent la manière dont l'être humain se développe. Ainsi, les gènes peuvent également déterminer d'autres caractéristiques physiques pouvant causer une maladie ou y contribuer. Dans certains cas, les tests génétiques peuvent indiquer si une personne présente une plus grande probabilité que la moyenne de contracter une maladie. Il importe toutefois de souligner que les tests génétiques ne devraient pas, en général, être utilisés de manière isolée pour tirer des conclusions sur l'état de santé actuel ou futur d'une personne.

LES FONDEMENTS DE L'ASSURANCE

Il existe plusieurs types d'assurance dans le marché actuel. Aux fins du présent énoncé, *assurance* s'entend principalement de l'assurance-vie individuelle, quoique le concept puisse également s'appliquer, par extension, à d'autres types d'assurance comme l'assurance contre les maladies graves.

Les consommateurs versent des primes aux sociétés d'assurance pour se protéger contre les pertes financières causées par un événement assuré dont on ne peut être certain qu'il se produise. Cette perte financière incertaine est ce qu'on appelle couramment un *risque*. Individuellement, les risques sont imprévisibles; toutefois, lorsqu'on regroupe un nombre suffisamment important de risques comparables, il est possible de prédire la perte globale avec une certaine exactitude. Le risque que présente un requérant donné est calculé à l'aide de plusieurs facteurs (p. ex. l'âge, le tabagisme). En général, les requérants qui présentent des facteurs de risque similaires sont considérés comme ayant des risques comparables. En retour des primes versées, les sociétés d'assurance gèrent les risques acceptés et veillent à ce qu'il y ait suffisamment de fonds pour acquitter toutes les demandes de règlement futures. Au final, les primes versées par chaque titulaire de police servent à provisionner le paiement des demandes de règlement.

Le taux des primes d'assurance est déterminé en fonction du risque établi pour le groupe. Autrement dit, le montant des primes repose sur les demandes de règlement futures prévues – du point de vue de la fréquence et de la gravité – du groupe d'assurés dans son ensemble. On estime les demandes de règlement futures prévues au moyen de modèles actuariels pouvant être fondés, du moins en partie, sur l'expérience du groupe en matière de demandes de règlement ou sur les études sectorielles des risques comparables à ceux du groupe. Le taux de prime des groupes qui comprennent des titulaires de polices plus susceptibles de décéder hâtivement (c'est-à-dire, de présenter une demande de règlement pendant la durée de la police) sera plus élevé que celui des groupes comprenant des titulaires de polices plus susceptibles de décéder tardivement ou après l'échéance de la police. Pour les sociétés d'assurance et les titulaires de polices, le regroupement permet de garantir que toutes les personnes payent leur juste part, qu'aucun groupe n'en subventionne un autre et que les demandes de règlement soient partagées entre les membres du groupe. En l'absence de classement dans des groupes, les titulaires de polices à faible risque subventionneraient les titulaires de polices à risque élevé en devant payer des primes plus

élevées. Il s'ensuivrait une sous-assurance des titulaires de polices à faible risque et une sur-assurance de ceux à risque élevé.

Un précepte fondamental du contrat d'assurance est qu'il s'agit d'une entente de bonne foi entre toutes les parties en cause. Pour faire en sorte que les deux soient sur un pied d'égalité, l'assureur et le requérant doivent avoir en main les mêmes renseignements au sujet du risque de sorte que l'assureur puisse classer le requérant dans le groupe approprié. Il y a également une entente de bonne foi implicite entre les titulaires de polices d'un groupe selon laquelle chacun d'eux a un profil de risque comparable à celui des autres d'après les renseignements disponibles. Comme les consommateurs ont l'avantage de pouvoir choisir le type et la portée de la protection qu'ils souhaitent obtenir, ainsi que le moment de leur achat, il est essentiel et crucial qu'ils transmettent à l'assureur les renseignements ou les connaissances qu'ils possèdent sur leurs risques. Cela s'applique à tous les renseignements, qu'il s'agisse des renseignements financiers, des antécédents familiaux ou personnels, des résultats de tests génétiques et autres renseignements.

Par ailleurs, le titulaire de police ne devrait pas s'attendre à obtenir un gain en souscrivant une assurance, c'est-à-dire que l'assureur et le titulaire de police devraient avoir une vue commune de l'espérance de vie du titulaire de police au moment de l'émission de la police. Il serait incorrect qu'un titulaire de police anticipe un gain parce qu'il sait, grâce à des renseignements qu'il n'a pas communiqués à l'assureur, qu'un décès prématuré est plus probable que tous les autres risques du groupe. Il serait en effet injuste que les autres titulaires de polices aient à assumer ce coût supplémentaire.

On trouvera plus d'explications à ce sujet dans la section ci-dessous sur l'antisélection et le risque d'assurance.

LE RÔLE DES ACTUAIRES

Les actuaires jouent un rôle fondamental dans le fonctionnement des sociétés d'assurance. Ils mettent leurs compétences à contribution et appliquent les normes professionnelles pour évaluer et tarifer les produits d'assurance, et jouent ainsi un rôle déterminant dans les fonctions de gestion du risque de l'assureur. Le travail actuariel demande de bien connaître les risques inhérents au domaine d'activités, la sélection d'hypothèses appropriées et la mise au point de modèles qui permettent à l'assureur de gérer ses dossiers de façon prudente et efficace. Les actuaires ne participent pas nécessairement au processus de sélection du risque associé aux polices, mais ils tiennent compte dans leur travail des pratiques de l'assureur en matière de souscription.

Les actuaires devront collaborer avec les médecins praticiens dans le cadre du développement des tests génétiques compte tenu que l'utilité clinique des données génétiques pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies évolue rapidement. Ils devront veiller à ce que les tests soient fiables et pertinents et à ce que les résultats soient prédictifs. Les actuaires auront aussi pour rôle de s'assurer que les processus de souscription sont équitables et qu'il y a un juste équilibre entre le besoin d'équité et la nécessité de classer les risques.

LES TESTS GÉNÉTIQUES ET LE RISQUE D'ASSURANCE

Les primes exigées par l'assureur doivent correspondre aux caractéristiques du risque assuré. Ce principe garantit que les primes établies pour chaque groupe d'assurés sont fonction des caractéristiques du groupe et des conséquences financières prévues pour le groupe.

Un important pourcentage de titulaires de polices – plus de 90 % au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni – bénéficient d'une protection à tarif normal². Les renseignements recueillis durant le processus de souscription (comme les résultats de prélèvements sanguins et les antécédents familiaux) servent depuis toujours à classer les requérants comme risques normaux, risques aggravés et risques non assurables.

L'évaluation du risque de maladie et de décès n'est pas nécessairement modifiée par des renseignements génétiques supplémentaires. Même si ces renseignements pouvaient, dans une certaine mesure, aider les sociétés d'assurance à prendre la décision d'offrir ou de refuser une protection individuelle, la majorité des requérants seraient quand même acceptés à titre de risques normaux et paieraient des primes normales. Malgré tous les progrès réalisés dans le domaine de la médecine au cours des 50 dernières années, le pourcentage de personnes qui présentent une demande d'assurance-vie et qui sont acceptées à titre de risques normaux est demeuré relativement stable. Or, il devrait continuer d'en être ainsi même si l'on dispose des résultats de tests génétiques. Cela s'explique par le fait qu'il est possible d'obtenir, dans le cas des risques inhabituels, la plupart des renseignements que l'on obtiendrait à l'aide des tests génétiques actuels en posant les questions usuelles au sujet des antécédents médicaux et familiaux. De fait, cette information est déjà prise en compte dans le processus de souscription traditionnelle. Les résultats des tests génétiques constitueraient simplement des renseignements médicaux supplémentaires que l'assureur analyse dans le contexte médical propre à chaque requérant.

D'après les connaissances actuelles, il semblerait qu'il existe relativement peu de maladies pour lesquelles la présence ou l'absence d'un gène précis influencera directement la possibilité qu'une personne contracte l'une de ces maladies. Pour l'instant, le style de vie et les habitudes comme le tabagisme demeurent des indices beaucoup plus utiles et fiables que les résultats des tests génétiques d'une personne pour prévoir son état de santé et son espérance de vie.

Il convient de rappeler que les tests génétiques aideront non seulement à poser un diagnostic, mais également à faciliter le traitement grâce à la mise au point de thérapies géniques. Pour le moment, le traitement accuse du retard sur les tests. Cependant, les tests génétiques peuvent inciter certaines personnes à modifier leur style de vie ou la façon dont elles gèrent leur santé par suite de résultats de tests génétiques positifs, et permettre ainsi de prolonger leur espérance de vie ou de diminuer leur taux de morbidité.

De plus, les résultats des tests génétiques pourraient être utilisés pour faire contrepoids à l'information provenant d'autres sources. Si le résultat d'un test est favorable, l'assureur pourrait décider d'ignorer certains renseignements défavorables au titre des antécédents familiaux et approuver une demande d'assurance au tarif approprié.

En somme, les résultats des tests génétiques sont actuellement un complément au processus de souscription et ils n'invalident ni ne remplacent les renseignements traditionnels.

L'ANTISÉLECTION ET LE RISQUE D'ASSURANCE

L'*antisélection*, aussi connue sous le nom de *sélection défavorable* ou *sélection négative*, est un résultat non souhaité du marché et qui découle du fait que les acheteurs et les vendeurs ne disposent pas des mêmes renseignements.

² Dans ce contexte, « normal » signifie qu'aucune prime supplémentaire n'est établie pour des affections ou déficiences physiques pouvant entraîner une mortalité plus élevée.

Prenons, par exemple, l'accès aux renseignements sur le tabagisme d'une personne. Il s'agit d'un renseignement pertinent pour établir le risque, car les fumeurs ont une espérance de vie moyenne plus courte que celle des non-fumeurs. Les assureurs ont actuellement accès à l'information sur le tabagisme, mais imaginons un scénario où ils n'auraient pas accès à cette information et calculeraient simplement les taux de primes en fonction du pourcentage de fumeurs et de non-fumeurs dans la population en général. Par exemple, ils exigeraient un taux de prime combiné équivalant à un taux pour non-fumeur de 80 % plus un taux pour fumeur de 20 %, ce qui représente en gros le pourcentage de non-fumeurs et de fumeurs au Canada. Par rapport aux primes établies pour les groupes composés entièrement de fumeurs, ces primes combinées seraient nettement plus intéressantes pour les fumeurs et les inciteraient à acheter une police d'assurance en plus grand nombre et d'un montant plus élevé que si on leur demandait de payer des taux de primes pour fumeurs seulement. À l'inverse, les non-fumeurs achèteraient moins d'assurance, car ils paieraient des taux plus élevés que les taux pour non-fumeurs.

En poussant cette situation à l'extrême, supposons que les taux relativement plus élevés découragent tellement les non-fumeurs qu'aucun d'entre eux n'achète de l'assurance-vie. Dans ce cas extrême, les primes d'assurance grimperaient en flèche jusqu'à ce qu'elles atteignent les taux de primes pour fumeurs. Il s'agit clairement d'un résultat non souhaité, du fait que le besoin d'assurance-vie de la population de non-fumeurs n'est plus comblé. Heureusement, ce n'est pas le cas, car les sociétés d'assurance ont accès de nos jours à l'information sur le tabagisme du requérant ainsi que sur plusieurs autres facteurs de risque.

Si l'assuré et l'assureur ont tous deux accès aux renseignements pertinents pour établir le risque d'assurance, le risque d'antisélection sera alors minimisé. S'il est impossible de communiquer les renseignements pertinents au risque (p. ex., pour une question de réglementation), il y a alors deux méthodes fondamentales que les sociétés d'assurance peuvent utiliser pour réduire l'antisélection, à savoir (1) l'achat d'assurance obligatoire et (2) l'ajustement des primes. Ces deux méthodes fondamentales sont les assises du marché canadien de l'assurance-vie collective (l'assurance-vie offerte par les employeurs). Autrement dit, lorsqu'un employeur offre de l'assurance-vie à ses employés au Canada, elle est offerte en général sur une base obligatoire à tous les employés du groupe et les assureurs ont la possibilité d'augmenter les primes à intervalles convenus de part et d'autre, la plupart du temps annuellement.

Le marché canadien de l'assurance-vie individuelle a évolué de sorte que l'achat de cette protection est entièrement volontaire (non obligatoire) et les primes ne peuvent pas être ajustées en général (plus de 90 % des polices d'assurance vendues de nos jours sont assorties de primes garanties non ajustables pendant la durée de vie de la police). Par conséquent, leur évolution et leur conception font en sorte que les polices d'assurance vendues individuellement sont beaucoup plus susceptibles d'antisélection que les polices d'assurance-vie collective.

Il importe de souligner que les taux des primes d'assurance collective reposent sur les caractéristiques du groupe dans son ensemble (p. ex. taille, secteur, moyenne d'âge) plutôt que sur les caractéristiques individuelles des membres du groupe. Dans de nombreux cas, ces facteurs sont des renseignements publics, contrairement à l'assurance individuelle dont les taux de primes reposent sur les renseignements personnels. Seul le requérant connaît ces renseignements avec certitude.

Les renseignements concernant les résultats des tests génétiques ne sont pas requis pour la souscription d'une assurance collective à cause des raisons fondamentales susmentionnées : la

participation obligatoire, les taux ajustables et la nature des facteurs de tarification. Toutefois, dans le marché canadien actuel de l'assurance-vie individuelle caractérisé par l'achat volontaire et des primes garanties, le risque d'antisélection s'accroît si la personne qui présente une demande d'assurance dispose de résultats de tests génétiques mais non la société d'assurance.

Il est possible que certaines personnes ne soient pas en mesure d'exercer une antisélection pour la simple raison que leur revenu disponible n'est pas suffisant pour acheter de l'assurance. Il se peut également qu'elles n'aient pas besoin d'assurance-vie parce qu'elles n'ont ni proches ni connaissances à qui laisser des biens. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, l'antisélection est appelée à augmenter dans les provinces qui autorisent les marchés d'assurance secondaire. À l'heure actuelle, le Québec, la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick autorisent l'achat et la vente de polices d'assurance-vie individuelle sur le marché secondaire. Dans ces marchés, un programme d'achat de police d'assurance opportuniste pourrait être mis en place pour inciter les personnes qui ont reçu des résultats de tests génétiques positifs à acheter des polices d'assurance et à les vendre à ce programme en retour d'un montant en espèces.

Par ailleurs, l'antisélection pourrait avoir comme résultat que les assureurs constituent de plus petites réserves (connues sous le nom de « provisions techniques ») que le montant requis pour acquitter toutes les demandes de règlement futures. Une telle situation ne veut pas dire que les demandes de règlement ne seraient pas acquittées au complet, mais elle réduirait la solidité financière des assureurs, qui seraient ainsi plus vulnérables en périodes de récession.

Enfin, il convient de rappeler que puisque tous les requérants doivent communiquer la totalité de leurs circonstances pertinentes connues, exiger d'eux qu'ils communiquent les résultats de tests génétiques revient simplement à traiter cette information comme n'importe quel autre renseignement. Au Canada, le fait de ne pas communiquer des renseignements peut donner lieu à l'annulation d'un contrat d'assurance. L'ICA est d'accord avec cette position.

CONCLUSIONS

1. Les renseignements génétiques (y compris les antécédents familiaux) peuvent avoir ou non de la pertinence pour la souscription d'une assurance donnée. Les assureurs évaluent la valeur prédictive des tests génétiques (d'après les connaissances actuelles) pour clarifier le risque potentiel dans le contexte propre à chaque requérant. La valeur prédictive des tests génétiques pour les maladies courantes est limitée actuellement, mais elle évolue. L'ICA salue les progrès médicaux qui peuvent grandement contribuer à une évaluation fiable des risques; il estime, d'autre part, que les tests génétiques pourraient possiblement constituer un autre outil pour la souscription du risque d'assurance.
2. L'ICA n'appuie ni les tests génétiques obligatoires aux fins de l'assurance ni la divulgation des résultats des tests sans l'autorisation de la personne concernée. L'Institut est toutefois d'avis que si un requérant dispose des résultats de tests génétiques pertinents, il doit les communiquer à l'assureur afin de préserver l'intégrité et le bon fonctionnement du mécanisme d'assurance.
3. Les tests génétiques n'entraîneront probablement pas d'augmentation générale des primes pour les Canadiens. À mesure qu'augmentera la fiabilité des résultats de ces tests, l'évaluation et la classification des risques pourraient s'en trouver améliorées. En retour, les primes seraient plus équitables alors que certains titulaires de polices paieraient davantage et d'autres, moins. Les taux d'accident, de décès et de maladie dans la

population en général n'augmenteront pas simplement parce que les résultats des tests génétiques deviendraient davantage disponibles.

4. Les actuaires seront appelés à jouer un rôle important pour déterminer la pertinence d'utiliser des tests génétiques aux fins de l'assurance et dans quelles circonstances il conviendrait de les utiliser, et également pour concilier les questions de protection de la vie privée, d'équité et de classification des risques au fil de l'évolution de cette technologie.

AU SUJET DE L'INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRES

L'Institut canadien des actuaires (ICA) est l'organisme national et le porte-parole de la profession actuarielle au Canada et compte plus de 3 700 actuaires agréés à titre de Fellows de l'ICA. L'ICA respecte ses principes directeurs, notamment le premier, c'est-à-dire faire passer l'intérêt du public avant les besoins de la profession et de ses membres.

L'ICA sert l'intérêt public et ses membres en faisant ce qui suit :

- Mettre au point et tenir des conseils professionnels, des programmes d'éducation de qualité, la validation de l'admissibilité et des exigences de perfectionnement professionnel continu;
- Exécuter des travaux de recherche pertinents;
- Tenir à jour un code de déontologie et un processus disciplinaire des plus rigoureux;
- Apporter une contribution significative et opportune aux débats de politique publique.