

Seeing Beyond Risk

Canadian
Institute of
Actuaries



Institut
canadien
des actuaires

Voir au-delà du risque

Note éducative

Évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes

Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie

Juin 2010

Document 210034

*This document is available in English
© 2010 Institut canadien des actuaires*

Les membres doivent connaître les notes éducatives. Les notes éducatives décrivent mais ne recommandent pas une pratique à adopter dans certains cas. Elles ne constituent pas des normes de pratique et sont donc de caractère non exécutoire. Elles ont pour but d'illustrer l'application (qui n'est toutefois pas exclusive) des normes de pratique, de sorte qu'il ne devrait y avoir aucun conflit entre elles. Elles visent à aider les actuaires en ce qui concerne l'application des normes de pratique dans des circonstances spécifiques. Le mode d'application de normes dans un contexte particulier demeure la responsabilité des membres dans les domaines de l'assurance-vie.

Note de service

À : Tous les praticiens en assurance-vie

De : Tyrone G. Faulds, président
Direction de la pratique actuarielle
B. Dale Mathews, présidente
Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie

Date : Le 4 juin 2010

Objet : **Note éducative – Évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes**

La Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie (CRFCAV) a élaboré la présente note éducative pour aider les actuaires à appliquer les normes de pratique aux fins de l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes. Dans le cadre du processus d'élaboration de la présente note éducative, la CRFCAV a obtenu beaucoup de commentaires de spécialistes œuvrant dans le domaine de l'assurance collective de personnes.

Conformément à la Politique sur le processus officiel d'approbation de matériel d'orientation autre que les normes de pratique de l'Institut canadien des actuaires (ICA), la présente note éducative a été préparée par la CRFCAV et a reçu l'approbation de la Direction de la pratique actuarielle à des fins de diffusion le 26 novembre 2009.

Tel qu'il est énoncé à la sous-section 1220 des normes de pratique : « *L'actuaire devrait connaître les notes éducatives et autres documents de perfectionnement désignés* ». Plus loin, on y lit qu'une « pratique que les notes éducatives décrivent dans un cas particulier n'est pas nécessairement la seule pratique reconnue dans ce cas ni nécessairement la pratique actuarielle reconnue dans une autre situation », et que les « notes éducatives ont pour but d'illustrer l'application des normes (qui n'est toutefois pas exclusive), de sorte qu'il ne devrait y avoir aucun conflit entre elles ».

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de la présente note éducative, veuillez communiquer avec B. Dale Mathews, à l'adresse indiquée dans le répertoire électronique sur le site Web de l'ICA, Dale_Mathews@manulife.com.

TGF, BDM

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	5
2. PORTÉE	5
3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES	5
4. DESCRIPTION DES GARANTIES	6
4.1 Invalidité de longue durée (ILD)	6
4.2 Invalidité de courte durée (ICD)	7
4.3 Soins médicaux et soins de longue durée (SLD)	7
4.4 Assurance-soins dentaires	7
4.5 Assurance-vie temporaire	8
4.6 Transformation à partir d'un régime d'assurance collective	8
4.7 Exonération de primes ou assurance-décès complémentaire	8
4.8 Décès et mutilation accidentels	8
4.9 Assurance-vie facultative	8
4.10 Assurance maladies graves	9
4.11 Assurance-vie libérée	9
4.12 Rente de survie	9
4.13 Prestations d'assurance-maladie au survivant	9
4.14 Invalidité totale et permanente	9
4.15 Assurance-crédit	10
4.16 Régimes d'association (Groupe association)	10
4.17 Régimes d'avantages sociaux flexibles	10
5. DISPOSITIONS FINANCIÈRES	11
5.1 Mise en commun	11
5.2 Tarification prospective	11
5.3 Tarification rétrospective	12
5.4 Entente de prime rétrospective	13
5.5 Services administratifs seulement (SAS)	14
5.6 Entente de provisionnement mixte	14
5.7 Convention de non-responsabilité (« Hold Harmless Agreements »)	14
6. MÉTHODE CANADIENNE AXÉE SUR LE BILAN	15
6.1 Répercussions du chapitre 3855 du <i>Manuel de l'ICCA</i>	17
7. DURÉE DU PASSIF	18
7.1 Passif des polices actives	18
7.2 Passif des sinistres	20
8. MÉTHODES ET HYPOTHÈSES AUX FINS DE L'ÉLABORATION DES FLUX MONÉTAIRES	20

8.1	Passif des sinistres rapportés.....	21
8.1.1	Invalidité de longue durée (ILD).....	21
8.1.2	Invalidité de courte durée (ICD).....	26
8.1.3	Exonération de primes ou garantie complémentaire en cas de décès.....	27
8.1.4	Rentes de survie.....	28
8.1.5	Autres prestations.....	29
8.2	Passif des sinistres à régler.....	29
8.3	Sinistres encourus mais non rapportés (ENR).....	29
8.3.1	Facteurs relatifs à l'élaboration des sinistres ENR.....	30
8.3.2	Approches pour établir les sinistres ENR.....	31
8.4	Passif des sinistres futurs.....	32
8.4.1	Considérations liées aux flux monétaires du passif.....	33
8.4.2	Recours à des approximations.....	35
8.4.3	Assurance-vie libérée.....	36
8.4.4	Assurance-crédit.....	36
8.5	Passif des ristournes d'expérience.....	37
8.5.1	Passif accumulé des ristournes d'expérience.....	39
8.5.2	Passif pour les ristournes d'expérience futures.....	39
8.5.3	Recours à des approximations pour déterminer le passif des ristournes futures.....	44
8.5.4	Recouvrement du déficit.....	45
8.5.5	Réserves pour fluctuations des sinistres.....	46
8.6	Polices avec clause de non-responsabilité.....	46
8.7	Passif lié aux sommes en dépôt.....	47
8.8	Considérations relatives aux frais.....	47
8.9	Considérations relatives aux actifs.....	48
9.	SERVICES ADMINISTRATIFS SEULEMENT (SAS).....	48
10.	RÉASSURANCE EN EXCÉDENT DE PERTES.....	49
11.	FRAIS D'ACQUISITION REPORTÉS (FAR).....	49
12.	CONSIDÉRATIONS FISCALES.....	50
13.	RÉASSURANCE.....	51
14.	CONSIDÉRATIONS INTERNATIONALES.....	52
	ANNEXE A – GLOSSAIRE.....	53
	ANNEXE B – PROBLÈMES LIÉS AUX DONNÉES.....	56
	ANNEXE C.....	59
	PASSIFS À L'ÉGARD DES RISTOURNES D'EXPÉRIENCE FUTURES.....	59
	ANNEXE D.....	62
	EXEMPLE DE TEST DE SUFFISANCE À L'ÉGARD DU PASSIF DES SINISTRES D'ASSURANCE ILD.....	62

1. INTRODUCTION

La présente note éducative porte sur l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes dans le cadre des états financiers des assureurs-vie préparés conformément aux principes comptables généralement reconnus (PCGR) au Canada. Elle vise à guider les actuaires chargés d'évaluer le passif des polices d'assurance collective de personnes et à fournir des renseignements complémentaires concernant les normes de pratique.

Cette note se fonde également sur les travaux antérieurs de la Commission des rapports financiers des compagnies d'assurance-vie (CRFCAV), ainsi que sur les commentaires formulés par des actuaires spécialisés dans cette discipline particulière. Veuillez consulter le glossaire figurant à l'Annexe A pour la définition de certains termes utilisés dans la présente note.

2. PORTÉE

La présente note éducative vise l'assurance collective d'employés, l'assurance collective d'associations et l'assurance-crédit collective. Elle s'applique aux polices d'assurance collective de personnes avec et sans participation. Du point de vue de l'évaluation (à l'exception des « dividendes de propriété », qui ne sont pas pris en compte dans cette note), il n'existe pas de distinction importante entre les polices d'assurance collective avec et sans participation et, dans chaque cas, ce sont les clauses de la police qui déterminent les facteurs pertinents pour l'évaluation du passif des polices.

Les principes énoncés aux fins de l'évaluation des assurances directes s'appliquent à l'évaluation de la réassurance assumée en assurances collectives de personnes.

3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE COLLECTIVE DE PERSONNES

L'assurance collective de personnes repose sur une convention en vertu de laquelle les membres d'un groupe, et parfois leurs personnes à charge, sont assurés au terme d'une police ou d'un contrat cadre. Chaque participant reçoit habituellement un certificat d'assurance. L'expression « assurance collective » englobe :

régime patronal – groupes d'employés parrainés par leur employeur;

régimes d'association – groupes d'employés ou groupes professionnels parrainés par leur syndicat ou groupe professionnel;

assurance-crédit collective – groupes de créanciers parrainés par le créancier d'un groupe de débiteurs, où l'adhésion au groupe qualifie l'assuré.

La majeure partie de l'assurance collective de personnes est offerte dans le cadre du programme d'avantages sociaux au profit des employés et de leurs personnes à charge, et son coût est assumé, au moins en partie, par l'employeur. Les régimes d'association s'adressent généralement à une association de personnes ou à des groupes aux fins de protection collective. Des protections sont offertes à un groupe de personnes qui partagent un lien commun, comme une profession ou un regroupement de petites entités formant une grande unité. Dans le premier cas, les primes sont habituellement payées par les participants et dans le second, on procède généralement par combinaison de cotisations salariales et patronales. L'assurance-crédit collective protège un groupe de

participants qui ont contracté des emprunts (y compris des emprunts hypothécaires). Le coût peut prendre la forme de primes uniques ou périodiques habituellement versées par le créancier, et il peut être financé par une partie du remboursement de l'emprunt effectué par les participants.

L'assurance collective de personnes est généralement souscrite au niveau du groupe et elle repose davantage sur des taux de participation élevés que sur des preuves individuelles d'assurabilité, sauf dans des cas particuliers, comme l'assurance facultative, une association ou des groupes d'assurance-crédit, de nouveaux assurés plus âgés ou des montants supérieurs au plafond de souscription, où une souscription de type individuel est habituellement appliquée. Les taux de prime sont généralement garantis pour un an, quoique des garanties plus longues soient parfois offertes. Les primes sont habituellement versées mensuellement, sauf pour l'assurance libérée, l'assurance-crédit libérée et les régimes à prime unique. Dans le cas des groupes d'employés, un taux de prime moyen applicable au groupe pendant l'année suivante est souvent appliqué, l'assureur assumant le risque que le profil démographique évolue pendant l'année.

Souvent, bon nombre des clauses d'un contrat d'assurance collective de personnes ne sont pas standard, mais découlent plutôt d'un processus de négociation entre le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur. Par conséquent, aux fins de l'évaluation de l'assurance collective de personnes, il est particulièrement important que l'actuaire connaisse bien les clauses de chaque contrat pour tenir dûment compte de tous les risques dans l'évaluation du passif des polices.

4. DESCRIPTION DES GARANTIES

La liste qui suit n'est pas exhaustive; elle renferme des exemples des types de garanties habituellement offertes. La description de ces garanties a pour but d'établir un cadre de discussion dans la présente note éducative et non d'en limiter l'interprétation possible. Le contrat constitue la meilleure source de référence concernant la description des garanties.

4.1 Invalidité de longue durée (ILD)

L'assurance ILD protège les participants d'un régime d'assurance collective de personnes en cas de perte de revenus découlant d'une maladie ou d'un accident dont les séquelles durent longtemps. De façon générale, les prestations sont payables mensuellement après une période donnée, appelée délai de carence, lorsque le participant est affligé d'une invalidité telle que définie au contrat. L'invalidité et le délai de carence sont définis dans le contrat entre l'assureur et le titulaire de la police d'assurance collective. Dans la plupart des cas, on définit l'invalidité comme l'incapacité complète d'une personne d'exercer les fonctions essentielles de son poste (c.-à-d. poste régulier) durant les deux premières années, puis d'occuper par la suite tout emploi pour lequel elle est raisonnablement qualifiée. Les prestations sont habituellement versées jusqu'au 65^e anniversaire du prestataire, pourvu que l'invalidité de celui-ci persiste, conformément à la définition établie dans le contrat.

Les prestations d'ILD couvrent habituellement un certain pourcentage de la rémunération de l'assuré invalide. Elles peuvent cependant englober certains autres éléments, comme les frais d'opérations de bureau. S'ils sont assurés, ces éléments

supplémentaires ne sont inclus dans le contrat que pendant une courte période, par exemple un ou deux ans. Des réductions de rente peuvent s'appliquer aux prestations d'ILD, lorsque le montant des prestations est réduit pour tenir compte de revenus provenant d'autres sources, telles que les prestations versées par l'État, incluant le Régime de pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ), les prestations au titre des accidents du travail et les prestations versées en vertu de la Social Security Disability Insurance (SSDI) aux États-Unis.

Certains régimes d'assurance ILD renferment des clauses d'ajustement au coût de la vie qui permettent de majorer périodiquement les prestations pour aider les ayants droit à assumer l'augmentation du coût de la vie.

Les régimes d'assurance ILD prévoient souvent des prestations partielles pendant les périodes d'invalidité partielle ou de réadaptation. Le montant de l'indemnité partielle est établi en soustrayant le montant du revenu d'emploi de l'indemnité totale. Dans certains cas, le montant de la réduction est inférieur au revenu d'emploi total, pour inciter le participant à travailler dans toute la mesure de ses capacités.

4.2 Invalidité de courte durée (ICD)

L'assurance ICD offre une protection d'invalidité pour une courte période suivant immédiatement le début de la période d'invalidité ou après un court délai de carence. L'invalidité de courte durée est aussi désignée indemnité hebdomadaire (IH). Les prestations sont habituellement versées pendant quatre à six mois, même si la période peut être prolongée jusqu'à 12 mois ou plus, et coïncide souvent avec le délai de carence aux fins de la protection de l'assurance ILD applicable.

4.3 Soins médicaux et soins de longue durée (SLD)

Cette protection est aussi connue comme « prestations complémentaires d'assurance-maladie ». La protection englobe les frais raisonnables engagés en contrepartie de fournitures, de médicaments et de services médicaux nécessaires pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie, conformément au contrat. Cette protection fait généralement l'objet de restrictions intégrées au contrat (p. ex. franchises, coassurance, indemnité maximale, etc.) et elle est coordonnée avec l'assurance offerte par les régimes d'assurance-maladie provinciaux. Dans la plupart des contrats, la protection offerte complète le régime provincial d'assurance-maladie. Ainsi, les modifications apportées aux régimes provinciaux d'assurance-maladie influenceront sur les risques couverts.

La protection peut également englober des prestations pour les traitements médicaux d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province (au Canada) ou à l'étranger. Pour ce type d'assurance-voyages, les traitements planifiés ne sont habituellement pas garantis.

4.4 Assurance-soins dentaires

La protection s'applique aux frais raisonnables, souvent limités à un barème de frais pour des services dentaires nécessaires décrits dans le contrat. Cette protection fait généralement l'objet de restrictions intégrées au contrat (franchises, coassurance, indemnité maximale, etc.).

4.5 Assurance-vie temporaire

L'assurance-vie temporaire prévoit le versement de prestations si l'assuré décède durant la période visée par le contrat. Lorsque la protection prend fin, le participant peut transformer la garantie, en tout ou en partie en police d'assurance-vie individuelle, c'est-à-dire procéder à une « transformation à partir d'un régime d'assurance collective » (voir ci-dessous).

4.6 Transformation à partir d'un régime d'assurance collective

Ce privilège permet la transformation de la garantie en police individuelle, sans preuve d'assurabilité, lorsqu'un participant cesse d'adhérer à un régime d'assurance collective en raison de la terminaison du contrat d'assurance collective, sans protection de remplacement, ou de la cessation de la participation de l'assuré. Conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), les prestations de transformation à partir d'un régime d'assurance collective doivent être offertes pour l'assurance-vie temporaire et peuvent également s'appliquer à d'autres protections collectives.

4.7 Exonération de primes ou assurance-décès complémentaire

L'exonération de primes permet à un participant affligé d'invalidité, conformément à la définition du terme « invalidité », de bénéficier, après le délai de carence, d'une assurance-vie collective sans verser de primes. En général, l'exonération de primes prend fin à un âge donné (65 ans), mais elle peut se poursuivre sous forme d'indemnité viagère. La définition du terme « invalidité » utilisée ici est habituellement la même que dans le cas de l'assurance ILD ou elle peut être plus rigoureuse. En outre, le délai de carence aux fins de l'exonération est généralement au moins aussi long que celui applicable à l'assurance ILD. Dans les contrats d'assurance collective de personnes, l'exonération de primes est habituellement maintenue pour offrir une protection d'assurance-vie complémentaire aux personnes invalides, que la police d'assurance collective demeure ou non en vigueur.

4.8 Décès et mutilation accidentels

L'assurance décès accidentel prévoit le versement de prestations en cas de décès, conformément à la définition d'accident dans le contrat. Des prestations sont également versées en cas de mutilation (perte de membres, etc.), selon la définition prévue au contrat.

4.9 Assurance-vie facultative

Des montants supplémentaires d'assurance-vie sont parfois offerts sur une base facultative, habituellement de concert avec un niveau minimal d'assurance-vie collective temporaire obligatoire. Les primes sont généralement échelonnées (c.-à-d. qu'elles varient selon l'âge) et les taux peuvent concurrencer de près ceux de l'assurance temporaire individuelle. Les caractéristiques du risque et le passif peuvent davantage s'apparenter à ceux de l'assurance individuelle qu'à ceux de l'assurance collective. Des règles de sélection (souscription) peuvent s'appliquer et elles peuvent être resserrées en fonction de l'augmentation du montant d'assurance.

4.10 Assurance maladies graves

L'assurance maladies graves est une protection relativement nouvelle au Canada; elle garantit le versement d'une prestation, habituellement sous forme d'un paiement forfaitaire, si la personne assurée souffre d'une maladie grave, par exemple, un cancer ou une crise cardiaque. La définition de maladie grave varie et peut comprendre 20 maladies différentes ou plus, comme le cancer, la crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral et la transplantation d'organes. Pour être admissible à une prestation, la personne assurée doit, selon les modalités habituellement précisées dans le contrat, survivre à une maladie grave pendant une période fixe, en règle générale 30 jours.

4.11 Assurance-vie libérée

L'assurance-vie libérée prévoit une prime unique pour l'assurance-vie permanente d'un participant. Il s'agit d'une méthode parfois utilisée pour financer l'assurance-vie de personnes retraitées. Le capital assuré au titre de l'assurance-vie libérée est généralement fixe, mais il peut arriver qu'une disposition prévoie la réduction de ce capital.

4.12 Rente de survie

La rente de survie est aussi désignée prestations du revenu au survivant. Au décès d'un participant assuré, une rente peut être versée au(x) bénéficiaire(s). La période pendant laquelle la rente est payable varie en fonction des dispositions du contrat et peut, par exemple, être payable jusqu'à la date à laquelle le participant décédé aurait eu 65 ans, l'âge auquel le bénéficiaire atteint 65 ans ou jusqu'au décès du bénéficiaire. Les prestations de décès en montant forfaitaire peuvent aussi, selon ce que choisit le bénéficiaire, être versées sous forme d'une rente et, dans ce cas, l'évaluation serait conforme à l'évaluation des rentes et peut être déclarée dans la ligne d'affaires des rentes dans les états financiers de l'assureur.

4.13 Prestations d'assurance-maladie au survivant

Lors du décès d'un assuré, les personnes à charge couvertes par l'assurance continuent d'avoir droit à des prestations d'assurance-maladie au survivant pendant une période donnée (habituellement de six à 24 mois).

4.14 Invalidité totale et permanente

À l'exemple de l'exonération de primes, des prestations d'invalidité totale et permanente sont également versées dans le cadre de certains contrats d'assurance-vie collective. Ces contrats prévoient le versement de prestations à un participant affligé d'une invalidité totale et permanente, selon la définition énoncée dans le contrat, dont la valeur repose habituellement sur la valeur nominale d'assurance-vie sur la tête du participant. La prestation peut faire l'objet d'un paiement forfaitaire ou de versements et elle est parfois reportée à une date ultérieure selon l'âge de l'ayant droit. L'invalidité totale et permanente, qui est habituellement réputée faire partie de l'assurance-vie temporaire collective, n'est plus offerte depuis quelques années, quoique certaines polices d'assurance collective de ce type soient encore en vigueur. La définition de l'invalidité est habituellement plus rigoureuse que celle des prestations d'invalidité.

Les prestations de décès accélérées, c'est-à-dire qu'une partie de la prestation de décès est versée à l'avance si l'ayant droit est en phase terminale, sont devenues des particularités standard des contrats d'assurance collective.

4.15 Assurance-crédit

En général, l'assurance-crédit sur la vie prévoit le remboursement du solde d'un emprunt, d'un prêt hypothécaire ou d'une carte de crédit au décès du souscripteur d'une police d'assurance-vie collective (débiteur). L'assurance-crédit en cas de maladie grave est un produit relativement nouveau qui permet aussi d'acquitter le solde d'un prêt, d'un prêt hypothécaire ou d'une carte de crédit, si la personne assurée reçoit un diagnostic de maladie grave selon des conditions précises. L'assurance-crédit en cas d'invalidité garantit la continuité des versements périodiques visant à rembourser un emprunt pendant la période où le débiteur se conforme à la définition de l'invalidité. L'assurance-crédit peut prendre la forme d'une assurance à prime unique ou à primes nivelées; les primes sont habituellement garanties jusqu'à l'échéance de l'emprunt. Aux termes des régimes d'assurance-crédit, les demandeurs sont habituellement tenus de remplir un bref questionnaire d'assurabilité.

L'assurance-crédit contre la perte d'emploi couvre le remboursement ordinaire d'un emprunt pendant une courte période si le débiteur perd son emploi. Les assureurs-vie doivent demander une modification de leur permis pour autoriser la souscription de cette garantie.

4.16 Régimes d'association (Groupe association)

Les régimes d'association offrent de l'assurance collective aux membres d'une association de personnes constituée autour d'objectifs et d'intérêts communs. Le contrat est généralement souscrit avec l'association, qui peut représenter un groupe de professionnels ou de spécialistes, comme des médecins, des comptables ou des musiciens. En général, le participant peut décider dans une certaine mesure du montant de la prestation et des options d'assurance (assurance-vie, assurance ILD, assurance-maladie, assurance-soins dentaires, etc.). Une protection invalidité de courte durée prévoyant le remboursement des frais d'opération de bureau, pendant une période restreinte où l'assuré est invalide, est parfois offerte.

Les groupes d'association présentent généralement un niveau de risque plus élevé que les groupes d'employés en raison de l'antisélection; les caractéristiques du risque et le passif peuvent davantage s'apparenter à ceux de l'assurance individuelle qu'à ceux de l'assurance collective. Des règles de sélection (souscription) applicables à l'assurance individuelle peuvent être utilisées et peuvent être resserrées en fonction du montant d'assurance. Les caractéristiques particulières du groupe d'association et des garanties constituent un facteur à prendre en compte dans les hypothèses utilisées pour projeter les flux monétaires du passif.

4.17 Régimes d'avantages sociaux flexibles

Un régime d'avantages sociaux flexibles offre diverses protections à divers niveaux et le participant détermine lui-même le niveau des prestations qu'il désire toucher. Les avantages sociaux flexibles se traduisent en général par un accroissement du risque, car c'est le participant qui choisit le degré de protection. Pour réduire le risque lié à ce type

de régime, des mesures de contrôle sont utilisées, comme le partage des coûts, les limites sur la variation des niveaux de prestations et des preuves d'assurabilité lorsque les niveaux de prestations augmentent.

5. DISPOSITIONS FINANCIÈRES

La plupart des polices d'assurance collective de personnes offertes par l'employeur sont renouvelables annuellement, sans garantie de renouvellement, et prévoient généralement une période de grâce de 30 jours pour le paiement des primes. Le niveau des primes est habituellement garanti pour l'année, à l'exception de l'assurance-maladie, où la garantie est souvent assortie de conditions. Dans ce cas, le montant des primes peut être modifié dans certaines circonstances, tel un changement important au niveau des dépenses assurées en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial. Les garanties de primes dépassent parfois un an, plus particulièrement dans le cas des nouvelles polices. Le mode de calcul des primes de renouvellement ou certaines formes de participation aux bénéfices) à l'égard d'une police collective peut être conforme à la pratique de renouvellement de l'assureur ou il peut être précisé dans un accord financier.

Les dispositions financières les plus courantes sont décrites ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive et n'a pas pour but de limiter les interprétations possibles, mais plutôt d'établir un cadre de discussion aux fins de la présente note éducative. La meilleure source de description des dispositions financières réside dans le contrat et dans les accords financiers complémentaires signés avec le titulaire de la police.

5.1 Mise en commun

En vertu d'un accord de mise en commun, le titulaire de la police d'assurance collective acquitte une prime convenue (parfois appelée « taux du manuel de tarification »), calculée d'après l'expérience d'un ensemble de polices d'assurance collective. La prime peut différer selon certains facteurs, comme le secteur d'activité, l'endroit (région où le niveau d'emploi est élevé ou faible), le sexe, l'âge et la nature du travail des participants. L'expérience mise en commun peut englober l'expérience de tous les groupes de l'assureur ou seulement quelques-uns, et peut également tenir compte des résultats d'expérience de l'industrie.

5.2 Tarification prospective

En vertu d'accords de tarification prospective, les taux de primes du titulaire de la police d'assurance collective correspondent à la moyenne pondérée des taux du manuel de tarification de l'assureur et des taux basés sur l'expérience du groupe pour lequel l'assurance est établie. Le taux de pondération attribué à l'expérience réelle d'un groupe repose sur la crédibilité des résultats d'expérience applicables à ce groupe. Les taux de primes sont calculés uniquement à l'égard de périodes futures et le titulaire de police n'a droit à aucun remboursement sur les gains d'expérience antérieurs.

Dans le processus de tarification, les résultats d'expérience des sinistres en assurance collective sont parfois rajustés pour atténuer la volatilité des taux et accroître la conservation. Par exemple, les sinistres de nature catastrophique ou à montants élevés qui ne sont pas susceptibles de se reproduire peuvent être réduits ou éliminés (à la discrétion du souscripteur ou sous forme d'une disposition officielle de mise en

commun des sinistres élevés – disposition courante pour les sinistres élevés au titre des frais médicaux à l’extérieur du pays – où une prime est retirée de la prime utilisée pour déterminer l’expérience et où les sinistres élevés couverts sont aussi retirés). Les accords de mise en commun et de tarification prospective partagent un élément commun : une fois la prime calculée pour la période visée par le contrat, le titulaire de police doit l’acquitter ou renoncer à la protection. À la fin de cette période, soit la prime de la période suivante est recalculée en fonction de la meilleure estimation de l’assureur quant aux résultats d’expérience futurs, qui tient compte des résultats d’expérience les plus récents, soit l’assureur peut décider de ne pas renouveler la protection. Un accord de mise en commun peut simplement être considéré comme un cas spécial de tarification prospective où la crédibilité des résultats applicables au groupe s’établit à zéro.

5.3 Tarification rétrospective

En vertu d’un accord de tarification rétrospective, les primes portant sur une période d’assurance sont fondées, au moins en partie, sur les résultats d’expérience en assurance collective, à l’instar des accords de tarification prospective. La principale différence entre ces deux types d’accord réside dans le fait qu’en vertu de la tarification rétrospective, le surplus ou le déficit d’expérience de la période précédente est déterminé. Le titulaire de police peut avoir droit à un remboursement si les résultats d’expérience sont meilleurs que ceux présumés lors du calcul de la prime pour cette période (c’est-à-dire en cas d’excédent). Si les résultats d’expérience sont moins bons que ceux prévus, il en découlera un déficit. L’accord financier conclu avec le titulaire de police décrit habituellement les dispositions en matière de tarification rétrospective et le traitement des déficits (par exemple, les déficits sont généralement reportés à des périodes futures).

La tarification rétrospective est généralement offerte seulement aux groupes plus importants dont les résultats d’expérience antérieurs sont habituellement un bon indice de l’expérience future. La tarification rétrospective est plus courante pour les prestations de soins médicaux et dentaires, même si elle peut être appliquée à toutes les prestations, y compris vie, ICD et ILD. En tarification rétrospective, le déficit ou l’excédent en assurance collective est déterminé pour chaque période d’assurance, selon les règles convenues. En cas de déficit, les taux de primes de renouvellement sont habituellement établis pour récupérer les montants dus au cours d’une certaine période. Par ailleurs, un excédent est habituellement remboursé au titulaire de police à titre de ristourne d’expérience.

Pour favoriser la stabilité des taux de primes futurs, il arrive souvent que les assureurs retiennent une partie ou la totalité de l’excédent jusqu’à concurrence du plafond indiqué dans l’accord financier, que l’on désigne « réserve pour fluctuation de sinistres » (RFS) dont il est question à la section 8.5.5. La mise en commun croisée des résultats d’expérience, où les gains attribuables à une garantie sont utilisés pour recouvrer les pertes attribuables à une autre garantie, constitue une pratique courante. Le titulaire de police peut négocier la mise en commun de certains sinistres de nature catastrophique pour réduire le risque de sinistre défavorable et la possibilité d’engendrer un important déficit difficile à rembourser. Parmi les types de mise en commun de sinistres de nature catastrophique qui peuvent être pris en compte dans la tarification rétrospective,

mentionnons l'excédent de pertes global et individuel ou la mise en commun de montants élevés, de même que la mise en commun des sinistres d'assurance-maladie à l'extérieur de la province ou à l'étranger. L'expression « excédent de pertes » est utilisée pour décrire un accord de partage des risques à l'intérieur duquel les sinistres supérieurs à un montant établi, que ce soit pour l'ensemble des participants ou pour un seul, sont mis en commun. Outre la mise en commun des sinistres de nature catastrophique, la mise en commun partielle des sinistres d'ILD est souvent négociée d'après la période (auquel cas les prestations pour invalidité versées au-delà de la période initiale, qui correspond normalement aux deux ou cinq premières années de l'invalidité, sont mises en commun) ou selon un pourcentage (parfois désigné « quote-part »). Lorsqu'il y a mise en commun, l'assureur impose au titulaire de police un frais de mise en commun des garanties et il exclut les sinistres considérés dans la mise en commun du calcul de la tarification rétrospective.

Dans le processus de tarification, il arrive que l'on rajuste de façon discrétionnaire les résultats d'expérience se rapportant aux sinistres en assurance collective pour atténuer la volatilité des taux et accroître la conservation. Par exemple, les sinistres de nature catastrophique ou de montants élevés qui ne sont pas susceptibles de se reproduire peuvent être réduits ou éliminés du processus de tarification même en l'absence de la mise en commun dans l'accord financier conclu avec le titulaire de police. Dans ce cas, ces sinistres seraient tout de même considérés dans le calcul de l'excédent (déficit) aux fins de la tarification rétrospective du titulaire de police.

La base d'évaluation utilisée pour le passif des polices aux fins du calcul du déficit (excédent) en assurance collective est normalement précisée dans l'accord financier et est désignée « base d'évaluation applicable au calcul des résultats d'expérience pour les fins de la tarification rétrospective » dans la présente note éducative. La base d'évaluation pour le titulaire du contrat collectif (qui peut tenir compte des caractéristiques propres et particulières au groupe) diffère souvent de la base statutaire utilisée pour l'évaluation du passif des polices dans les états financiers de l'assureur (qui représente habituellement une moyenne des résultats techniques de tous les groupes). Les règles régissant la tarification rétrospective sont négociées entre le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur et, parfois, la base d'évaluation pour le titulaire du contrat collectif est prise en compte dans la négociation pour des groupes de grande envergure. La base est précisée dans l'accord financier ou dans le contrat.

Dans le cas de polices d'assurance collective à tarification rétrospective, l'établissement des hypothèses d'évaluation pertinentes fondées sur les PCGR serait habituellement indépendant de la base d'évaluation pour le titulaire du contrat collectif utilisée aux fins de la tarification prospective et des ristournes d'expérience. Cependant, la base d'évaluation du titulaire peut influencer sur le passif statutaire pertinent à conserver, plus particulièrement le passif des ristournes d'expérience futures et le passif des sinistres futurs. Elle pourrait également influencer sur la possibilité de recouvrer des frais d'acquisition reportés ou un actif de recouvrement de déficit.

5.4 Entente de prime rétrospective

Dans une entente de prime rétrospective, le titulaire de la police d'assurance collective et l'assureur conviennent du paiement d'une prime « x », qui est inférieure au montant

que l'assureur demanderait habituellement pour les protections offertes. Si « x » ne satisfait pas aux exigences définies à l'égard des sinistres plus les frais et les profits, « y », le titulaire accepte alors de rembourser à l'assureur une somme correspondant au solde de « y » moins « x », une fois une période comptable achevée. Ce type d'entente est utilisé lorsque le titulaire de police estime que le montant des sinistres sera inférieur à celui prévu par l'assureur, mais qu'il est disposé à verser le montant requis si le calcul de l'assureur est correct.

Les ententes de prime rétrospectives ne sont offertes que dans des situations exceptionnelles et se limitent habituellement aux polices à tarification rétrospective et aux titulaires de polices solvables.

5.5 Services administratifs seulement (SAS)

Dans des accords de SAS, le titulaire d'une police d'assurance collective assume la totalité des prestations et des frais, et l'assureur ne fait fonction que d'administrateur ou d'agent d'indemnisation. Les contrats de SAS sont le plus souvent utilisés pour les régimes collectifs d'assurance-maladie et d'assurance-soins dentaires. En général, ils ne sont pas offerts dans le cadre d'une assurance-vie collective en raison de leurs conséquences fiscales défavorables pour le bénéficiaire ni dans le cadre des régimes d'assurance ILD.

5.6 Entente de provisionnement mixte

L'expression « provisionnement mixte » est utilisée pour décrire les ententes de provisionnement qui combinent assurance et SAS. Par exemple, dans le cadre d'une police à prime minimale, le titulaire acquitte le coût de tous les sinistres jusqu'à concurrence d'un plafond donné, l'excédent étant couvert par l'assurance (sous réserve de la tarification rétrospective).

Parfois, une forme de partage du risque touchant les régimes de SAS s'applique au-delà de certains plafonds de sinistre, tant au niveau individuel que collectif. Ce type d'assurance peut être désigné « excédent de perte », mise en commun des sinistres de nature catastrophique ou mise en commun de montants élevés. L'assureur impose une prime pour les risques assumés à l'égard de cette protection. Lorsque l'excédent de pertes ou une autre forme de mise en commun est offert avec un régime de SAS, l'excédent des sinistres pourrait être entièrement mis en commun ou pourrait comporter une tarification rétrospective selon l'accord financier conclu avec le titulaire de police.

5.7 Convention de non-responsabilité (« Hold Harmless Agreements »)

En vertu d'une convention de non-responsabilité, le titulaire de police accepte d'acquitter, à la cessation du contrat, certaines dettes non réglées, comme les sinistres encourus mais non rapportés (ENR). En outre, la convention de non-responsabilité exigerait habituellement le paiement des déficits accumulés à la cessation. Puisque la « non-responsabilité » peut être invoquée pour désigner le fait que le titulaire accepte de payer seulement pendant des périodes limitées ou seulement une part limitée du passif d'un groupe en particulier, il est très important que l'actuaire comprenne tous les détails de la convention de non-responsabilité de chaque contrat.

La base d'évaluation du titulaire à l'égard du passif est définie dans le contrat. Habituellement, les assureurs n'offrent ce type d'accord que pour des éléments de

passif à court terme, car le passif à long terme comporte d'importants risques supplémentaires et nécessite un plus haut niveau de capital réglementaire. Les conventions de non-responsabilité sont surtout offertes pour l'assurance-maladie et l'assurance-soins dentaires, et elles dépendent de la solvabilité du titulaire de police.

Dans le cas d'une convention de non-responsabilité relativement au passif, l'assureur détient le passif, mais il établit un élément d'actif compensatoire tenant lieu de promesse de la part du titulaire d'assumer la responsabilité des éléments de passif particuliers définis dans ladite convention. L'assureur établirait aussi un actif correspondant au montant des déficits recouvrables.

6. MÉTHODE CANADIENNE AXÉE SUR LE BILAN

La Méthode canadienne axée sur le bilan (MCAB), telle que décrite à la sous-section 2320 des normes de pratique, est la méthode qu'il convient d'appliquer pour évaluer le passif des polices d'assurance collective de personnes. Le paragraphe 2320.02 stipule que « *Le montant du passif des polices calculé d'après cette méthode à l'égard d'un scénario particulier équivaut au montant de l'actif à la date du bilan dont la valeur projetée est réduite à zéro à la date du dernier flux monétaire du passif en vertu de ce scénario.* » Depuis le 1^{er} janvier 2007, la valeur comptable de l'actif est déterminée conformément au chapitre 3855 du *Manuel de l'ICCA*, en vertu duquel l'assureur désigne chaque actif dans l'une des nombreuses catégories et détermine la valeur comptable de l'actif en fonction de ces désignations.

L'évaluation des polices d'assurance collective de personnes présente de nombreux défis pour l'actuaire et ce, pour plusieurs raisons :

L'assurance collective englobe l'assurance collective offerte par l'employeur, l'assurance association, l'assurance-crédit et ce que certaines sociétés désignent comme l'assurance « risques spéciaux », qui représente habituellement une forme d'assurance collective portant plus particulièrement sur les blessures et le décès par accident. Les caractéristiques des contrats, la sélection des risques, les résultats d'expérience, les mécanismes de déclaration, la rémunération et d'autres frais, les provisions pour prestation et la réassurance diffèrent habituellement d'un produit d'assurance à l'autre.

Il existe une vaste gamme de garanties et de dispositions financières.

Dans le cas de groupes dépassant une certaine taille, les contrats sont habituellement le fruit de négociations et ils sont donc personnalisés afin de satisfaire aux besoins particuliers des clients. Cette personnalisation complique davantage l'évaluation. L'évaluation du passif de ces polices exige une bonne connaissance des modalités particulières du contrat. Il peut exister un contrat principal et un ou des accords complémentaires, généralement pour la tarification rétrospective. Parfois, la documentation qui accompagne ces accords est de piètre qualité et la terminologie varie considérablement.

Le recours à des tiers administrateurs (TA) est courant et les méthodes de tenue de livres et d'administration ne satisfont pas toujours aux besoins de l'actuaire.

Les polices d'assurance collective de grande envergure sont habituellement assujetties à la tarification rétrospective, ce qui accroît la complexité des travaux

d'évaluation. L'évaluation de l'actuaire étant de nature prospective, le passif des ristournes d'expérience futures considère les règles ou la base de tarification rétrospective et peut ne pas simplement correspondre à l'excédent du groupe à la date d'évaluation, plus particulièrement lorsque les bases de l'évaluation statutaire et celle du titulaire du contrat collectif diffèrent.

Les types de protection, les dispositions des contrats et les pratiques de tarification varient considérablement. Les données d'expérience fiables et cohérentes sont souvent rares.

Tandis que les contrats collectifs sont, en règle générale, à court terme, la durée du passif de certaines de ces protections (« des polices collectives qui se comportent comme des polices individuelles ») serait déterminée dossier par dossier et en fonction de l'âge ou de l'espérance de vie de chacun des participants, de façon semblable à l'assurance individuelle (se reporter à la section 7). Les pratiques d'administration des polices collectives s'appliquent même aux polices d'assurance collective qui, à des fins d'évaluation, se comportent comme des polices individuelles. Ainsi, les données sur les polices et les systèmes d'évaluation ne sont peut-être pas facilement disponibles aux fins de l'évaluation de l'actuaire. De plus, même si la base d'évaluation dossier par dossier du passif des sinistres futurs est bien acceptée pour certaines protections (p. ex., assurance-vie libérée et assurance-crédit), elle n'est pas une pratique courante pour les autres, notamment les polices d'assurance collective souscrites par des associations. Si la tarification rétrospective s'applique dans ces situations, les règles de tarification rétrospective pourraient ne pas considérer de passif pour sinistre futur de cette nature. Cela risque de compliquer l'évaluation par l'actuaire du passif des ristournes d'expérience futures.

En ce qui concerne les données, il y a souvent plusieurs questions à considérer, lesquelles ont une incidence sur l'évaluation de contrats collectifs d'assurance de personnes. L'Annexe B aborde les questions les plus courantes.

Le critère d'importance est un facteur pouvant atténuer une part de cette complexité. Les normes générales s'appliquant au critère d'importance sont énoncées à la sous-section 1340 des normes de pratique. L'actuaire peut considérer le critère d'importance de manière différente selon la situation de chaque société. La condition la plus rigoureuse consiste à établir des lignes directrices sur le critère d'importance pour chaque groupe ou cas répondant à certains critères (par exemple, de grande taille). Une condition moins rigoureuse consiste à définir le critère d'importance pour l'ensemble de la ligne d'affaires. La condition la moins rigoureuse consiste à définir seulement l'importance relative globale de la société ou de la succursale. Les écarts négligeables ont tendance à s'additionner. Certains actuaires, comme les comptables, remplissent une « fiche » pour veiller à ce que les écarts négligeables ne s'additionnent pas pour créer une répercussion importante par rapport à la norme d'importance relative globale de la société.

La présente note éducative décrit une démarche théorique en matière d'évaluation. Les approximations peuvent convenir dans de nombreuses situations en raison de l'importance relative du passif ou de la complexité des calculs. Quelques-unes de ces situations sont identifiées dans la présente note.

6.1 Répercussions du chapitre 3855 du *Manuel de l'ICCA*

La note éducative intitulée « Répercussions sur la MCAB du chapitre 3855 du Conseil des normes comptables (CNC), Instruments financiers – Comptabilisation et évaluation » (<http://www.actuaires.ca/members/publications/2006/206077f.pdf>) porte sur les répercussions du chapitre 3855 du CNC. Voici certaines considérations précises à cet égard.

En raison du lien établi dans le cadre de la MCAB entre la valeur du passif des polices et la valeur comptable des actifs qui l'appuient, on s'attendrait à ce que la majeure partie de la fluctuation d'une période à l'autre de la valeur comptable des actifs en vertu du chapitre 3855 soit équilibrée par une fluctuation correspondante de la valeur du passif, pourvu que les flux monétaires des actifs et des passifs soient bien appariés et que la désignation « Détenu à des fins de transaction » soit utilisée.

L'assureur peut se retrouver dans la situation où le passif des polices est réputé être de très courte durée, mais où la direction a choisi d'acheter des actifs à plus long terme. Par exemple, les sinistres ENR (se reporter à la section 8.3) pour les protections médicales, qui se redressent habituellement en quelques mois tout en demeurant à un niveau uniforme pendant de longues périodes, peuvent être adossés par des actifs avec une échéance de plusieurs années. Dans l'évaluation en vertu de la MCAB, la valeur du passif des polices ne réagirait pas totalement aux fluctuations de la valeur des actifs sous-jacents. D'autres considérations concernant la durée du passif figurent à la section 7.

Un autre point porte sur la présentation au bilan de certains passifs devant être déclarés sur une ligne distincte, par exemple, les passifs d'impôt futur. Dans ces situations, l'actuaire déterminerait le passif adéquat en vertu de la MCAB en s'appuyant sur les considérations énoncées ci-haut. Ce passif serait présenté en indiquant la provision distincte obligatoire au bilan avec le solde du passif établi en vertu de la MCAB figurant à la ligne au bilan pour les provisions aux fins des prestations futures.

Pour des polices tarifées selon l'expérience, en raison de l'obligation de déclarer les passifs statutaires à la valeur marchande, il peut s'avérer encore plus compliqué de déterminer le passif pertinent aux fins des ristournes futures d'expérience. Ainsi que décrit plus en détail à la section 8.5.3, le passif aux fins des ristournes futures d'expérience se calcule, en théorie, en projetant les flux monétaires des ristournes futures d'expérience à la fin du passif pour tous les sinistres, y compris ceux survenus pendant la durée du passif. En pratique, certains actuaires ont recours pour ce calcul à des approximations fondées sur le lien entre le passif du titulaire du contrat collectif et le passif statutaire. Le lien entre le passif statutaire et la valeur marchande des actifs appuyant le passif génère un rapport plus volatil qu'avant l'adoption du chapitre 3855 du CNC entre le passif statutaire et le passif du titulaire du contrat collectif. Il pourrait par exemple s'avérer utile de continuer à calculer approximativement le passif des ristournes d'expérience en fonction du passif statutaire déterminé à l'aide de la base du coût amorti (y compris l'incidence des gains réalisés reportés) des actifs investis et ensuite de rajuster en fonction de l'écart entre la juste valeur et la valeur du coût amorti, pour garantir que les fluctuations dont profitera le titulaire n'influeront pas sur l'état des résultats de l'assureur. L'actuaire étudierait toujours la pertinence des approximations utilisées à la lumière de ces considérations. Il est très important, dans ces situations, que

l'actuaire tienne compte de la partie qui profitera en bout de ligne des fluctuations favorables (ou qui assumera les pertes découlant des fluctuations défavorables) – le titulaire ou l'assureur – et qu'il s'assure que les conséquences sur les revenus de l'assureur ne découlent que des fluctuations dont la société est responsable.

Dans des situations de mise en commun ou de réassurance, quand l'assureur a accepté le passif d'un autre assureur ou d'un réassureur ou quand des ententes de coassurance ont été pris en charge, il peut s'avérer nécessaire de coordonner le calcul des flux monétaires du passif entre les diverses parties en cause. Il se peut que le passif découlant de ces flux monétaires varie d'une partie à l'autre selon les considérations propres aux actifs de chaque assureur ou des points de vue différents au sujet des hypothèses à l'égard du passif (p. ex., taux de cessation). Lorsqu'il s'agit de la coassurance modifiée, il y aurait peut-être lieu de faire appel au principal réassureur pour obtenir de l'information sur les passifs puisque c'est lui qui détient aussi les actifs, à la condition que l'actuaire n'ait aucune raison de ne pas être d'accord avec la pertinence des hypothèses utilisées par le principal réassureur à l'égard des passifs.

7. DURÉE DU PASSIF

Le paragraphe 2320.03 des normes de pratique se lit comme suit :

« La durée du passif devrait tenir compte des renouvellements ou des ajustements équivalant à un renouvellement, après la date du bilan, si

le pouvoir discrétionnaire de l'assureur à l'occasion de ce renouvellement ou de cet ajustement est limité en vertu d'un contrat; et

le passif des polices a augmenté à la suite de la prise en compte du renouvellement ou de l'ajustement. »

Des conseils supplémentaires au sujet de la durée du passif figurent aux paragraphes 2320.16 à 2320.27.

Au moment d'appliquer la MCAB, l'actuaire envisagerait la possibilité de faire la différence entre la durée du passif du contrat collectif sous-jacent (« durée du passif des polices actives ») et la durée du passif des sinistres en cours associés au groupe (« durée du passif des sinistres en cours »). Les flux monétaires découlant des polices actives et des prestataires courants seraient projetés séparément jusqu'à la fin de la durée respective de leur passif.

7.1 Passif des polices actives

Le passif des polices actives est un passif aux fins des sinistres futurs non survenus à la date d'évaluation. Pour les polices d'assurance collective de personnes parrainées par l'employeur, la durée du passif des polices actives se prolonge habituellement jusqu'à la prochaine date à laquelle les taux de prime peuvent être rajustés, désignée prochaine « date de rajustement des taux ». Il s'agit habituellement de la prochaine date de renouvellement de la police, sauf dans le cas des taux garantis à plus long terme où la prochaine date de rajustement des taux correspond à la fin de la période de garantie des taux (ce concept sera habituellement plus important pour les prestations d'assurance ILD pour lesquelles l'incidence des longues garanties des taux de prime peut être très importante). En règle générale, un renouvellement est tarifé à l'avance. Quand

l'assureur, avant la date d'évaluation, a pris un engagement à l'égard des taux en vue d'un renouvellement futur, la durée du passif des sinistres futurs se prolonge jusqu'à la fin de la période de renouvellement suivante. Par exemple, lors d'un renouvellement le 1^{er} mars pour lequel l'assureur a pris un engagement à l'égard des taux pour la prochaine année de la police avant la fin de l'année, la durée du passif est de 14 mois pour l'année aux fins de l'évaluation de fin d'exercice. En outre, un assureur peut avoir approuvé, pour de nouvelles polices collectives, des taux qui entrent en vigueur après la date d'évaluation; ces polices collectives seraient également prises en compte puisque l'assureur s'est engagé jusqu'à la fin de la période de garantie ou jusqu'à la date de renouvellement suivante. En pratique, il est rare que ces polices d'assurance collective soient intégrées aux systèmes administratifs de l'assureur avant la date d'entrée en vigueur et ainsi, l'actuaire ne dispose habituellement pas de données fiables pour calculer ces passifs et il n'inclut que des estimations pour ces polices d'assurance collective si elles sont importantes pour la ligne d'affaires d'assurance collective de l'assureur.

Nous rappelons à l'actuaire que le paragraphe 2320.20 des normes de pratique stipule ce qui suit :

« Si la durée du passif n'est pas évidente et si la sélection d'une durée plus longue avait pour effet de réduire le passif des polices, l'actuaire ferait preuve de prudence dans son choix. Par ailleurs, si la sélection d'une durée plus longue avait pour conséquence d'accroître le passif, l'actuaire choisirait habituellement cette durée plus longue. »

En règle générale, les contrats collectifs préciseront la date du prochain renouvellement de la police et indiquera si les taux sont garantis au-delà de la date de renouvellement. Or, il peut arriver que l'assureur n'exerce pas son droit de modifier le contrat à la prochaine occasion qui se présente (p. ex., pour des raisons de marketing). Dans ce cas, l'assureur pourrait s'exposer à des pertes qui se poursuivent au-delà de la date de renouvellement et l'actuaire envisagerait la possibilité de prolonger la durée du passif pour prévoir cette éventualité. Par exemple, l'actuaire pourrait évaluer le délai raisonnable requis pour rajuster les primes au niveau nécessaire.

Une durée plus longue du passif des polices actives pourrait s'avérer appropriée pour certaines protections d'assurance collective de personnes. Les contrats d'assurance collective de personnes facultatifs peuvent se rapprocher davantage des polices individuelles que d'un contrat collectif traditionnel; ainsi, il peut y avoir lieu de procéder à une évaluation dossier par dossier quand les taux de prime sont garantis au-delà de la date du renouvellement suivant ou pour des garanties libérées. Il pourrait s'agir d'assurance-crédit, d'assurance groupes associations et d'assurance facultative offerte aux employés d'un groupe d'employés. Le paragraphe 2320.21 des normes de pratique stipule que l'actuaire traiterait un certificat d'assurance collective comme une police individuelle si la police d'assurance collective constitue effectivement un ensemble de polices individuelles.

Certaines dispositions figurant couramment dans les contrats pourraient diminuer ou éliminer le besoin d'envisager une approche dossier par dossier. Pensons notamment aux primes échelonnées, à la subvention de coût par le titulaire du contrat collectif et à

la tarification rétrospective. Les primes échelonnées qui augmentent selon l'âge atteint en accord avec les coûts des sinistres auront souvent pour effet de générer un passif minimal déterminé dossier par dossier, même après avoir pris en compte la déchéance antisélective par les membres sur base individuelle aux moments où les primes augmentent. Les subventions des primes par les employeurs ou d'autres parties peut tempérer le choix individuel et réduire les conséquences sur l'assureur de l'antisélection individuelle. Ce peut aussi être le cas si les accords financiers avec le groupe font appel à la tarification rétrospective. Dans ces situations, une approche globale plus simple à l'égard de l'évaluation est habituellement justifiable. Cependant, peu importe les modalités financières, les conséquences financières à long terme de la structure des primes et de la comptabilisation des titulaires de contrats collectifs doivent être prises en compte dans l'évaluation. Par exemple, si la prime est relativement nivelée selon l'âge atteint tandis que les coûts des sinistres augmentent avec l'âge et que la tarification rétrospective ne tient pas compte du passif dossier par dossier, les coûts pourraient augmenter sensiblement avec le temps et une approche globale et simple à l'égard de l'évaluation ne conviendrait habituellement pas.

Si l'évaluation se fait dossier par dossier, il se peut que la collecte des données sur les employés, en particulier auprès de groupes de grande taille d'employeurs auto-administrés, présente des défis pratiques considérables. Il se peut que l'actuaire ait à élaborer certaines approximations pour en tenir compte.

7.2 Passif des sinistres

Peu importe si le contrat d'assurance collective sous-jacent est renouvelé, l'assureur est responsable des sinistres survenus avant la date de renouvellement, par exemple, les sinistres encourus d'assurance ILD ou d'exonération de primes. Le passif de ces sinistres comprend à la fois les sinistres rapportés et les sinistres ENR. La durée du passif des sinistres dans ces cas se prolongerait jusqu'à la fin de la période de paiement des sinistres ou des prestations. De la même manière, la durée du passif ENR correspondrait à la période pendant laquelle les sinistres sont censés se terminer. Par exemple, la durée d'un sinistre ENR pour une prestation de soins dentaires ou de soins de santé se rapprocherait de zéro, reflétant la courte période requise pour régler ces sinistres. Cependant, un sinistre ENR d'ILD aurait une durée beaucoup plus longue, compte tenu de la période prévue avant la cessation des prestations.

8. MÉTHODES ET HYPOTHÈSES AUX FINS DE L'ÉLABORATION DES FLUX MONÉTAIRES

La section 2300 des normes de pratique donne des conseils généraux au sujet de la sélection des hypothèses relatives aux flux monétaires, y compris les marges pour écarts défavorables (MED). D'autres conseils figurent dans la note éducative intitulée « Marges pour écarts défavorables »

(<http://www.actuaires.ca/members/publications/2006/206132f.pdf>).

Les flux monétaires des polices d'assurance collective de personnes peuvent comporter beaucoup d'incertitude inhérente en raison de la volatilité des résultats d'expérience des sinistres, des difficultés de projeter les meilleures estimations futures relativement aux variations des régimes, du manque d'études d'expérience adéquates, des différences entre la base d'évaluation du titulaire du contrat collectif et la base d'évaluation

statutaire et des diverses pratiques en matière d'intérêts crédités. En outre, les primes sont souvent volatiles en raison de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les sous-sections qui suivent traitent des considérations pour choisir les hypothèses liées aux flux monétaires du passif à l'égard des produits d'assurance collective de personnes, de même que quelques considérations particulières se rapportant à certaines protections et dispositions financières. En raison de l'important éventail de prestations et de dispositions financières offertes par différents assureurs et négociées avec divers titulaires de contrat collectif, il n'est pas possible de décrire la sélection des hypothèses de flux monétaires du passif pour toutes les situations. Cependant, les principes énoncés dans la présente note éducative devraient être applicables à toutes les garanties d'assurance collective de personnes et dispositions financières.

Si une garantie ou une disposition financière n'est pas abordée spécifiquement dans la présente note ou dans les normes de pratique, l'actuaire examinerait les principes énoncés dans la présente pour des situations semblables et adopterait une approche cohérente. La discussion sur les flux monétaires du passif figurant ci-après se présente selon les catégories de passif couramment utilisées. Même si les assureurs peuvent classer les passifs dans des catégories différentes, il incombe à l'actuaire de s'assurer que l'évaluation tient compte adéquatement de tous les risques, sans omettre ou compter en double les flux monétaires futurs du passif.

8.1 Passif des sinistres rapportés

Les flux monétaires du passif rattachés aux sinistres déclarés englobent tous les versements futurs de prestations et les frais relatifs aux sinistres qui sont déclarés avant la date d'évaluation, mais ne comprennent pas les flux monétaires portant sur des montants à régler (voir la section 8.2). À l'égard des sinistres qui sont encore en délai de carence, la pratique courante consiste à intégrer le passif des sinistres aux sinistres ENR plutôt que d'établir des provisions pour assurés invalides (PAI). Il faut que l'actuaire coordonne l'établissement des PAI avec l'approche utilisée pour élaborer les sinistres ENR (se reporter à la section 8.3).

Les sections suivantes abordent la question de la sélection des hypothèses relatives aux flux monétaires du passif. Compte tenu de la complexité et de l'interdépendance des diverses hypothèses, l'actuaire peut juger utile de valider la nature raisonnable globale du passif qui en découle en procédant à un test de suffisance à des dates ultérieures. Un exemple de ce genre de processus se trouve à l'Annexe D.

8.1.1 Invalidité de longue durée (ILD)

Dans la plupart des cas, les prestations d'ILD se rapportant à des sinistres déclarés continuent d'être versées par l'assureur après la terminaison de l'assurance collective. Par conséquent, les flux monétaires se rapportant aux sinistres ILD sont habituellement projetés jusqu'à la fin de la période de prestation. Les frais d'administration des sinistres seraient généralement projetés d'une manière conforme au versement des prestations prévues.

Taux de cessation

Les paragraphes 2350.14 à 2350.18 des normes de pratique portent sur les considérations relatives à l'établissement des hypothèses de meilleure estimation et des MED à l'égard des taux de cessation de l'ILD.

Pour l'établissement des hypothèses relatives aux taux de cessation, il importe de tenir compte de certains facteurs qui influent sur la mesure dans laquelle les résultats d'expérience de l'assureur ou de l'industrie constituent un guide pour les résultats d'expérience futurs tels:

- l'invalidité partielle;
- les garanties d'ajustement au coût de la vie;
- les clauses inhabituelles dans les contrats (p. ex. une période plus longue où l'indemnisation est conditionnelle à l'incapacité de l'assuré d'accomplir sa propre occupation);
- les récentes modifications apportées à la définition courante de l'invalidité ou de la période d'indemnisation liée à la propre occupation;
- les pratiques d'administration des sinistres.

La table GLTD de base de 1987 est souvent utilisée comme point de départ pour établir les hypothèses de cessation aux fins d'évaluation pour l'assurance ILD. Puisqu'elle se fonde sur les résultats d'expérience enregistrés aux États-Unis entre 1962 et 1980, cette table devra être modifiée pour être utilisée aux fins de l'évaluation des prestations canadiennes d'assurance ILD. La plupart des assureurs modifient la table GLTD de 1987 d'après leurs propres résultats d'expérience. L'ICA a publié, en mai 1998, une étude sur les résultats d'expérience de l'ILD collective canadienne portant sur la période comprise entre 1988 et 1994; cette étude renferme des renseignements utiles aux fins de l'établissement des hypothèses de cessation de l'assurance ILD.

À des fins de ristournes d'expérience (c.-à-d., passif des titulaires de contrats collectifs), de nombreuses polices d'assurance collective sont évaluées d'après une version modifiée de la table CDT64 qui est plus ancienne. Aux fins de l'évaluation, la table CDT64 est périmée et ne convient pas à moins que des modifications très importantes ne lui soient apportées.

Dans le cas de polices d'assurance souscrites individuellement, incluant la plupart des régimes d'association et d'assurance-crédit, les actuaires ont souvent recours à une table d'invalidité individuelle. La table CIDA 1985 est souvent utilisée comme point de départ. Comme il s'agit également d'une table américaine, des modifications aux taux de cessation sont souvent utilisées pour établir les hypothèses d'évaluation. Comme il n'y a pas de lien d'emploi entre le titulaire et le membre dans le cadre de régimes d'association ou d'assurance-crédit, les pressions et autres incitations à retourner au travail ne sont pas nécessairement les mêmes dans ce cas que dans le cas de groupes d'employés. Cela pourrait avoir une incidence sur l'établissement d'hypothèses appropriées en matière de cessation.

Les actuaires modifient fréquemment les hypothèses de taux de cessation en appliquant divers facteurs, y compris le sexe et la définition de l'invalidité (p. ex. occupation

propre par rapport à toute occupation). Pour déterminer les tendances des hypothèses de cessation, on tient habituellement compte d'un certain nombre de facteurs. Parmi les facteurs pouvant influencer sur les tendances, mentionnons :

l'évolution de la composition des invalidités selon la cause (les invalidités dues à des causes psychologiques augmentent depuis 1990);

l'évolution de la composition des invalidités selon la gravité (par exemple, il se peut que les taux de cessation soient affectés par une variation de la proportion des cas d'invalidité partielle);

l'évolution de la composition des invalidités selon la région géographique (par exemple, l'expérience du Québec est souvent très différente de celle des autres provinces);

l'évolution du niveau de prestations offertes (par exemple, si les prestations représentent un pourcentage élevé de la rémunération de l'assuré, les taux de cessation peuvent être inférieurs aux taux habituels);

l'évolution des pratiques d'administration des sinistres;

la phase actuelle du cycle économique, qui peut influencer sur les taux d'incidence et de cessation des invalidités (le niveau des taux d'incidence de l'invalidité et des taux de cessation peut fluctuer pendant les phases du cycle économique et ils fluctuent habituellement dans la même direction);

un changement important au chapitre de l'inflation ou de l'indexation des prestations;

l'évolution de la définition de l'invalidité figurant dans les régimes gouvernementaux, ce qui influera sur l'expérience au chapitre de l'intégration des rentes.

Les normes de pratique mentionnent d'autres considérations importantes qui sont prises en compte dans la détermination du niveau des MED. Puisque les taux de cessation aux durées ultérieures sont souvent très faibles, une seule cessation peut représenter un fort pourcentage des cessations prévues. Par conséquent, l'écart-type des taux de cessation des durées ultérieures est considérablement supérieur à celui des taux de cessation aux premières périodes et il y a donc peut-être lieu de relever la MED en fonction de la durée du sinistre. Dans ce cas, si les MED utilisées pour certaines durées dépassent la fourchette de la MED recommandée, l'actuaire s'assurerait que la provision pour écarts défavorables (PED) qui en découle est raisonnable.

Intégration des prestations

Pour éviter l'assurance excessive, les contrats d'assurance ILD prévoient habituellement que les prestations prévues au contrat seront réduites du montant des prestations versées par des plans gouvernementaux tels le RPC/RRQ, le SSDI et l'indemnisation des accidents du travail. Il est approprié que le montant des prestations projetées tienne compte de l'incidence de l'intégration des prestations précisée au contrat, y compris la réduction des prestations futures prévues à l'égard de régimes gouvernementaux qui ont déjà été approuvées et celles dont l'approbation est prévue, parfois avec effet rétroactif.

L'hypothèse touchant l'approbation future prévue des prestations gouvernementales varie selon la période écoulée depuis le début de l'invalidité (et peut également varier selon l'âge et le sexe) et elle se fonde généralement sur les résultats techniques antérieurs modifiés pour tenir compte des tendances ou variations importantes attendues. Par exemple, si le gouvernement resserre les critères d'admissibilité aux prestations, l'actuaire déterminerait si cette tendance doit être appliquée aux flux monétaires du passif.

L'évaluation effectuée par l'agent d'indemnisation au sujet de la probabilité d'admissibilité de chaque ayant droit aux prestations gouvernementales constitue une autre source d'information possible pour l'établissement de cette hypothèse. En outre, les critères d'admissibilité aux prestations gouvernementales varient selon le régime gouvernemental et peuvent être modifiés avec le temps. L'actuaire projetterait l'intégration des prestations en se fondant sur la prestation du régime gouvernemental et sur les tendances, et il appliquerait la MED pertinente pour tenir compte de l'incertitude. L'actuaire prendrait en compte les changements apportés aux prestations gouvernementales et aux pratiques en matière de règlement des sinistres.

Une autre considération serait la probabilité qu'un ayant droit touchant des prestations gouvernementales en vertu d'un régime gouvernemental (en particulier l'indemnisation des accidents du travail) cesse d'en toucher et qu'il réponde toujours à la définition de l'invalidité en vertu du régime d'assurance ILD. Les flux monétaires du passif comprendraient également tout recouvrement futur prévu des intégrations associées aux prestations versées antérieurement (par exemple, un paiement forfaitaire visant des périodes antérieures pourrait être versé par le gouvernement ou par un tiers). De plus, particulièrement en ce qui concerne les prestations en cours depuis peu de temps, il ne faut pas oublier que, dans le cas des ayants droit, dont la demande de prestations du RPC/RRQ sera approuvée, la probabilité de cessation des prestations diminue (puisqu'ils répondent à une définition plus restrictive de l'invalidité pour que leur demande de prestations du RPC/RRQ soit approuvée). Il faut soit en tenir compte dans l'hypothèse prévue d'intégration des prestations ou soit utiliser une hypothèse différente de taux de cessation sur le montant de l'intégration.

Clauses d'ajustement au coût de la vie

Les clauses d'ajustement au coût de la vie influent sur les flux monétaires liés aux prestations projetées. Lorsqu'il projette les ajustements au coût de la vie, l'actuaire tient compte des clauses du contrat en ce qui touche la date de majoration des prestations et le mode de détermination du taux de majoration. Bien que certains régimes prévoient un taux de majoration fixe, les majorations des ajustements au coût de la vie représentent habituellement un certain pourcentage (généralement 100 %) du taux d'augmentation de l'indice des prix à la consommation (IPC) jusqu'à concurrence d'un plafond donné. Ce plafond peut être appliqué à chaque année séparément ou prévoir un mécanisme de rattrapage. Pour la plupart des régimes, la majoration des ajustements au coût de la vie s'applique au montant des prestations sans tenir compte des intégrations applicables. Pour les régimes à l'égard desquels l'augmentation de l'ajustement au coût de la vie est fondée sur l'IPC, les hypothèses à l'égard des variations futures de l'IPC doivent concorder avec le scénario applicable en matière de taux d'intérêt. Sous réserve des considérations relatives au critère d'importance, certains actuaires ne changent pas

l'hypothèse sur l'IPC par le scénario de taux d'intérêt à des fins de simplicité, puisque les hausses de l'ajustement au coût de la vie sont plafonnées dans bien des scénarios de taux d'intérêt.

Sinistres à régler, contestés, en suspens ou faisant l'objet d'un appel

L'évaluation devrait renfermer des provisions suffisantes au titre des sinistres à régler, contestés, en suspens ou faisant l'objet d'un appel, y compris les frais juridiques connexes. Les sinistres à régler représentent de nouveaux sinistres pour lesquels le service de la gestion des sinistres n'a pas encore reçu suffisamment de renseignements afin d'approuver la demande de réclamation. Les sinistres contestés ou faisant l'objet d'un appel sont habituellement ceux qui ont été rejetés par l'assureur ou pour lesquels l'assureur cesse de verser des prestations et l'ayant droit en appelle de cette décision ou a entamé des poursuites contre l'assureur. Des sinistres sont en suspens lorsque l'assureur interrompt temporairement le versement des prestations, souvent dans l'attente de renseignements additionnels de la part de l'ayant droit.

Une méthode raisonnable de provisionnement de ces sinistres consiste à déterminer le pourcentage des sinistres qui seront approuvés dans chacune des catégories susmentionnées et à appliquer ce pourcentage aux flux monétaires du passif qui serait applicable si l'ayant droit touchait actuellement des prestations, y compris une provision pour les paiements antérieurs qui seraient payables advenant l'approbation du sinistre. Ce pourcentage de sinistres qui deviendront des sinistres approuvés serait généralement fondé sur les résultats d'expérience antérieurs modifiés pour tenir compte des tendances ou variations pertinentes au chapitre des pratiques d'approbation des sinistres. Dans le cas des sinistres contestés, l'actuaire aurait avantage à consulter périodiquement les services juridiques pour vérifier la pertinence de son hypothèse, y compris la pertinence de l'hypothèse pour frais juridiques. Les hypothèses touchant le pourcentage de sinistres qui deviendront des sinistres approuvés seraient augmentées pour englober une MED convenable. En outre, les cessations et refus récents peuvent fournir une indication des appels qui n'ont pas encore été déclarés. Ces derniers pourraient être pris en compte dans l'évaluation d'une manière semblable à celle décrite ci-dessus ou dans le cadre du passif des sinistres ENR (voir la section 8.3). Enfin, pour projeter les flux monétaires, l'actuaire prendrait en compte le fait que les sinistres contestés se règlent souvent sous forme d'un paiement forfaitaire qui remplace les paiements mensuels usuels. D'autres approches peuvent être utilisées pour tenir compte de ces sinistres.

Invalidité – Rechutes

Dans certains cas, l'ayant droit rétabli après une invalidité a une rechute. Les clauses du contrat définissent habituellement les critères qui permettent de déterminer si un cas d'invalidité doit être considéré comme une rechute ou comme un nouveau sinistre. Si l'invalidité est réputée constituer une rechute, le délai de carence ne s'applique pas et l'ayant droit peut toucher immédiatement des prestations. Une provision pour rechute est habituellement intégrée au passif des sinistres ENR, mais d'autres méthodes peuvent être appliquées. Par exemple, la provision peut être incluse dans le passif des sinistres déclarés en réduisant le taux de cessation d'invalidité pour tenir compte des rechutes. L'actuaire veillerait à établir une provision pour rechute prenant en compte les sinistres en cours de paiement et les sinistres récemment réglés.

En cas de problème de rentabilité, les sinistres d'ILD en cours de paiement sont souvent examinés de près afin d'en déterminer la validité, et les cessations augmentent au cours d'une certaine période. Ce facteur pourrait modifier la probabilité de renversement d'une décision à l'égard d'un sinistre au moment de l'appel ou accroître le nombre de rechutes. L'actuaire tient généralement compte de l'incidence des modifications apportées aux pratiques en matière de règlement des sinistres lorsqu'il établit ses hypothèses de rechutes et le passif des sinistres d'ILD faisant l'objet d'un appel.

Sinistres expirés mais non rapportés

Certains actuaires tiennent compte des sinistres expirés dont l'assureur n'a pas encore été avisé ou qu'il n'a pas encore traités.

Réadaptation/invalidité partielle

Souvent, les assurés affligés d'une invalidité partielle ou qui suivent un programme de réadaptation peuvent accomplir une partie de leur travail antérieur ou travailler à temps partiel durant leur réadaptation. Dans ce cas, les prestations d'assurance ILD sont maintenues, mais à un pourcentage réduit en fonction de la rémunération touchée. La plupart des régimes d'assurance ILD prévoient des prestations partielles pendant la période de réadaptation et certains accordent des prestations d'invalidité partielle durant des périodes beaucoup plus longues. Les flux monétaires du passif tiendraient compte des prestations nettes versées se rapportant à la réadaptation et à l'invalidité partielle. L'actuaire ferait preuve de prudence avant de supposer que les plus récentes prestations nettes représentent les prestations nettes à plus long terme. Il pourrait plutôt supposer qu'une certaine forme de moyenne du montant mensuel payé au cours des derniers mois serait une meilleure estimation.

Dispositions financières inhabituelles

Les régimes d'assurance ILD peuvent comporter des dispositions financières inhabituelles qui influent sur l'évaluation. Par exemple, un régime de SAS peut être en vigueur pendant un certain temps (disons deux ans) suivant l'invalidité, et être par la suite remplacé par un régime d'assurance. S'il y a de l'information fiable au sujet des ayants droit qui touchent des prestations d'ILD en vertu d'un régime de SAS (l'assureur peut se charger de l'administration des sinistres pendant la période de SAS ou avoir accès à l'information auprès de l'administrateur), l'actuaire se servirait de l'information en question pour déterminer les flux monétaires du passif pour les prestations et les frais une fois la période de régime assuré commencée.

Selon le critère d'importance, il pourrait s'avérer raisonnable de traiter le régime comme un régime assuré avec un délai de carence correspondant à la période pendant laquelle le contrat est un contrat de SAS (p. ex. deux ans) et de calculer un montant de sinistre ENR suffisant, fondé sur les primes reçues pendant le délai de carence du contrat de SAS.

8.1.2 Invalidité de courte durée (ICD)

Les prestations d'ICD sont habituellement versées de concert avec un régime d'assurance ILD pour offrir des prestations de remplacement du revenu pendant le délai de carence pour l'ILD. L'ICD est beaucoup plus simple à évaluer que l'ILD puisque les prestations sont versées pendant une courte période; toutefois, pour les régimes

d'assurance ICD qui versent des prestations pendant de longues périodes, les méthodes utilisées pour évaluer l'ILD peuvent s'appliquer. Une projection dossier par dossier des prestations versées à chaque ayant droit n'est habituellement pas effectuée pour les régimes d'ICD qui versent des prestations pendant de courtes périodes; le passif des sinistres déclarés est donc déterminé dans les sinistres ENR (se reporter à la section 8.3). Il convient de faire preuve de jugement afin de définir l'approche à utiliser à l'égard de chaque régime.

8.1.3 Exonération de primes ou garantie complémentaire en cas de décès

La clause d'exonération de primes dans le cadre des contrats d'assurance collective oblige habituellement l'assureur à continuer à offrir une assurance-vie sans prime supplémentaire aux assurés invalides même si la police d'assurance collective est résiliée. Dans ces situations, quand un groupe passe d'un assureur à un autre, seuls les employés actifs seraient couverts par la garantie d'assurance-vie collective avec le nouvel assureur. Les flux monétaires du passif des polices d'assurance collective avec exonération de primes correspondent aux prestations de décès projetées que l'assureur s'attend à verser aux assurés invalides et aux frais connexes. La clause d'exonération de primes comporte habituellement des options permettant de transférer à des polices d'assurance-vie individuelle quand les prestations cessent d'être versées ou qu'elles sont réduites et le coût de ces conversions est pris en compte dans les flux monétaires du passif.

Les considérations dont il faut tenir compte pour formuler les hypothèses sur les taux de cessation prévus des clauses d'exonération de primes sont semblables à celles dont il faut tenir compte pour formuler les hypothèses sur les taux de cessation prévus des prestations d'assurance ILD, bien que les répercussions des hypothèses sur la cessation soient différentes. Pour les garanties d'exonération de primes, le sinistre prend fin au moment du rétablissement de l'invalidité, mais les prestations de décès sont versées au décès de l'assuré. Des hypothèses distinctes sont habituellement formulées à l'égard des taux de rétablissement et de mortalité.

Puisque les polices d'assurance collective utilisent maintenant une même définition de l'invalidité pour les demandes d'exonération de primes et les demandes de prestations d'ILD, les hypothèses de meilleure estimation seraient, en règle générale, les mêmes pour les deux garanties. Toutefois, puisque plusieurs polices d'assurance collective comportent soit une garantie d'ILD soit une garantie d'exonération de primes et que les polices d'assurance collective offrant les deux garanties peuvent adopter une définition de l'invalidité qui varie de celle utilisée dans les polices d'assurance collective n'en offrant qu'une, les résultats de l'assureur au titre de la cessation pourraient varier pour les prestations d'ILD et l'exonération de primes. Dans ces cas, il conviendrait d'utiliser des hypothèses différentes sur les taux de cessation pour les prestations d'ILD et pour l'exonération de primes en fonction de l'expérience de chaque prestation.

Quand les taux de cessation des prestations d'ILD ne sont pas appropriés, la table Kreiger de 1970 (reposant sur l'expérience des É.-U. au cours des 20 années précédant 1970) est traditionnellement utilisée comme base pour formuler les hypothèses prévues aux fins des taux de cessation de l'exonération de primes. Puisque cette table est passablement désuète, la plupart des assureurs modifient la table Kreiger en fonction de leur propre expérience. Ainsi, en règle générale, ils réduisent considérablement les taux

de mortalité et augmentent les taux de rétablissement (à tout le moins pour les durées de 1 à 10) de la table Kreiger, ce qui a pour effet de réduire le passif.

Dans certains cas, il se peut que l'actuaire n'ait pas suffisamment de renseignements crédibles pour modifier la table Kreiger. Il pourrait alors être approprié de se tourner vers l'expérience de l'assureur en assurance ILD pour fonder le rajustement. L'actuaire pourrait aussi vérifier s'il ne serait pas davantage approprié d'utiliser les plus récentes tables de l'industrie sur la cessation d'invalidité, par exemple, les taux de mortalité et de rétablissement ajustés figurant à l'Annexe A du document de recherche intitulé « Étude sur l'exonération des primes d'assurance-vie collective fondée sur l'expérience canadienne de cessation d'invalidité de longue durée entre 1988 et 1994 » (<http://www.actuaires.ca/members/publications/2001/20184f.pdf>). L'actuaire ferait preuve de prudence avant d'appliquer ces ajustements aux polices d'assurance collective comportant une définition de l'exonération de primes différente de celle figurant dans leur régime d'ILD. Si, par exemple, la définition de l'exonération de primes est plus étroite que celle figurant dans le régime d'ILD, les taux de cessation d'ILD en découlant pourraient être plus élevés que nécessaire pour évaluer la demande d'exonération de primes.

Il conviendrait de prêter une attention particulière au passif des sinistres potentiels au titre de la garantie d'assurance-vie des personnes à charge associée aux employés invalides si cette garantie est incluse dans l'exonération de primes. Dans ce cas, l'hypothèse de mortalité prévue se fonderait sur la personne à charge plutôt que sur l'employé invalide tandis que l'hypothèse sur le rétablissement prévu reposerait encore sur l'employé invalide.

La MED aux fins de la cessation des demandes d'exonération de primes est habituellement exprimée en pourcentage des taux de cessation prévus tant de décès que de rétablissement. En règle générale, pour les polices avec exonération de primes, la MED diminue les taux de rétablissement et augmente les taux de mortalité. C'est habituellement le contraire pour la MED de mortalité au titre de l'ILD. L'actuaire s'assurerait que la PED globale est appropriée.

8.1.4 Rentes de survie

Les régimes à rentes de survie prévoient habituellement le versement d'une rente au conjoint survivant ou aux enfants au décès d'un participant à un régime d'assurance-vie collective. Certains de ces régimes prévoient une période minimale garantie pour les versements. Certains varient les paiements selon le nombre d'enfants et les montants peuvent fluctuer selon l'âge de l'enfant.

Ces régimes peuvent également renfermer une clause d'ajustement au coût de la vie; des considérations semblables à celles énoncées à la section 8.1.1 (ILD) pourraient servir à projeter les augmentations de l'ajustement au coût de la vie se rapportant aux régimes à rentes de survie.

Dans le cas des régimes où la rente de survie cesse ou est réduite au remariage, il est difficile d'établir une hypothèse pertinente de remariage aux fins d'évaluation. Les données de l'industrie sont rares et les taux de remariage peuvent varier selon les pratiques en matière de sinistres. Sous réserve de considérations d'importance relative,

bon nombre d'actuaire ne tiennent pas compte du remariage pour des motifs de simplicité.

Lorsque les rentes de survie comportent un élément de risque viager, les tables de mortalité pour les rentes servent habituellement de fondement pour l'établissement de l'hypothèse de mortalité prévue. Les paragraphes 2350.09 à 2350.13 des normes de pratique donnent des conseils quant au choix des hypothèses sur la mortalité des rentiers.

Les hypothèses sur la mortalité pour les régimes à rentes de survie se fondent généralement sur des tables de mortalité collectives liées aux rentes même si dans certains cas, l'actuaire a recours à des tables de mortalité de rente individuelle ou à un autre élément, comme les tables de mortalité de la population. Parmi les considérations qui influent sur le choix des hypothèses de mortalité, il y a :

- les tables de mortalité collectives sont fondées sur la mortalité des employés plutôt que sur celle des conjoints (veufs et veuves);

- les diverses options offertes au bénéficiaire (p. ex. la possibilité de toucher la valeur actualisée) peuvent engendrer de l'antisélection;

- la fourchette d'âges auxquels les prestations sont versées (la plupart des bénéficiaires de rentes de survie sont plus jeunes, c'est-à-dire à une période où il existe peu de données pour la plupart des tables de rentes collectives).

8.1.5 Autres prestations

Certaines autres prestations peuvent être versées dans le cadre d'une police d'assurance collective de personnes exigeant la déclaration d'un passif pour sinistres, notamment les rentes d'invalidité permanente et totale, et les rentes de règlement (c.-à-d. lorsque des prestations de décès sont versées sous forme de rente à la demande du bénéficiaire). Ces types de prestations ne sont plus courants de nos jours, mais ils peuvent exister dans le cadre de régimes antérieurs. Puisque ces prestations diffèrent entre les assureurs et les groupes, il importe de bien comprendre la teneur du contrat pour établir correctement les flux monétaires du passif.

8.2 Passif des sinistres à régler

Les sinistres à régler englobent les versements à effectuer à l'égard de sinistres approuvés mais non réglés; ils ne comprennent toutefois pas les sinistres déclarés, mais non approuvés. Le passif des sinistres à régler est un passif comptable puisqu'il représente une constatation exacte d'un montant connu à être versé mais non payé. Il n'y a donc pas lieu de procéder à une évaluation actuarielle ni de prévoir une provision pour écarts défavorables. L'actuaire doit coordonner de façon minutieuse le passif des sinistres déclarés et celui des sinistres à régler pour éviter le double comptage ou l'oubli d'éléments de passif.

8.3 Sinistres encourus mais non rapportés (ENR)

Les sinistres ENR sont le résultat de délais :

- dans la déclaration des sinistres à l'assureur;

dans l'enregistrement, par ce dernier, des sinistres déjà déclarés. Par exemple, certains assureurs n'enregistrent les sinistres d'invalidité encourus ou les provisions pour assurés invalides qu'à la fin du délai de carence;

des sinistres qui ont pris fin ou qui ont été refusés, mais qui peuvent être ouverts à nouveau ou faire l'objet d'un appel ou d'un litige dans l'avenir.

Les sinistres ENR prévoient les prestations et les frais au titre des sinistres pour lesquels des prestations seront peut-être versées dans l'avenir pour des sinistres déjà survenus, mais qui ne sont pas enregistrés dans les livres de l'assureur dans aucune autre catégorie en raison d'un délai de déclaration.

Pour les prestations sans risque de taux d'intérêt (p. ex. soins de santé, soins dentaires, assurance-vie temporaire et invalidité de courte durée), l'actuaire peut projeter les flux monétaires des sinistres ENR en utilisant une approche simple ou exécuter les scénarios de la MCAB sans tenir compte des sinistres ENR et ajouter ensuite les sinistres ENR au résultat. Dans la mesure où les actifs appariés ont une durée beaucoup plus longue que le passif, la société pourrait être exposée à la volatilité des taux d'intérêt, puisque la valeur marchande des actifs serait davantage sensible aux fluctuations des taux d'intérêt que le passif, tel que décrit à la section 6.1.

Pour les prestations dont le risque de taux d'intérêt pour les nouveaux sinistres est significatif (par exemple, ILD et exonération de primes), les flux monétaires des sinistres ENR auront vraisemblablement un effet important sur les scénarios de la MCAB et la provision pour risque de taux d'intérêt qui en découle. Il serait possible d'estimer les flux monétaires du passif relativement aux sinistres ENR en examinant les flux monétaires du passif des sinistres déclarés correspondants, en les modifiant au besoin. Par exemple, le modèle des flux monétaires du passif des sinistres ENR au titre de l'ILD peut se rapprocher de celui des flux monétaires du passif des assurés invalides actuels, peut-être seulement pour les sinistres nouvellement déclarés.

Même si les pratiques varient, en règle générale, les sinistres ENR au titre de l'ILD, de l'invalidité de courte durée et de l'exonération de primes sont intégrés au passif actuariel (tels que définis aux fins des états financiers); pour les autres prestations (p. ex., assurance-maladie complémentaire, assurance dentaire, décès et mutilation accidentels, rente de survie et assurance-vie), les sinistres ENR sont intégrés aux sinistres à régler. Pour les garanties dont les sinistres ENR sont intégrés aux sinistres à régler, la fluctuation au titre des sinistres ENR sera transférée aux prestations versées dans l'état des résultats. Si le sinistre ENR est assorti d'une convention de non-responsabilité (*Hold Harmless agreement*), l'assureur est, néanmoins, responsable de payer les sinistres encourus. Il faudrait donc conserver le sinistre ENR intégral avec un actif à recevoir correspondant pour tenir compte des dispositions de la convention de non-responsabilité.

8.3.1 Facteurs relatifs à l'élaboration des sinistres ENR

Les délais qui influent sur le montant des sinistres ENR varient selon le régime et le type de garantie; par conséquent, l'actuaire ferait preuve de prudence lorsqu'il procède à l'estimation des sinistres ENR à partir de données historiques groupées. Par exemple, il n'est pas approprié de regrouper les sinistres réglés électroniquement et les demandes

de remboursement de frais de médicaments, étant donné que les modes de règlement (délais) sont différents.

Certains facteurs peuvent influencer sur le délai de règlement des sinistres; certains peuvent être propres à la période de déclaration en cours. En voici quelques exemples :

- l'importance du retard dans le traitement des sinistres;
- les différences dans les pratiques des gestionnaires de sinistres;
- les changements relatifs à la définition, à la composition ou à l'exposition des garanties;
- les variations saisonnières;
- les conditions météorologiques extrêmes;
- l'interruption du service postal;
- une réorganisation de la société qui influe sur le traitement des sinistres;
- la conjoncture économique (une récession aura des effets sur la déclaration des demandes concernant les traitements facultatifs);
- les différentes pratiques des titulaires de polices en assurance collective concernant l'acheminement des demandes de réclamations;
- la durée depuis l'entrée en vigueur du contrat;
- la prise en compte des sinistres déclarés à l'égard desquels le délai de carence n'est pas encore expiré et le niveau de ces sinistres;
- la prise en compte des sinistres réglés à réexaminer et le niveau des sinistres récemment réglés;
- les modifications relatives aux pratiques de l'assureur en matière de traitement des sinistres;
- d'autres facteurs externes.

Les tendances relatives à des facteurs tels l'inflation, le taux d'utilisation et la technologie (par exemple, l'utilisation de la transmission électronique des demandes) peuvent influencer sur l'estimation des sinistres ENR. Si les primes en vigueur sont utilisées pour estimer les sinistres ENR, il pourrait être nécessaire de procéder à des rajustements pour tenir compte de délais de traitement plus courts, par exemple dans le cas de régimes nouveaux ou expirés; l'une des méthodes possibles consiste à utiliser la moyenne mobile des primes. L'effet des changements dans la suffisance de la tarification serait également pris en compte lorsque les estimations relatives aux sinistres ENR reposent sur les primes.

8.3.2 Approches pour établir les sinistres ENR

Sous réserve d'une vérification périodique de leur pertinence (y compris l'incidence sur le risque de taux d'intérêt), plusieurs approches sont couramment utilisées pour élaborer les sinistres ENR (avant l'application de la MED), telles :

- Méthode factorielle – Cette méthode est généralement utilisée pour les garanties lorsqu'il y a un court délai de traitement ou une courte période requise pour régler

le sinistre (p. ex. en assurance-vie temporaire collective). Le passif correspond habituellement à un pourcentage des primes en vigueur à la date d'évaluation (ou en pourcentages décroissants des primes en vigueur à la fin de plusieurs mois antérieurs), d'après les résultats d'expérience modifiés au besoin pour tenir compte des changements anticipés à l'égard des résultats d'expérience. Il est également possible d'utiliser un pourcentage des sinistres réglés, un pourcentage du passif des sinistres déclarés ou un pourcentage du capital assuré.

Méthode de l'indice de perte (*loss ratio*) – Il s'agit d'une version plus raffinée de la méthode factorielle, qui peut être utilisée lorsque l'enregistrement des sinistres d'assurance ILD est reporté après le délai de carence. Cette méthode se fonde sur la somme du délai de carence moyen et du délai moyen de déclaration du sinistre, calculé en mois, multipliée par le produit de l'indice de perte (*loss ratio*) et des primes mensuelles en vigueur. Si l'information est disponible, l'évaluation pourrait se faire dossier par dossier en tenant compte du délai de carence et des primes payées propres à chaque groupe.

Méthode basée sur les délais ou méthode des valeurs estimées – Cette méthode implique l'estimation des sinistres payés selon la période de survénance et de paiement; ces données servent en retour à élaborer un graphique illustrant la tendance des sinistres. Ce graphique présente le pourcentage de règlement des sinistres pour chaque mois de survénance. Le pourcentage de règlement serait rajusté pour tenir compte de l'insuffisance de la tarification.

Il faudrait faire preuve de prudence en appliquant une approche d'approximations dans des circonstances spéciales comme des blocs de polices en croissance ou en décroissance. Par exemple, une méthode factorielle fondée sur les primes en vigueur à la date d'évaluation sous-estimerait les sinistres ENR d'un bloc en décroissance. L'actuaire comprendrait les hypothèses implicites sous-tendant chaque approche et les limites de celle-ci et serait au courant de l'évolution de la situation pour garantir que les sinistres ENR établis au moyen de l'approximation sont appropriés.

8.4 Passif des sinistres futurs

Les flux monétaires du passif des sinistres futurs englobent le versement des prestations prévues, les MED et les frais liés aux sinistres non encourus à la date d'évaluation, mais qui le seront avant la fin de la durée du passif lié aux assurés actifs. Les primes futures sont aussi projetées sous forme de flux monétaires de l'actif jusqu'à la fin de la durée du passif lié aux assurés actifs. Conformément à la MCAB, un passif devrait être détenu à la valeur actuelle (pendant la durée du passif du sinistre) des sinistres futurs, y compris les MED et les frais liés aux sinistres moins la valeur actualisée (pendant la durée résiduelle du passif lié aux assurés actifs) des primes futures déduction faite des commissions et des frais, y compris les MED, pour toutes les polices d'assurance collective.

Il s'agira d'un passif négatif pour les garanties dont les primes moins les frais et commissions sont supérieures aux passifs pour les sinistres futurs, c.-à-d. les bénéfices provenant des primes dépassent ceux reportés par la MED (réciproquement, des pertes

si la marge bénéficiaire des taux de prime est inférieure à la MED¹) et sont reconnus à l'émission.

Pour les prestations dont la durée du passif des sinistres est courte (assurance-vie sans exonération de primes, soins médicaux et dentaires, et invalidité de courte durée), le passif pour les sinistres futurs est habituellement établi de manière approximative sous forme de réserve pour primes non gagnées, à moins qu'une police d'assurance collective importante (ou un certain nombre de polices d'assurance collective en raison des pratiques en matière de tarification, de marketing ou commercialisation) ne soit censée produire un biais important.

Pour les garanties à l'égard desquelles le risque de non-appariement des taux d'intérêt est un facteur significatif (p. ex., exonération de primes et prestations d'ILD), les flux monétaires du passif et des primes sont habituellement projetés pour déterminer un passif selon la MCAB. Ceci est encore plus important si les taux des primes sont garantis pour plus d'un an.

8.4.1 Considérations liées aux flux monétaires du passif

Il est courant d'offrir une réduction des taux de prime pour des nouvelles polices dans le but de recouvrer la réduction au moyen des marges appliquées aux primes de renouvellement futures. Cela augmente considérablement la probabilité de pertes dans l'évaluation, puisque les gains compensatoires provenant des marges appliquées dans les primes de renouvellement futures ne peuvent être présumés dans l'évaluation. Étant donné qu'il est impossible de modifier les primes avant la date du rajustement suivant des taux, il importe de choisir des hypothèses relatives aux sinistres (par exemple, taux d'incidence, taux de cessation pour l'ILD), aux frais et aux autres risques de façon à garantir que les paiements de prestations soient pris en compte comme il se doit dans les flux monétaires du passif des sinistres futurs.

Plus longue est la garantie du taux de prime, plus l'exposition au risque de tarification inadéquate et au risque de taux d'intérêt est importante (les primes seront reçues aux fins de placement plus tard). Par exemple, une prestation d'assurance ILD pour laquelle le taux est encore garanti pour trois ans pourrait avoir été tarifée en fonction d'hypothèses de taux d'incidence inadéquates. Les flux monétaires de la prestation tiendront compte des taux d'incidence actuellement prévus et de la MED, tandis que ceux de la prime refléteront la tarification inadéquate inhérente à ces primes et ainsi, le passif reflétera le maintien de ce taux inadéquat pendant le reste de la période de la garantie du taux.

Dans le cas des prestations d'assurance collective de personnes, le passif des prestations d'assurance ILD est habituellement le plus sensible aux fluctuations des taux d'intérêt pendant la période de la garantie du taux. Le taux d'intérêt présumé dans le calcul des primes s'applique à toutes les primes jusqu'à la date du rajustement suivant et

¹ La MED reporte les gains. Le montant du report peut excéder la charge pour bénéfices intégrée aux taux de prime générant un drain immédiat. Puisque le niveau de la PED découlant de la MED appliquée aux taux d'incidence et de cessation et à l'éventuelle exposition au risque de taux d'intérêt C3 pour les prestations d'assurance ILD et d'exonération de primes (et la PED sur les sinistres ENR pour d'autres prestations) pourrait être appréciable, la valeur actuelle des primes futures peut être inférieure à la valeur actuelle des sinistres futurs avec MED et frais de règlement des sinistres.

l'assureur est donc à risque si les taux d'intérêt chutent en-deça de ce niveau. La provision pour ce risque est intégrée au passif en incluant les flux monétaires projetés associés aux sinistres futurs dans les tests de scénario de taux d'intérêt de la MCAB.

L'évaluation ne tient compte que des engagements pris à la date d'évaluation; elle n'englobe pas les flux monétaires portant sur les nouvelles protections ou les groupes nouveaux pour lesquels aucun engagement n'a été pris. Cependant, lorsque l'assureur est plus ou moins obligé d'accepter la protection de nouveaux assurés à des taux de primes garantis, les sinistres futurs touchant ces assurés peuvent influencer sur l'évaluation. Cependant, si de nouveaux employés remplacent simplement d'anciens employés ou si les taux de primes garantis sont suffisants, les nouveaux participants peuvent ne pas constituer un facteur important.

Pour effectuer une projection des flux monétaires liés aux prestations et aux frais des sinistres d'invalidité de longue durée associés à une police collective avec garanties de taux de prime, il faut en théorie formuler des hypothèses autant sur les taux d'incidence que sur les taux de cessation. Les flux monétaires liés aux prestations et aux frais des sinistres futurs seraient habituellement projetés à l'aide des mêmes hypothèses que celles utilisées dans le passif aux fins des sinistres déclarés du même genre de prestation.

Les taux d'incidence prévus utilisés pour projeter les sinistres futurs peuvent être établis à partir des résultats d'expérience modifiés pour tenir compte des tendances ou changements anticipés. Dans la pratique, il est toutefois difficile d'élaborer des hypothèses d'incidence; par conséquent, le recours à des méthodes d'approximation pour établir les flux monétaires du passif des sinistres futurs est fréquent. Plus la durée du passif des polices actives est longue, plus il est difficile de faire une approximation sans tenir compte des taux d'incidence explicites. Par conséquent, si la durée du passif est longue, il convient habituellement d'établir des hypothèses explicites au sujet de l'incidence. La section qui suit examine certaines méthodes approximatives qui sont utilisées.

Les considérations décrites précédemment sont aussi pertinentes si l'actuaire détermine que les taux actuels des primes des produits qui ne sont pas sensibles aux variations des taux d'intérêt ne sont pas suffisants pour couvrir les provisions pour les frais et les sinistres futurs (y compris les MED). Du point de vue pratique, la pratique courante consiste à avoir recours à des approximations en tenant compte de ce qui précède plutôt que d'appliquer un processus d'évaluation qui saisit et utilise toutes les données.

Par exemple, pour tenir compte des réductions de taux de primes offertes aux nouvelles polices, on utiliserait un facteur plus élevé pour calculer les sinistres ENR sur la prime des nouvelles polices que sur les polices renouvelées, qui est tarifée de façon à recouvrer les drains sur les nouvelles polices. Il pourrait en pratique s'avérer impossible de distinguer les primes des nouvelles polices et des polices renouvelées. Les facteurs associés aux sinistres ENR correspondent aux facteurs des primes combinés des nouvelles polices et des polices renouvelées. Les drains sur les nouvelles polices sont ainsi répartis entre toutes les polices en vigueur.

De même, il peut s'avérer difficile, voire tout à fait impossible, d'obtenir les dates réelles de renouvellement des polices. Certains actuaires peuvent supposer un

certain modèle de renouvellement, par exemple, le douzième des polices en vigueur par mois, ou supposer un facteur plus élevé pour les renouvellements de janvier.

En outre, il peut aussi s'avérer difficile d'obtenir les réductions de taux de primes faites accordées à des fins de marketing et les garanties des taux par police. Au minimum, l'actuaire examinerait attentivement les pratiques courantes et déterminerait la mesure dans laquelle il est approprié de procéder seulement à l'examen des dossiers importants ou d'un ensemble élargi de dossiers.

8.4.2 Recours à des approximations

Lorsqu'il utilise une approximation pour projeter les sinistres futurs, l'actuaire tenterait de déterminer si l'approximation prévoit convenablement tous les risques.

Pour les garanties sans risque de taux d'intérêt important (p. ex. garanties de courte durée comme soins médicaux et soins dentaires) et qui sont adéquatement tarifées, le passif associé aux sinistres futurs provisionnés au moyen des primes futures n'est habituellement pas important et le passif établi selon la MCAB peut faire l'objet d'une approximation. Dans ces situations, la prime non acquise peut être une approximation raisonnable du passif des sinistres futurs. L'actuaire s'assurerait que la base de la tarification est une bonne approximation des sinistres et frais prévus, plus la MED.

En particulier, pour les garanties d'assurance ILD, il importe de déterminer si l'approximation permet d'établir une provision appropriée pour le risque de taux d'intérêt tout au long de la période de garantie du taux. Il importe également de déterminer si l'approximation tient compte du risque de taux d'incidence, particulièrement celui attribuable aux réductions de taux accordées à des fins de marketing. (Ce serait important de le faire pour les autres garanties aussi.) Dans les dossiers de tarification rétrospective ou dans les dispositions financières inhabituelles, la complexité supplémentaire attribuable aux dispositions financières peut influencer sur la pertinence de l'approximation.

Voici un exemple de méthode approximative (fondée sur des hypothèses implicites pour les taux d'incidence) aux fins de la projection des flux monétaires des prestations et des frais pour les sinistres futurs d'assurance ILD, lesquels peuvent servir à la mise à l'essai de la MCAB lorsque la durée du passif correspond à la date d'ajustement tarifaire suivante :

- a) calculer un « coefficient d'évaluation de prestations », soit le pourcentage des primes servant au versement des prestations futures (y compris la MED de l'intérêt et de cessation) et à l'acquittement des frais de gestion des sinistres (y compris la MED) qui seront encourus entre la date d'évaluation et la date d'ajustement tarifaire suivante (c.-à-d. éliminer de la prime les provisions pour frais d'administration généraux et les marges bénéficiaires, dans la mesure où elles dépassent le report des bénéfices en raison des risques de taux d'intérêt et des MED de cessation);
- b) rajuster, le cas échéant, le coefficient d'évaluation de prestations pour tenir compte de toute insuffisance de tarification à l'intérieur du bloc de polices (p. ex. si une nouvelle tarification est mise en œuvre, mais n'a pas encore été appliquée à l'ensemble du bloc de polices, le coefficient serait majoré ou il y aurait systématiquement des réductions de taux accordées à des fins de marketing);

c) relever le coefficient d'évaluation de prestations afin d'établir une MED applicable aux taux d'incidence. Cette méthode implique seulement l'intégration d'une marge pour taux d'incidence au coefficient d'évaluation de prestations, les MED de taux de cessation et de frais de gestion des sinistres étant déjà prises en compte dans le pourcentage de primes qui serviront au versement des prestations et à l'acquittement des frais de gestion des sinistres, tel qu'expliqué en a) ci-dessus. Les MED appliquées aux taux d'incidence se trouvent habituellement à l'extrémité inférieure de la marge prescrite étant donné que la durée du passif des polices actives est habituellement courte. Une MED de 5 % serait habituellement suffisante, à moins que les taux ne soient garantis pour plus d'un an, auquel cas la possibilité d'établir une MED d'un pourcentage supérieur serait envisagée.

d) à l'aide d'une projection raisonnable du revenu de primes, élaborer les flux monétaires de ces nouveaux sinistres d'assurance ILD de sorte que la valeur actuelle de ces flux au taux d'intérêt moyen aux fins de la tarification (y compris les marges de tarification) sur le bloc de polices de l'assureur soit égale à la prime multipliée par le coefficient d'évaluation de prestations dont il est question au point c).

Pour les groupes dont la durée du passif est déterminée dossier par dossier, le groupe pourrait être de petite taille par rapport à la norme relative au critère d'importance ou les primes pourraient être échelonnées, ce qui tend à réduire le passif des sinistres futurs. Même en l'absence de données détaillées sur les participants, l'actuaire peut être en mesure de procéder à un certain essai général pour les âges et les durées représentatifs illustrant que le passif global des sinistres futurs est petit ou négatif et qu'on peut l'ignorer en toute sécurité.

8.4.3 Assurance-vie libérée

La plupart des polices d'assurance-vie libérée offrent une protection aux retraités. Les flux monétaires liés aux prestations futures et aux frais sont projetés pour toutes les années futures jusqu'à l'échéance de la période de paiement ou au décès du participant assuré.

Les tables de mortalité disponibles en assurance collective ne reposent pas sur une somme de résultats d'expérience aussi importante pour la période postérieure à la retraite que pour celle où les personnes sont en âge de travailler. Par conséquent, l'hypothèse de mortalité prévue tient généralement compte des résultats d'expérience de l'assureur, des résultats d'expérience de l'industrie en matière de mortalité en assurance-vie collective et de la mortalité de la population. Habituellement, l'actuaire applique les facteurs qui entraînent un relèvement de la marge pour résultats d'expérience liés à la mortalité future.

8.4.4 Assurance-crédit

Puisque chaque police d'assurance-crédit collective possède des caractéristiques particulières, il importe que l'actuaire examine les clauses du contrat pour déterminer la meilleure façon d'évaluer le passif. Les régimes d'assurance-crédit prévoyant une assurance-invalidité comportent un passif pour sinistres déclarés (voir la section 8.1) et sinistres encourus mais non rapportés (voir la section 8.3), de même qu'un passif pour sinistres futurs.

Les primes sont habituellement garanties à la date d'assurance d'un prêt et pendant la durée de ce dernier, mais les taux de primes peuvent généralement être modifiés pour les prêts futurs après la date d'ajustement tarifaire suivante. Dans ce cas, la durée du passif des polices actives s'étend jusqu'à l'échéance des prêts assurés. Selon son importance, les prêts futurs jusqu'à la « date d'ajustement tarifaire suivante » seraient inclus dans l'évaluation si l'assureur devait les accepter à un taux garanti. Le niveau du risque de taux d'intérêt et l'insuffisance éventuelle de tarification influent sur l'importance relative des répercussions des prêts futurs et sur le bien-fondé des approximations.

Les hypothèses de mortalité et de morbidité utilisées pour les flux monétaires de l'assurance-crédit diffèrent habituellement de celles servant pour les polices courantes d'assurance collective de personnes en raison d'exigences différentes en matière de preuves d'assurabilité, des conditions préexistantes, des caractéristiques propres aux participants, etc. Dans le cas de polices d'assurance-crédit collective de grande envergure, il pourrait convenir de déterminer des hypothèses de mortalité et de morbidité à partir des résultats d'expérience de ces polices. Si la police est moins importante, les résultats d'expérience se rapportant à des polices d'assurance-crédit collective semblables pourraient servir à établir des hypothèses.

S'il n'existe pas de résultats d'expérience fiables permettant d'établir les hypothèses, l'actuaire pourrait examiner les clauses du contrat et les caractéristiques des participants pour déterminer s'il est préférable de faire reposer les hypothèses prévues sur des tables d'assurance individuelle ou collective. L'assurance-crédit comporte souvent des caractéristiques de l'assurance individuelle et de l'assurance collective; par conséquent, on pourrait utiliser une combinaison de résultats d'expérience propres à l'assurance individuelle et à l'assurance collective. Selon les exigences en matière de preuves d'assurabilité, il pourrait convenir de recourir à des hypothèses sélectes et ultimes.

Puisque les prestations d'assurance-crédit dépendent habituellement du solde du prêt, il est nécessaire d'établir certaines autres hypothèses en vue de projeter les flux monétaires du passif, comme le taux d'intérêt portant sur les prêts, les remboursements anticipés partiels, et le remboursement intégral (déchéance). Ces hypothèses seraient établies de façon raisonnable, conformément au scénario de taux d'intérêt de l'évaluation, si ce dernier est important. En cas de remboursement partiel de la prime pour une police d'assurance-crédit à prime unique lorsque le prêt est remboursé ou transféré à une autre institution, cet avantage (s'il est important) influencerait sur les flux monétaires projetés du passif par le biais des taux de déchéance.

Habituellement, les résultats d'expérience des régimes d'assurance-crédit sont limités et des marges élevées sont souvent appliquées.

8.5 Passif des ristournes d'expérience

Le passif des ristournes d'expérience est une provision à l'égard des polices d'assurance collective à tarification rétrospective, tenant compte des dispositions financières conclues avec les titulaires de polices. Cette façon de procéder permet de garantir que les marges antérieures et futures découlant d'une police ne génèrent pas un bénéfice provisoire pour l'assureur quand ces marges sont en bout de ligne remboursées

au titulaire de police. Si ces marges sont négatives, une perte peut ne pas être recouvrable auprès du titulaire de police et la marge ne réduirait donc pas le passif.

Pour produire des flux monétaires adéquats pour les ristournes d'expérience, l'actuaire est tenu de bien comprendre les détails des dispositions conclues avec chaque titulaire de police, faire les calculs nécessaires pour chaque entente séparément et réfléchir sérieusement afin de s'assurer que l'objectif a été atteint et que les postes ne sont pas comptés en double. Compte tenu de la grande variété de ces dispositions et des diverses situations financières éventuelles de chaque police, il est impossible de prescrire dans cette section une approche qui s'applique à chaque cas; il sera donc question des principes importants et principaux points à examiner.

Le passif des ristournes d'expérience serait habituellement déterminé en deux étapes.

Premièrement, un passif comptable serait établi d'après les résultats antérieurs. Ce passif repose sur l'excédent d'expérience (le cas échéant) du groupe accumulé entre la date du dernier renouvellement et la date de l'évaluation, en tenant compte des dispositions financières figurant dans le contrat (se reporter au point 8.5.1).

Deuxièmement, un passif pour remboursement serait fondé sur les résultats futurs projetés. Il s'agit des ristournes d'expérience qui se matérialiseront pendant la durée résiduelle du passif des sinistres à partir des sinistres actuels et des nouveaux sinistres encourus pendant la durée résiduelle du passif des polices actives. Cela inclut également d'autres marges pendant toutes les périodes de la garantie (p. ex., prime et intérêt). La démarche est décrite au point 8.5.2, qui est subdivisé en plusieurs sous-sections en raison des nombreuses considérations en cause.

À la section 8.5.3, on décrit le recours à des approximations comme solution de rechange à l'application de la démarche expliquée au point 8.5.2. À la section 8.5.4, on décrit la considération dans l'évaluation concernant le recouvrement des déficits. À la section 8.5.5, on décrit les considérations relatives à la RFS aux fins de l'évaluation.

Il se peut que la base d'évaluation statutaire varie de celle du titulaire de police utilisée pour calculer l'excédent/le déficit des polices telle que décrite dans l'accord financier. Pour les polices d'assurance temporaire renouvelable annuellement (TRA) (habituellement, des groupes d'employés), seules les variations au chapitre du passif des sinistres encourus à la date de l'évaluation (ou qui surviendront pendant la durée résiduelle de la garantie de la prime) sont prises en compte. Les polices à prime nivelée ou à prime unique (en majeure partie, des polices d'assurance-crédit) peuvent donner lieu à des durées du passif plus longues et ainsi, le passif des sinistres futurs doit être pris en compte pendant plus longtemps. De nombreuses différences entre le passif statutaire et celui du titulaire surviennent naturellement, car les deux bases satisfont à des fonctions différentes.

La base du passif statutaire correspond à la base de déclaration de l'assureur et est assujettie à la pratique actuarielle reconnue. Elle est égale à la valeur comptable des actifs nécessaires pour appuyer les obligations des polices d'assurance collective de personnes de l'assureur telles que déterminées conformément à la MCAB. La base du passif du titulaire de police est établie par l'assureur de manière à respecter les exigences en matière de tarification et n'est pas nécessairement conforme aux PCGR. Elle peut refléter les caractéristiques des risques propres au titulaire de police, les

accords financiers et les résultats d'expérience. La base du passif du titulaire de police peut viser à réaliser l'équité entre les générations de titulaires de polices et peut témoigner de l'opinion que se fait la société du risque qu'elle assume au nom des titulaires de polices. Par exemple, on pourrait avoir recours à une approche fondée sur l'« année de placement » à l'égard des taux d'intérêt aux fins de l'évaluation du titulaire de police plutôt qu'à un taux d'intérêt à la juste valeur fondé sur la MCAB aux fins des rapports statutaires.

La situation la plus courante consiste à faire en sorte que le passif du titulaire de police soit à tout le moins aussi important que le passif statutaire. Cela permet de réduire les répercussions négatives du risque de l'assureur attribuables au processus de tarification rétrospective. À cette fin, on pourrait établir une MED plus importante pour le passif du titulaire de police que pour le passif statutaire pour tenir compte, du moins en partie, de l'incertitude supplémentaire engendrée par les hypothèses prévues au niveau du titulaire de police. Étant donné que le passif statutaire et le passif du titulaire de police reposent sur des méthodes et hypothèses différentes, l'écart entre les deux passifs peut varier avec le temps, d'où des fluctuations entre le déficit et la ristourne selon la durée future.

8.5.1 Passif accumulé des ristournes d'expérience

Les dispositions financières préciseront notamment la base d'évaluation du titulaire (c.-à-d., méthode et hypothèses), les mécanismes des taux d'intérêt créditeurs sur les fonds des titulaires et autres modalités semblables.

Ce volet du passif est habituellement détenu à titre de passif comptable distinct et il témoigne du montant réel dû au titulaire accumulé pendant la période entre la date du dernier renouvellement et la date de l'évaluation. Pour déterminer ce passif, il n'est pas nécessaire de formuler des hypothèses puisqu'il s'agit d'examiner seulement les résultats antérieurs et il se peut que cela ne s'inscrive même pas dans les responsabilités de l'actuaire.

8.5.2 Passif pour les ristournes d'expérience futures

Il convient d'inclure ces flux monétaires des ristournes d'expérience projetées dans la mise à l'essai des scénarios de la MCAB. La valeur comptable des actifs supplémentaires nécessaires pour appuyer ces flux monétaires serait déclarée à titre de passif pour ristournes d'expérience.

8.5.2.1 Considérations relatives au calcul des flux monétaires

Les montants réels de ristournes d'expérience futures à payer au titulaire proviendront de :

- la libération des marges dans la base de calcul du passif du titulaire;
- les résultats d'expérience qui sont meilleurs que prévu au chapitre des passifs et des primes;
- l'intérêt crédité plus élevé que nécessaire;
- les marges dans les primes (primes imputées en excédent des frais et des marges bénéficiaires et base de calcul du passif du titulaire pour les nouveaux sinistres).

Cependant, le calcul des flux monétaires des ristournes d'expérience futures aux fins de l'établissement des provisions selon la MCAB donne dans les faits lieu à un calcul différent des ristournes et le résultat ne correspondra vraisemblablement pas au montant qui devrait être versé au titulaire. Les flux monétaires du passif sont fondés sur les hypothèses prévues plus les MED et ainsi, pour éviter le double comptage, ni l'un ni l'autre des deux premiers éléments n'influera sur la détermination du passif pour les ristournes d'expérience futures.

Il y a une autre différence attribuable au fait qu'en vertu des normes de pratique, les marges dans la prime ne sont pertinentes que pour la durée du passif des polices actives et les marges d'intérêt, que pour la durée de la garantie du taux d'intérêt (qui pourrait être longue si les taux d'intérêt crédités, même si ce ne sont pas les taux actuels sont garantis). Autrement dit, diverses composantes ne sont pas toutes projetées pour la même période dans l'avenir.

De plus, dans la mesure où les flux monétaires fondés sur les hypothèses prévues plus les MED varient de ceux présumés dans les passifs des titulaires utilisés pour déterminer le passif comptable aux fins des ristournes d'expérience à la date de l'évaluation, il pourrait y avoir des flux monétaires de ristournes d'expérience futures pendant la durée résiduelle des passifs en cours de paiement pour les demandes encourues avant la date de l'évaluation (ou dans la période résiduelle de la garantie de la tarification).

Ainsi, pour déterminer les flux monétaires du passif des ristournes d'expérience futures, la composante ristourne d'expérience peut être ventilée comme suit (se reporter à l'Annexe C pour la détermination de cette formule) :

les marges (pendant la durée du passif des sinistres) découlant de l'écart entre les flux monétaires du passif statutaire et de celui du titulaire (la « marge du titulaire ») sur les sinistres actuels et les sinistres futurs encourus avant la fin de la période de la garantie de la tarification (se reporter au point 8.5.2.3);

l'intérêt crédité garanti moins l'intérêt requis² sur les passifs du titulaire jusqu'à la fin de la période de garantie du taux d'intérêt³ (se reporter au point 8.5.2.4);

les frais de l'évaluation du titulaire moins les frais d'administration des prestations (se reporter au point 8.5.2.5);

l'écart entre les primes et les frais de rétention prévus du titulaire (à l'exclusion des primes de risque) et les prestations (selon les bases du passif du titulaire) jusqu'à la fin de la période de la garantie du taux de prime (se reporter au point 8.5.2.6).

Il faudrait calculer séparément les flux monétaires des ristournes d'expérience futures pour chaque police puisque les flux monétaires provenant d'une police ne peuvent être compensés au moyen des flux monétaires provenant d'une autre police. Dans le cadre d'une police, les flux monétaires des ristournes d'expérience futures provenant de

² L'intérêt crédité serait fonction des accords financiers conclus avec le titulaire de police. L'intérêt requis serait fondé sur la base d'évaluation du titulaire de police.

³ Si la formule servant à déterminer les taux de l'intérêt crédité est claire et garantie, la période dont il est question correspond donc à la durée des sinistres. Si seul le taux d'intérêt est garanti, il s'agit donc seulement de cette période de garantie.

chacune des quatre sources décrites ci-haut seraient regroupés à chaque durée de la police. Lors de l'accumulation des flux monétaires pour les durées de la police, tout déficit accumulé ou la RFS (y compris l'intérêt) et la RFS maximale seraient considérés à chaque durée.

Les contributions positives nettes aux flux monétaires des ristournes d'expérience dans une durée en particulier seraient d'abord appliquées pour réduire le déficit avant de devenir des flux monétaires des ristournes d'expérience à ajouter à la RFS ou à rembourser au titulaire.

Les contributions négatives nettes aux flux monétaires des ristournes d'expérience ne peuvent être constatées que dans la mesure où elles permettent de réduire la RFS, à moins que la police ne comporte une convention de non-responsabilité, auquel cas toutes les contributions négatives nettes peuvent être constatées. Si les contributions négatives ne réduisent pas les flux monétaires des ristournes d'expérience, elles seront reportées sous forme d'une hausse des déficits accumulés.

Un autre passif pourrait être établi si l'actuaire estime que les primes de risque ne sont pas suffisantes jusqu'à la fin de la période de garantie de ces primes (se reporter au point 8.5.2.7). Certains actuaires pourraient envisager la possibilité d'établir ce passif police par police. Le cas échéant, les flux monétaires ainsi projetés peuvent être regroupés en fonction des quatre sources susmentionnées.

8.5.2.2 La durée du passif pour les ristournes d'expérience futures

Pour déterminer les flux monétaires pour les ristournes d'expérience, les diverses composantes mentionnées au point 8.5.2.1 seraient projetées pour les différentes périodes, conformément aux durées correspondantes des passifs des sinistres des composantes. À la section 7.2, il est indiqué que la durée des passifs des sinistres se prolongerait jusqu'à la fin de la période de paiement des sinistres. Étant donné que les flux monétaires des ristournes d'expérience futures provenant des diverses composantes seraient regroupés, la durée réelle du passif des ristournes d'expérience correspond à la plus longue de toutes les durées des composantes du passif, ce qui serait celle du passif des sinistres futurs⁴. Si le titulaire de police a le droit de mettre fin à l'accord financier sans résilier le contrat, l'éventuelle antisélection exercée par le titulaire de police pourrait influencer sur le passif.

8.5.2.3 Libération des marges du titulaire

Si les hypothèses relatives aux flux monétaires utilisés dans la base de calcul du titulaire sont les mêmes que dans la base statutaire, l'actuaire ne s'attendrait pas à ce que cette composante génère une contribution aux ristournes d'expérience futures. Autrement, il est possible de calculer la marge du titulaire en projetant les flux monétaires futurs à l'aide des hypothèses statutaires (y compris la MED) et en la comparant aux flux monétaires correspondants projetés à l'aide des hypothèses de passif du titulaire (y compris toute MED), jusqu'à la fin de la durée du passif des

⁴ À la cessation d'une police collective à tarification rétrospective, la ristourne d'expérience ne couvre habituellement qu'une période fixe, et non toute la durée du passif des sinistres. La plupart des sociétés ont trop peu de cas à tarification rétrospective pour avoir des taux de déchéance statistiquement crédibles et ainsi, les ristournes d'expérience sont réputées se poursuivre pendant toute la durée du passif des sinistres (c.-à-d. en présument que la tarification rétrospective se poursuivra indéfiniment).

sinistres. La marge du titulaire ainsi déterminée peut être positive ou négative à chaque durée.

Si la marge du titulaire à une durée donnée est positive, on pourrait s'attendre à ce que cette marge excédentaire soit remise au titulaire sous forme d'une ristourne future⁵. Si des polices particulières ont des déficits à la date de l'évaluation, ces déficits pourraient réduire le montant des futures ristournes d'expérience payables à l'égard de ces polices d'assurance collective, jusqu'à concurrence d'un seuil de zéro.

Si la marge du titulaire à une durée donnée est négative, elle serait d'abord couverte par toute RFS, puis reportée. Des ristournes d'expérience à une date donnée ne seraient pas nécessaires tant et aussi longtemps que le déficit accumulé à ce moment-là n'est pas remboursé. Les marges intégrées aux passifs statutaires seraient présumées être nécessaires pour payer les résultats d'expérience des sinistres défavorables mais, dans la mesure où les résultats sont plus favorables, ces marges seraient alors remises au titulaire sous forme de ristourne. Dans ce scénario, il serait inutile de prévoir des résultats d'expérience des sinistres défavorables et des ristournes futures puisqu'il s'agirait d'un double comptage.

8.5.2.4 Intérêt crédité garanti moins intérêt requis sur le passif des titulaires

Si l'intérêt crédité correspond à l'intérêt requis sur le passif des titulaires existants, pour chaque période financière future, l'actuaire ne s'attendrait pas à ce que cette composante génère une contribution aux ristournes d'expérience futures.

Si l'intérêt créditeur ne concorde pas tout à fait avec le taux d'intérêt aux fins de l'évaluation du titulaire à toutes les durées futures, l'actuaire déterminerait si l'intérêt créditeur peut générer des ristournes d'expérience futures.

L'intérêt est souvent crédité en se servant de contrats de placement garanti (CPG) de diverses durées, ce qui pourrait influencer sur les ristournes d'expérience dans l'avenir.

Si l'intérêt est crédité en se servant de CPG qui ne concordent pas avec les taux d'intérêt requis aux fins de l'évaluation du titulaire dans l'avenir, l'actuaire projetterait les flux monétaires des taux d'intérêt établis selon les CPG jusqu'à la fin de la période de garantie de chaque CPG. L'écart entre l'intérêt crédité garanti et l'intérêt aux fins de l'évaluation du titulaire pour le principal de chaque CPG contribuerait aux flux monétaires des ristournes futures.

La durée des CPG est habituellement de plus courte durée que les flux monétaires des sinistres, d'où un risque de réinvestissement. L'actuaire pourrait envisager la possibilité de prolonger la durée des flux monétaires de l'intérêt crédité pour tenir compte de tout risque de réinvestissement quand les garanties de l'intérêt crédité laissent entendre que le réinvestissement ne concorderait pas avec le taux d'intérêt aux fins de l'évaluation du titulaire. Il faudrait à cette fin établir des flux monétaires reposant sur des scénarios (c.-à-d. les taux des CPG futurs seraient fonction des taux d'intérêt futurs qui varient en fonction de chaque scénario établi selon la MCAB).

⁵ À moins qu'il y ait un déficit accumulé à cette durée, auquel cas il s'agira d'un véritable bénéfice pour l'assureur à cette durée lui servant à recouvrer une perte qu'il avait assumée à une durée antérieure.

Pour modéliser le réinvestissement de ces passifs des CPG, l'actuaire supposerait que la police d'assurance collective et les ristournes demeureront en vigueur jusqu'à ce que tous les sinistres actuels soient liquidés.

Aux fins des réinvestissements, on supposerait le maintien du processus de l'intérêt crédité sur les CPG actuellement en vigueur dans la mesure où il est garanti.

L'intérêt imputé au titre des déficits serait aussi pris en compte dans le calcul du total de l'intérêt crédité.

8.5.2.5 *Frais aux fins de l'évaluation du titulaire moins les frais d'administration des sinistres*

Si les frais d'évaluation présumés dans le calcul du passif des titulaires sont fondés sur les frais de rétention pour l'administration des sinistres, l'actuaire ne s'attendrait pas à ce que cette composante génère une contribution aux ristournes d'expérience futures. Dans la mesure où ils sont différents, cela produit des flux monétaires des ristournes futures qui peuvent être positifs ou négatifs.

8.5.2.6 *Marges dans les primes en excédent des frais prévus des titulaires*

Pour le passif à l'égard des sinistres futurs (réserves des polices actives), on projette les flux monétaires des sinistres futurs, des frais et des primes jusqu'à la fin de la période de garantie du taux de prime. Pour une police comportant une clause de remboursement, l'écart entre les primes futures prévues et les frais de rétention futurs prévus des titulaires et les charges au titre des nouveaux sinistres (à l'aide des bases des titulaires) contribuera aux flux monétaires des ristournes d'expérience. On utilise habituellement un simple pourcentage de la prime qui représenterait l'écart entre les frais de la prime pour les bénéficiaires et les pertes prévues sur les nouveaux passifs en excédent de celles autorisées dans la prime rajustée en fonction de l'insuffisance des frais.

8.5.2.7 *Passif supplémentaire payable en raison de l'insuffisance des primes de risque jusqu'à la fin de la période de garantie des primes de risque*

En ce qui concerne les polices ne comportant pas de clause de remboursement, on présume habituellement que les hypothèses sur les passifs statutaires se matérialiseront dans l'ensemble seulement et que toutes les fluctuations sont neutralisées entre les polices. Cependant, en ce qui concerne les polices avec clause de remboursement, des résultats d'expérience favorables pour une police génèrent des flux monétaires au titre des ristournes d'expérience et ne serviraient donc pas à compenser les résultats d'expérience défavorables pour une autre police. C'est la raison pour laquelle les primes de risque existent.

Quand les taux de prime sont établis de manière à couvrir adéquatement les sinistres attendus et les frais de rétention, les primes de risque annuelles globales « requises » pour l'ensemble des polices correspondent à la hausse annuelle globale prévue des déficits, en tenant compte de la volatilité par police. Les cas dont la volatilité est plus grande (écart-type d'expérience plus élevé) ont plus de chances de générer un remboursement ou un déficit et il faut donc imputer des primes de risque plus élevées. Par exemple, les petits cas d'assurance-vie avec clause de remboursement comportent

habituellement une volatilité proportionnellement plus élevée que les cas plus importants d'assurance-maladie avec clause de remboursement.

Si les primes de risque sont établies à un niveau trop bas, on s'attend à d'autres flux monétaires attribuables à la volatilité. Pour une police en particulier, cela correspond à l'écart entre les primes de risque requises et les primes de risque réelles jusqu'à la fin de la période de garantie des primes de risque. Une PED serait ajoutée à la prime de risque requise utilisée dans le calcul du passif des ristournes d'expérience futures.

L'actuaire évaluerait si les primes de risque sont suffisantes pour couvrir les déficits futurs et déterminerait s'il faut établir un passif additionnel pour les ristournes d'expérience futures. À cette fin, cela pourrait impliquer, par exemple, de comparer les augmentations globales historiques des déficits et les primes de risque historiques ou de simuler de manière stochastique les augmentations futures des déficits, ou toute autre méthode. Toutefois, pour la plupart des sociétés, les données statistiques pour effectuer une analyse de ce genre ne sont pas disponibles en raison du nombre relativement peu élevé de cas à tarification rétrospective et l'actuaire formule l'hypothèse que les primes de risque sont suffisantes s'il estime que l'insuffisance potentielle n'est pas importante.

8.5.2.8 Rajustement pour la conservation prévue des polices

Si la clause de remboursement prend fin quand la police prend fin, les flux monétaires déterminés ci-haut peuvent être actualisés en fonction du taux annuel prévu de conservation des polices. Les excédents enregistrés après la cessation et pour toute la période de liquidation (*run-off*) reviennent à l'assureur plutôt qu'au titulaire. Il faudrait cependant faire preuve de grande prudence pour déterminer ce taux en raison de l'antisélection probable exercée par les groupes en déficit et de l'effet des périodes de liquidation pour chaque police. En pratique, la plupart des sociétés n'ont pas suffisamment de résultats d'expérience pour déterminer une persistance adéquate et ne font donc aucune hypothèse au chapitre de la cessation.

8.5.3 Recours à des approximations pour déterminer le passif des ristournes futures

Des approximations sont couramment utilisées pour déterminer le passif des ristournes d'expérience futures.

Il arrive souvent que la période résiduelle de la garantie des taux soit courte, que l'intérêt crédité promette des taux semblables à ceux de l'hypothèse de taux d'intérêt dans les passifs des titulaires et que les primes de risque soient présumés suffisantes, auquel cas le passif pour les ristournes d'expérience futures se résume à la marge entre la base du titulaire et la base statutaire. Dans ces situations, certains actuaires conserveront l'excédent du passif du titulaire sur le passif statutaire à titre de passif pour les ristournes d'expérience, rajusté en fonction des déficits police par police existant au moment de l'évaluation. Dans la mesure où le passif du titulaire est inférieur au passif statutaire, les déficits futurs qui en découlent ne sont pas pris en compte, car ils sont déjà prévus dans le passif statutaire. Dans les deux cas, l'actuaire risque d'ignorer le fait que les passifs n'ont peut-être pas le même lien à toutes les durées et ainsi, les remboursements peuvent se faire à des durées plus rapprochées pour générer des déficits plus tard.

Les actuaires qui ont recours à ces approximations seraient au courant des limites énumérées plus bas et décideraient si l'approximation permet toujours d'établir une provision suffisante et raisonnable :

Les différences entre les passifs du titulaire et statutaire imputables aux écarts dans le taux d'intérêt aux fins de l'évaluation ou dans les frais d'évaluation ne contribuent pas aux flux monétaires des ristournes d'expérience et ne les compensent pas non plus.

Cette approximation ne tient pas compte des écarts entre l'intérêt crédité garanti et l'intérêt requis sur le passif des titulaires.

Elle ne tient pas compte des écarts entre les primes et les frais de rétention prévus du titulaire et les sinistres jusqu'à la fin de la période de garantie du taux de prime.

Elle ne tient pas compte de toute insuffisance des primes de risque jusqu'à la fin de la période de garantie des primes de risque.

Si l'actuaire a eu recours à une approximation pour déterminer le passif des ristournes d'expérience, tel que décrit ci-haut, et si les flux monétaires des ristournes d'expérience qui en découlent ne sont pas explicitement inclus dans la mise à l'essai des scénarios selon la MCAB, il pourrait alors s'avérer nécessaire de rajuster le passif sur une base de juste valeur (chapitre 3855⁶). À cette fin, on peut avoir recours à des techniques d'approximation. On pourrait par exemple multiplier le passif des ristournes d'expérience par le ratio de la valeur comptable à la valeur comptable avant l'adoption du chapitre 3855⁷ des actifs appuyant le portefeuille collectif. L'actuaire pourrait aussi affecter certains actifs pour appuyer le passif des ristournes d'expérience dont la valeur comptable avant l'adoption du chapitre 3855 correspond au passif établi et puis déclarer la juste valeur de ces actifs.

8.5.4 Recouvrement du déficit

En tout temps, une police à tarification rétrospective peut avoir un déficit accumulé qui se définit comme étant le solde d'expérience négatif du titulaire, déduction faite des fonds que l'assureur a le droit contractuel de compenser. La plupart des actuaires ne conservent pas une valeur recouvrable aux fins de ces déficits⁸ puisque les polices collectives peuvent prendre fin en tout temps et que le déficit ne serait pas recouvrable. Avec si peu de cas, il est peu probable que l'actuaire ait des données statistiques pertinentes sur la conservation (se reporter au point 8.5.2.8) des polices d'assurance collective en déficit ou qu'il puisse appliquer ces statistiques à un petit bloc de polices.

Il y a toutefois une exception lorsqu'il existe des marges du titulaire positives, telles que décrites à la section 8.5.2.3, qui généreront des excédents futurs. La libération de ces marges permettra de rembourser les déficits accumulés. Un passif des ristournes d'expérience négatif (c.-à-d., recouvrement du déficit présumé) peut ainsi être détenu dans la mesure où il est couvert par une telle marge.

⁶ Valeur des réserves fondée sur les actifs évalués conformément au chapitre 3855 du *Manuel de l'ICCA*.

⁷ Évaluation des actifs fondée sur la valeur amortie des actifs, et non sur la valeur conformément au chapitre 3855 du *Manuel de l'ICCA*.

⁸ p. ex. quand il n'y a aucune entente contractuelle de remboursement (une entente de non-responsabilité) ou aucune RFS accumulée.

Si l'actuaire prend le crédit des recouvrements futurs autrement que pour cette exception, il doit tenir compte de certaines considérations.

Le paragraphe 2130.29 des normes de pratique stipule que si un assureur détient un élément d'actif se rapportant à des déficits accumulés selon la formule de ristournes d'expérience, l'actuaire vérifierait le caractère approprié et recouvrable du montant constaté comme compte à recevoir à l'aide des hypothèses d'évaluation et des méthodes appliquées aux ristournes d'expérience, puis rajusterait au besoin la valeur du passif des polices. Il faut discuter avec le comptable des critères régissant la constatation des déficits recouvrables et les examiner avec celui-ci.

Le paragraphe 2130.28 des normes de pratique précise de plus que l'élément ristourne d'expérience du passif des polices ne serait pas négatif, sauf si dans le cadre du règlement, il peut être déduit d'un autre élément de passif ou être recouvré auprès des titulaires de polices. En pratique et en règle générale, les assureurs n'ont pas établi au bilan des éléments d'actif au titre du déficit recouvrable (il n'est habituellement pas possible d'établir des probabilités en raison du nombre relativement limité de cas du genre et en particulier, en tenant compte que ceux qui ont des déficits dans certains scénarios économiques risquent de procéder éventuellement à une antisélection) au-delà des montants de sûreté, p. ex., RFS ou convention de non-responsabilité.

8.5.5 Réserves pour fluctuations des sinistres

En vertu de la plupart des conventions de tarification rétrospective, l'excédent d'une police doit en tout ou en partie être détenu dans une RFS jusqu'à ce que celle-ci atteigne un niveau précisé et les paiements réels des ristournes d'expérience sont rajustés en conséquence. La RFS représente les dépôts que le titulaire est tenu d'effectuer auprès de l'assureur pour couvrir les fluctuations futures défavorables des sinistres et que l'assureur peut prélever à la fin de l'accord financier en cas de déficit ou dans d'autres situations autorisées dans le contrat. Le niveau de provisionnement requis est habituellement fonction de la taille de la police, de la protection assurée et d'autres aspects du profil de risque. Des intérêts sont crédités à la RFS et elle ne serait jamais négative. Les fonds ne sont habituellement pas dus au titulaire avant que la police collective ne prenne fin ou qu'elle ne soit pas renouvelée. Les fonds sont majorés (réduits) du nouvel excédent (déficit) d'expérience à la comptabilisation finale. Des limites sont imposées au montant de la RFS qui est déductible à des fins fiscales; elles sont décrites à la section 12. La RFS peut être intégrée aux provisions techniques ou traitée comme une somme en dépôt. Les considérations relatives à l'évaluation sont semblables à celles s'appliquant aux sommes en dépôt, avec constatation adéquate de tout risque de taux d'intérêt.

8.6 Polices avec clause de non-responsabilité

Les flux monétaires à l'égard des sinistres et des ristournes d'expérience habituellement utilisés aux fins de l'évaluation selon la MCAB peuvent être remplacés par les flux monétaires liés à l'intérêt crédité du titulaire ainsi que les flux monétaires liés aux actifs découlant des primes à recevoir et des créances de non-responsabilité.

8.7 Passif lié aux sommes en dépôt

Les sommes en dépôt représentent habituellement l'excédent des titulaires dû, mais non versé, y compris les intérêts courus à la date de l'évaluation. En règle générale, en vertu du contrat, l'assureur n'a pas accès à ces fonds pour couvrir les fluctuations des sinistres. Si le compte est crédité et assorti des taux d'intérêt à court terme du marché et adossé par des actifs à court terme à rendement supérieur, il n'est habituellement pas nécessaire de mettre à l'essai le scénario de taux d'intérêt et le solde du compte correspond à la valeur adéquate du passif. Autrement, ou quand les taux d'intérêt sont garantis, les flux monétaires associés aux sommes en dépôt seraient intégrés à l'évaluation selon la MCAB pour calculer une provision suffisante aux fins du risque de taux d'intérêt. Si le titulaire peut retirer ces sommes sans rajustement à la valeur marchande, cette option serait prise en compte pour déterminer le niveau global du risque de taux d'intérêt.

8.8 Considérations relatives aux frais

Les paragraphes 2350.31 à 2350.39 des normes de pratique renferment des considérations générales relativement à la formulation des hypothèses liées aux frais. En outre, la note éducative intitulée « Hypothèse de frais prévus » donne des conseils pour formuler l'hypothèse fondée sur la meilleure estimation des frais (<http://www.actuaires.ca/members/publications/2006/206134f.pdf>).

Les frais rattachés aux sinistres comprennent notamment les frais encourus pour administrer et payer les sinistres et sont projetés jusqu'à la fin de la durée du passif des sinistres. Ils comprennent les frais médicaux continus, les frais de réadaptation et les frais indirects connexes. Les frais d'administration généraux comprennent les frais de souscription, d'administration et de rémunération des ventes ainsi que les frais indirects et ils sont projetés jusqu'à la fin de la durée du passif des polices actives.

Un taux d'inflation cohérent avec le scénario de taux d'intérêt serait habituellement appliqué aux frais dans les flux monétaires futurs.

Pour certains groupes, les tiers administrateurs (TA) accomplissent certains services administratifs. Dans ces cas, les services offerts par l'assureur peuvent varier avec le temps et cela peut influencer sur les coûts unitaires. Les coûts unitaires sont parfois déterminés en fonction du type d'administration (administré par l'assureur, auto-administré ou TA) et répartis selon la moyenne à tous les titulaires.

Il se peut que les frais réels encourus par l'assureur varient de ceux explicitement reflétés dans les frais de rétention (les frais imputés au client pour les cas comportant une clause de remboursement) ou provisionnés en vue des flux monétaires des frais des sinistres futurs. Les frais de rétention sont habituellement assujettis à des considérations relatives au marketing et à la concurrence et il faut donc formuler les hypothèses d'évaluation indépendamment des frais de rétention.

Les frais d'administration des sinistres exprimés en pourcentage du montant des prestations peuvent varier selon la durée et être pris en compte dans les flux monétaires du passif pour les assurés invalides. En règle générale, les frais liés aux nouveaux sinistres en invalidité sont beaucoup plus élevés que ceux des sinistres invalides depuis un certain nombre d'années. Il importe également de voir à ce que les coûts unitaires de

l'évaluation témoignent des frais prévus réels, car la base utilisée pourrait ne pas être liée aux facteurs de frais réels. Par exemple, si l'hypothèse des frais d'administration des sinistres était exprimée en pourcentage du montant des prestations déduction faite des réductions de rente, une fluctuation du niveau des réductions influencerait sur les frais des sinistres dans le cadre de l'évaluation.

8.9 Considérations relatives aux actifs

Pour les flux monétaires à l'égard des actifs aux fins de l'évaluation des polices d'assurance de personnes, on applique habituellement des hypothèses et méthodes conformes à celles utilisées pour d'autres produits. Contrairement à la plupart des autres produits, cependant, les primes à recevoir constituent souvent un actif important (bien qu'à court terme) et on tient compte dans l'évaluation du risque de taux d'intérêt connexe.

Dans l'exécution de la MCAB, l'actuaire prendrait en compte les actifs investis disponibles pour appuyer les passifs des polices. En ce qui a trait à l'assurance collective, certains actifs non investis peuvent être assez importants et pourraient aussi être adéquats pour appuyer la mise à l'essai de la MCAB, notamment les actifs sous forme de primes à recevoir et de déficits recouvrables.

Les primes à recevoir sont habituellement élevées pour les portefeuilles d'assurance collective. Certains actuaires estimeraient que les primes à recevoir sont semblables à de l'encaisse et les traiteraient à ce titre aux fins de l'essai de la MCAB.

Dans la même veine, le recouvrement des déficits pourrait être réputé de l'encaisse. L'actuaire tiendrait compte de l'échéancier probable et du montant prévu des décaissements avant d'en tenir compte dans l'essai de la MCAB.

Même si, règle générale, les actifs investis peuvent servir à appuyer le passif des polices d'assurance collective de personnes, l'actuaire pourrait devoir affecter les éléments d'actif selon le type de prestation pour comprendre les problèmes liés à la gestion actif-passif (GAP) qui risquent de se présenter. Par exemple, les sociétés peuvent avoir pour pratique d'adosser les sinistres ENR à court terme à des actifs à revenu fixe à plus long terme, d'où éventuellement une plus grande volatilité de l'excédent de la société. L'actuaire comprendrait et examinerait la philosophie et les pratiques de chaque société en matière de GAP pour affecter les actifs à l'appui des diverses provisions techniques.

9. SERVICES ADMINISTRATIFS SEULEMENT (SAS)

En vertu du paragraphe 2320.27 des normes de pratique, la durée du passif d'un contrat de SAS sans garantie de frais se terminerait à la date du bilan. Le passif serait de zéro, car les primes sont égales aux sinistres réglés. Cependant, si les frais ont été garantis par l'assureur, l'actuaire vérifierait le passif avec la durée égale à la durée résiduelle de la garantie, et si la valeur du passif se révèle supérieure, la durée du passif serait alors prolongée. Autrement dit, dans la mesure où les frais garantis sont insuffisants pour couvrir les frais futurs prévus plus les MED, un passif serait établi pour les insuffisances des frais futurs.

La section 10 porte sur les considérations qu'il faut prendre en compte pour déterminer le passif quand les contrats de SAS sont souscrits avec réassurance en excédent de pertes.

Même si le passif est supérieur à zéro, il y a habituellement un risque de taux d'intérêt minimal en cause dans les contrats de SAS et, le cas échéant, on peut habituellement ne pas tenir compte des flux monétaires dans l'essai du scénario de taux d'intérêt dans le cadre de la MCAB.

10. RÉASSURANCE EN EXCÉDENT DE PERTES

La réassurance en excédent de pertes est habituellement souscrite pour limiter l'exposition du titulaire aux pertes d'une police sous-jacente administrée par l'assureur, le titulaire ou un tiers. Les modalités de la protection peuvent comprendre des passifs pour ristournes d'expérience futures et le recouvrement de déficits.

Un passif pour sinistres futurs témoignerait de la mesure dans laquelle le coût prévu des sinistres de réassurance en excédent de pertes survenus pendant la durée du passif (y compris les sinistres qui pourraient être réglés après la durée du passif) plus la PED excède la valeur actualisée des primes garanties aux fins de la protection de réassurance en excédent de pertes. Il faudrait peut-être aussi établir un sinistre ENR pour prévoir les sinistres associés aux primes déjà reçues.

Il y a habituellement un risque de taux d'intérêt minimal en cause dans les contrats de réassurance en excédent de pertes et on peut en toute sécurité ne pas tenir compte des flux monétaires dans l'essai du scénario de taux d'intérêt dans le cadre de la MCAB.

Compte tenu de la nature de la protection de réassurance en excédent de pertes, l'actuaire peut envisager s'il convient d'effectuer une analyse ou des simulations stochastiques pour déterminer les coûts prévus associés à la prestation aux fins d'établir le passif des polices. Cette démarche permettrait d'évaluer de manière plus réaliste le passif (et la MED) que ceux qui découleraient de l'application du scénario déterministe de la mortalité d'évaluation.

11. FRAIS D'ACQUISITION REPORTÉS (FAR)

Le report des frais d'acquisition, décrit aux paragraphes 2320.23 et 2320.24 des normes de pratique, permet à l'actuaire de prolonger la durée du passif (c.-à-d. le passif des polices actives) pour recouvrer les FAR. Des FAR sont habituellement établis pour reconnaître que certains frais déjà encourus pourraient être recouvrables à même des revenus futurs. Dans le cas des polices d'assurance à long terme, tous les revenus futurs sont déjà pris en compte dans le passif des polices; il ne serait donc pas approprié d'établir un actif pour FAR distinct. Cependant, si la durée du passif est courte, comme c'est habituellement le cas pour l'assurance collective, il se pourrait que des revenus futurs prévus ne soient pas pris en compte dans le passif des polices et, ainsi, il y aurait peut-être lieu d'établir un actif pour FAR. Pour décider s'il convient d'établir un actif pour FAR et le montant de cet actif, il faut réfléchir et en discuter avec le comptable. De nombreuses sociétés n'établissent pas des FAR pour des groupes employeur-employés, puisque les frais d'acquisition sont considérablement inférieurs aux frais généraux de gestion et seraient amortis sur une période de quelques années seulement, car les groupes peuvent facilement transférer les protections à d'autres assureurs. Pour

les groupes de créanciers, d'associations et autres groupes similaires à l'égard desquels les protections se rapprochent de celles des polices d'assurance-vie individuelle, les FAR peuvent alors être plus appropriés.

Les frais d'acquisition encourus constituent le point de départ pour déterminer l'actif pour FAR. Les FAR sont amortis au fur et à mesure que des revenus sont disponibles. L'actuaire vérifierait de manière explicite le caractère recouvrable de l'actif pour FAR. Même si les PCGR ne limitent pas étroitement le type de revenus qui peuvent servir à cette fin, l'actuaire fait appel à son jugement au sujet de la recouvrabilité dans le contexte de l'évaluation. Par exemple, la libération prévue des PED n'est pas une source de recouvrement adéquate.

Il y aurait généralement un certain lien entre la source du recouvrement et les frais initiaux, par exemple, seuls les revenus futurs en ce qui concerne le même groupe sont normalement réputés disponibles pour recouvrer les FAR d'une police d'assurance collective. Lorsqu'il convient d'établir un actif pour FAR, voici certaines considérations à prendre en compte :

- la mesure dans laquelle le recouvrement des FAR est déjà pris en compte dans le passif des sinistres futurs (plus la durée du passif des sinistres futurs est longue, moins il y aura de marges résiduelles pour recouvrer les FAR);

- les marges bénéficiaires dans les primes futures après les PED (il faudrait prendre soin de ne pas compter en double les marges bénéficiaires futures, par exemple, les marges utilisées pour recouvrer les déficits ou réduire le passif des ristournes d'expérience futures);

- la conservation prévue des polices.

12. CONSIDÉRATIONS FISCALES

Les paragraphes 2320.42 à 2320.48 des normes de pratique décrivent le traitement des impôts sur le revenu dans le cadre de l'évaluation. Pour projeter les flux monétaires de l'actif et du passif, l'actuaire formulerait des hypothèses explicites à l'égard des impôts futurs dans les situations où il y a des écarts permanents et temporaires existants ou futurs entre les valeurs comptables et fiscales. L'agencement du passif comptable découlant des passifs ou actifs d'impôts futurs et du passif des polices permet de prévoir de manière adéquate les impôts futurs.

L'hypothèse de meilleure estimation à l'égard des impôts sur le revenu est une prolongation du régime fiscal en vigueur, c.-à-d. la législation fiscale substantiellement promulguée. L'actuaire serait au courant des éventuelles modifications apportées aux lois fiscales et de l'effet de celles-ci sur le passif des polices (telle que découlant, par exemple, de l'adoption du chapitre 3855 du *Manuel de l'ICCA*), mais ne tiendrait pas compte de ces propositions avant qu'elles ne soient substantiellement promulguées.

Au Canada, les règlements fiscaux peuvent engendrer des différences entre les valeurs fiscales et comptables, par exemple :

- l'imposition de certaines catégories d'actifs peut être différent de la comptabilisation statutaire;

pour les garanties d'assurance ILD et des autres garanties d'assurance-maladie, le passif fiscal correspond habituellement à 95 % du passif statutaire;

l'Agence du revenu du Canada impose des limites au chapitre du montant qui peut être déduit :

en règle générale, le montant déductible à l'égard d'une RFS se limite à 25 % de la prime annuelle en vertu de la police;

pour être déductible, la ristourne d'expérience doit être payable l'année suivant l'année d'imposition (réf. : *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada, alinéa 138(3) a) iv);

un impôt sur le revenu de placement (impôts de la partie XII) peut être payable sur certaines garanties d'assurance collective (p. ex. rente de survie, vie libérée, certaines polices d'assurance-crédit sur la vie ou des polices d'assurance-vie individuelle souscrite via une association). L'impôt de la partie XII n'est pas déductible aux fins de l'impôt sur le revenu au Québec.

En outre, il peut y avoir des écarts entre le passif fiscal et le passif statutaire au moment des acquisitions. Il peut également y avoir des écarts permanents ou des écarts temporaires existants ou futurs entre les valeurs selon les PCGR canadiens et les valeurs fiscales étrangères en ce qui a trait à l'actif et au passif découlant des polices émises à l'extérieur du Canada.

L'actuaire consulterait la note éducative intitulée « Note éducative sur l'impôt futur sur le revenu et l'impôt de remplacement »

(www.actuaires.ca/members/publications/2002/202065f.pdf).

13. RÉASSURANCE

La réassurance est un phénomène courant dans le secteur de l'assurance collective de personnes. Bien que de nombreuses opérations de réassurance soient très spécialisées, la plupart comportent certains éléments de coassurance, de coassurance modifiée et de réassurance en excédent.

En vertu des conventions de coassurance, l'assureur cède une partie de la police à au moins un réassureur. Chaque réassureur conserve le passif des polices sur sa part des polices. L'assureur principal est redevable du versement au titulaire des prestations prévues au contrat.

Dans le cadre de la coassurance modifiée, l'assureur cède une partie du passif à d'autres assureurs, mais conserve les actifs adossant le passif des polices (à titre de somme due aux réassureurs) dans ses propres livres.

En vertu de la réassurance en excédent, la protection des sommes au-delà de la limite de rétention de l'assureur est cédée à un réassureur qui détient le passif des polices en rapport avec la protection.

Le paragraphe 2130.16 des normes de pratique fournit des conseils quant au traitement de la réassurance dans le cadre de l'évaluation. Les sommes recouvrées auprès d'un réassureur sont fonction de la solvabilité soutenue du réassureur. L'actuaire tiendrait donc compte de la santé financière du réassureur dans le cadre de l'évaluation des flux monétaires futurs découlant du recouvrement au titre de la réassurance. De plus, les

paragraphe 2130.30 à 2130.32 des normes de pratique stipulent que le réassureur serait présumé exercer à son avantage l'option de reprise ou toute autre particularité prévue dans le contrat de réassurance.

En vertu des conventions de coassurance, l'assureur ne conserve pas d'actifs adossant l'excédent des passifs bruts sur les passifs nets. Dans cette situation, il est impossible d'appliquer rigoureusement la MCAB. Pour évaluer le passif brut, diverses méthodes produisant des résultats qui sont raisonnables par rapport au passif net peuvent être appliquées.

14. CONSIDÉRATIONS INTERNATIONALES

Les titulaires de polices d'assurance collective peuvent exercer leurs activités dans plusieurs territoires et la protection peut être émise au Canada à l'intention d'employés de titulaires de polices d'assurance collective qui résident dans un autre territoire. Il peut y avoir mise en commun multinationale des risques (c.-à-d. mise en commun du risque sur les vies assurées dans des territoires différents). Les normes de pratique fournissent des conseils à l'égard de nombreuses considérations internationales, par exemple, à la sous-section 2330, il est question des taux d'intérêt étrangers et la sous-section 2340 porte sur les problèmes pour déterminer les taux de change étrangers.

Il peut y avoir des écarts permanents ou temporaires existants ou futurs entre les PCGR canadiens et les valeurs fiscales étrangères à l'égard des actifs et des passifs découlant de polices émises à l'extérieur du Canada (se reporter à la section 12).

Voici d'autres considérations à prendre en compte :

- le volume limité des résultats d'expérience concernant les personnes résidant à l'extérieur du Canada;
- les risques sociaux/politiques qui peuvent exister à l'extérieur de l'Amérique du Nord;
- le contexte juridique et fiscal différents dans le pays de résidence de l'assuré;
- pour la couverture médicale, la disponibilité de programmes d'assurance-maladie parrainés par les gouvernements locaux.

ANNEXE A – GLOSSAIRE

Accord financier

Aussi désigné accord de tarification rétrospective, accord de souscription ou accord sur les ristournes d'expérience.

Il s'agit d'un document précisant les modalités financières de la méthode de tarification rétrospective sur laquelle se sont entendus l'assureur et le titulaire de la police. L'accord peut aussi préciser les pratiques à appliquer pour déterminer le taux de renouvellement. Il s'agit habituellement d'un accord supplémentaire au contrat d'assurance, mais il peut être intégré au contrat en question. Dans la présente note, on utilise l'expression « accord financier ».

Clause de non-responsabilité (*Hold Harmless*)

L'expression « clause de non-responsabilité » est utilisée pour décrire une entente en vertu de laquelle le titulaire « conserve » certains passifs (en règle générale, les sinistres ENR) ou une entente prévoyant le remboursement de tout déficit futur.

Crédibilité

Une mesure de la validité des résultats antérieurs du groupe comme indice des résultats futurs, habituellement utilisée dans la tarification prospective. Elle est liée à la taille du groupe et à la fréquence des sinistres.

Délai de carence

Il s'agit de la période entre la date de l'invalidité et le moment où le versement de la première prestation d'ILD entre en vigueur ou que l'exonération de la prime prend effet.

Excédent d'expérience (déficit si négatif)

S'entend de l'excédent :

des primes plus l'intérêt sur les soldes et les flux monétaires du passif des titulaires, sur

les sinistres réglés, plus les dépenses et autres frais, plus l'augmentation du passif des titulaires (pour les sinistres encourus et parfois les sinistres futurs).

Tous les éléments seraient calculés conformément aux règles en matière de tarification rétrospective figurant dans l'accord financier. Par exemple, en cas de mise en commun, les sinistres réglés et le passif du titulaire excluraient les sommes mises en commun et les frais de la mise en commun seraient inclus dans les « autres frais ».

Prime de risque

Il s'agit d'une prime explicite dans les états financiers du titulaire avant de déterminer la ristourne d'expérience ou le déficit. La pratique courante consiste à ajouter ce montant à la prime totale.

La prime de risque est habituellement fixée de manière globale de sorte que la somme des frais imputés par la société d'assurance dans le cadre de tous les accords financiers vise à couvrir l'augmentation globale des pertes des titulaires (non

garanties par une clause de non-responsabilité) pour tous les titulaires avec remboursement, puisqu'il est impossible de compenser ces pertes au moyen des excédents d'autres polices avec clause de remboursement.

Impôts à payer

Valeur fiscale des passifs telle que définie dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et la *Loi sur les impôts* (Québec).

Mise en commun du risque catastrophique

Se reporter à la section sur la réassurance en excédent de pertes ci-après.

Prime minimale

Aussi désignée SAS à provisionnement partagé et tarifé selon l'expérience en réassurance en excédent de pertes.

Les sinistres sont remboursés sur une base de SAS jusqu'à concurrence d'une certaine limite et les sinistres en excédent de cette limite sont tarifés selon l'expérience.

Prime non acquise

Primes reçues avant la date de l'évaluation à l'égard d'une période après la date de l'évaluation.

Provision pour assurés invalides (PAI)

Autre nom pour le passif des sinistres déclarés de l'ILD et de l'exonération de primes.

Réassurance en excédent de pertes

Aussi désignée mise en commun du risque catastrophique et, dans le cas de la réassurance en excédent de pertes individuelle, mise en commun des sinistres élevés.

Terminologie utilisée pour décrire les divers types de mise en commun disponibles en vue de diminuer le risque du titulaire sur un contrat assuré avec tarification rétrospective ou sur un contrat de SAS (dont il est question aux sections 5 et 10).

La réassurance en excédent de pertes globale permet de mettre en commun la somme globale des sinistres du groupe et la réassurance en excédent de pertes individuelles, le montant de chaque sinistre en excédent d'un montant précis.

Réserve pour fluctuation des sinistres (RFS)

Aussi désignée provision ou fonds pour la stabilisation des sinistres, provision ou fonds pour la stabilisation des primes.

Dans la présente note, on utilise l'expression « réserve pour fluctuation des sinistres (RFS) ». Une description figure à la section 8.5.5.

Ristournes d'expérience

Les ristournes d'expérience consistent à verser l'excédent à un titulaire dont la police est à tarification rétrospective, l'excédent étant déterminé conformément à l'accord financier conclu entre l'assureur et le titulaire de la police.

SAS

Services administratifs seulement – S’entend d’une disposition en vertu de laquelle le titulaire de la police est responsable du coût des sinistres et de frais convenus.

Tiers administrateur (TA)

Autre partie qui administre les dispositions du contrat et verse peut-être les prestations.

Il y a un risque supplémentaire pour l’assureur en raison des problèmes d’intégrité des données et de la rapidité de réception de l’information.

Tarifé selon l’expérience

L’expression sert à décrire les polices à l’égard desquelles l’expérience du groupe est utilisée pour déterminer les primes ou les remboursements.

Dans la présente note, on utilise l’expression « tarifé de manière prospective » pour décrire les groupes qui sont tarifés selon l’expérience dans le cadre du processus d’établissement de la prime, mais qui ne sont pas nécessairement admissibles à des remboursements.

Dans la présente note, on utilise l’expression « tarification rétrospective » à l’égard des groupes qui sont admissibles à recevoir des ristournes d’expérience selon leurs résultats déterminés de manière rétrospective.

ANNEXE B – PROBLÈMES LIÉS AUX DONNÉES

L'intégrité des données est souvent un problème dans l'évaluation du passif des polices d'assurance collective de personnes. Parmi les problèmes fréquents de données, mentionnons :

les évaluateurs ou les agents d'indemnisation des sinistres d'ILD suspendent parfois le paiement des sinistres en attendant la preuve médicale de l'invalidité qui se prolonge (la pratique courante consiste à continuer à conserver les passifs pendant cette période de suspension; cependant, si ladite période se prolonge pendant plus de trois ou quatre mois, l'évaluateur pourrait avoir oublié de mettre un terme au sinistre);

en ce qui a trait aux polices d'assurance collective importantes, la plupart des assureurs accordent à leurs souscripteurs une grande marge de manœuvre dans la conception des dispositions en matière de provisionnement et il arrive souvent que les systèmes administratifs ne sont pas suffisamment souples pour consigner la nature exacte des dispositions;

il se peut que les sinistres d'ILD ou d'exonérations de primes ne soient pas intégrés promptement au système administratif ou que les dossiers ne soient pas rapidement fermés à la cessation;

le montant des prestations d'ILD futures pourrait être mal interprété aux fins de l'incidence des montants compensatoires ou des clauses d'ajustement au coût de la vie;

de nombreux contrats d'ILD permettent de compenser en tout ou en partie les sommes gagnées par l'ayant droit en période de réadaptation (le montant net de la prestation payable peut varier considérablement d'un mois à l'autre). Il n'y aura probablement que le plus récent paiement qui figurera au dossier de la réclamation et ainsi, la projection des flux monétaires, et donc le passif, variera vraisemblablement beaucoup d'un mois à l'autre à moins que l'actuaire n'ait recours à une certaine forme de moyenne de ces compensations en période de réadaptation;

certain problèmes de données sont particuliers à l'assurance-crédit collective (par exemple, le solde impayé des prêts assurés et le montant du capital assuré qui varie avec le temps, etc.);

les accords financiers peuvent ne pas être suffisamment documentés et il conviendrait habituellement de prendre soin de bien interpréter les accords pour évaluer le passif des ristournes d'expérience et établir l'actif aux fins du recouvrement des déficits.

Voici des suggestions que l'actuaire aurait peut-être intérêt à prendre en compte pour valider l'intégrité des données :

si une personne demande de l'assurance ILD et que la police collective comporte des clauses à la fois d'exonération de la prime et de protection ILD, il conviendrait de vérifier qu'il existe une exonération de prime correspondante, le cas échéant (c.-à-d. si le délai de carence et la définition d'invalidité sont les mêmes ou si la définition de la garantie d'exonération de prime est moins restrictive, il en découlerait habituellement une exonération de prime correspondante si la société offre aussi l'assurance-vie collective);

l'actuaire comparerait le registre des sinistres-décès et le dossier des exonérations de prime et des sinistres ILD pour s'assurer qu'il n'y ait pas un sinistre d'invalidité en cours de paiement concernant un assuré à l'égard duquel l'assureur aurait versé une prestation de décès. Il faut aussi vérifier que l'assureur ne détient aucun passif d'assurance-vie libérée concernant des assurés à l'égard desquels l'assureur aurait versé une prestation de décès;

il faut veiller à ne pas détenir un passif pour un sinistre qui a été réglé sous forme de montant forfaitaire;

il faut rencontrer périodiquement les souscripteurs ayant des polices importantes pour examiner les accords financiers des ventes et renouvellements récents;

une comparaison des règlements des sinistres pris en compte dans le calcul du passif par rapport à ceux effectués au cours du mois peut permettre de déceler les incohérences;

un examen de routine des primes impayées peut permettre de cerner d'éventuels problèmes si, à des fins de conservation, les pratiques usuelles ne sont pas respectées, p. ex. il se peut que des sinistres continuent d'être payés après la fin de la période de grâce;

il faut vérifier si les dates sont réalistes, par exemple, la date de naissance doit être antérieure à la date d'invalidité et elle ne doit pas révéler que le participant est trop jeune ou trop vieux;

l'actuaire vérifierait que la date de rechute correspond à la date originale de l'invalidité;

il faut vérifier les paiements dont le montant dépasse un seuil donné afin de déceler les erreurs de codage concernant des sommes importantes qui pourraient influencer sensiblement sur le passif;

si le versement des prestations d'ILD est temporairement suspendu ou si les paiements diffèrent temporairement des paiements futurs prévus, les paiements futurs prévus seraient donc, de préférence, pris en compte dans le calcul du passif et non reposer sur les paiements en cours;

l'actuaire examinerait les vérifications de l'intégrité des données effectuées par les services administratifs, le service de comptabilité, le service de vérification interne ou les vérificateurs externes;

pour les groupes autogérés, il vérifierait si les données sont complètes, exactes et communiquées en temps opportun;

l'actuaire vérifierait les renseignements concernant la vérification des primes et des sinistres transmis par les tiers administrateurs;

il faut s'assurer que la date du sinistre est exacte, plus particulièrement en raison de son incidence sur les études de retard de codage et la protection pour réassurance en excédent de pertes;

il conviendrait de vérifier que les réductions de prestations d'ILD sont codées et traitées comme il se doit;

il conviendrait de vérifier que la croissance des primes est raisonnable par rapport à l'évolution des données d'évaluation et conforme à l'évolution du passif des sinistres ENR;

en ce qui concerne la validation des mouvements d'affaires, l'actuaire comparerait les changements apportés aux données d'évaluation avec les flux monétaires figurant dans les états financiers;

l'actuaire examinerait périodiquement les listes d'assurance libérée pour repérer les personnes excédant les âges maximaux (le nombre de personnes âgées de plus de 100 ans devrait être restreint);

l'actuaire analyserait les ratios réels sur prévus afin de déterminer si les résultats sont raisonnables (par exemple, si vous avez 500 certificats d'assurance-vie libérée dont les assurés ont plus de 75 ans et qu'aucun décès n'est survenu en six mois, il faudrait mettre en doute la validité des données);

pour les exonérations de prime en suspens, l'actuaire réviserait périodiquement depuis combien de temps elles sont restées en suspens (si cette période est trop longue, elles ont peut-être été approuvées ou rejetées sans avoir été codées);

l'actuaire comparerait les ristournes d'expérience déclarées au client et les estimations préparées pendant l'année afin de déterminer s'il y a des problèmes de données influant sur l'évaluation ou si des problèmes d'ordre administratif influent sur les calculs en matière de tarification rétrospective;

il conviendrait de vérifier que les ristournes d'expérience versées ont été libérées du passif accumulé des ristournes d'expérience.

ANNEXE C

PASSIFS À L'ÉGARD DES RISTOURNES D'EXPÉRIENCE FUTURES**Passif accumulé des ristournes d'expérience**

La formule de comptabilisation des ristournes d'expérience [1] ci-dessous est une formule type contractuelle de tarification selon l'expérience qui sert à déterminer la ristourne d'expérience ou le déficit du titulaire pour une période de déclaration financière du titulaire. Voici comment le passif accumulé des ristournes d'expérience (se reporter à la section 8.5.1) se calcule.

[1] Prime – rétention – sinistres + intérêt crédité – augmentation du passif du titulaire
= hausse des ristournes d'expérience – augmentation des déficits

Remarques :

1. La formule de tarification selon l'expérience peut avoir pour effet de modifier soit le passif accumulé des ristournes d'expérience soit le déficit.
2. La portion gauche de l'équation de la formule [1] correspond à l'expérience globale du bloc de polices avec clause de remboursement.
3. La portion droite de l'équation de la formule [1] regroupe les ristournes d'expérience séparément des déficits, compte tenu du fait que certaines polices produiront des remboursements et d'autres, des déficits, même si les résultats globaux du bloc de polices avec clause de remboursement pourraient être comme prévu⁹. Il faut faire attention aux signes. Un déficit est un excédent négatif. Par exemple,
hausse des ristournes d'expérience = +4M\$, augmentation des déficits = +3M\$,
donc, hausse des ristournes d'expérience – augmentation des déficits = +1M\$.
4. Cette formule tient la route dans de nombreuses situations : provisionnement de taux par garanties, conventions de non-responsabilité ou recouvrements des RFS. La hausse des ristournes d'expérience comprend les fluctuations des recouvrements accumulés des RFS ou des conventions de non-responsabilité.
5. Appliquée au niveau de la police, la portion droite de l'équation se traduirait par une fluctuation soit des ristournes d'expérience soit des déficits, ou des deux.

En tenant compte de ce qui suit :

[2] Rétention = frais sur les primes + frais sur les sinistres

= (Prime pour frais + prime de risque + marge bénéficiaire) + (frais d'administration des sinistres)

[3] Augmentation du passif du titulaire = (passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres) + (fluctuation du passif du titulaire à l'égard des sinistres actuels)

⁹ Habituellement, la hausse des ristournes d'expérience sera positive. Les ristournes d'expérience sur un bloc de polices avec remboursement ont tendance à augmenter avec le temps. L'augmentation des déficits sera normalement négative. Les déficits globaux sur un bloc de polices, y compris les déficits liquidés, ont tendance à augmenter avec le temps.

= (Passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres) + (intérêt requis sur le passif existant du titulaire – sinistres d'évaluation du titulaire – frais d'évaluation du titulaire)

où :

sinistres d'évaluation du titulaire s'entend des sinistres fondés sur les hypothèses d'évaluation du titulaire

frais d'évaluation du titulaire s'entend des frais fondés sur les hypothèses d'évaluation du titulaire.

En remplaçant [2] et [3] dans [1], nous obtenons :

[4] Hausse des ristournes d'expérience – augmentation des déficits = prime – prime pour frais – prime de risque – marge bénéficiaire – frais d'administration des sinistres – sinistres + intérêt crédité – passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres – intérêt requis sur le passif existant du titulaire + sinistres d'évaluation du titulaire + frais d'évaluation du titulaire

Par conséquent, en remaniant [4] :

[4A] Hausse des ristournes d'expérience – augmentation des déficits

= sinistres d'évaluation du titulaire – sinistres

+ intérêt crédité – intérêt requis sur le passif existant du titulaire

+ frais d'évaluation du titulaire – frais d'administration des sinistres

+ prime – prime pour frais – marge bénéficiaire – passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres

– prime de risque

En transférant l'augmentation des déficits du côté gauche [4A] au côté droit :

[4B] Hausse des ristournes d'expérience

= sinistres d'évaluation du titulaire – sinistres

+ intérêt crédité – intérêt requis sur le passif existant du titulaire

+ frais d'évaluation du titulaire – frais d'administration des sinistres

+ prime – prime pour dépenses – marge bénéficiaire – passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres

+ augmentation des déficits – prime de risque

Passif pour les ristournes d'expérience futures

Le passif pour les remboursements futurs correspond à la valeur actualisée des ristournes d'expérience projetées pour chaque période future. Cependant, les primes et les frais de rétention associés ne seront pas projetés au-delà de la fin de la période de garantie des taux.

Dans l'optique de l'évaluation selon les PCGR canadiens, le terme « sinistres » devrait signifier des sinistres plus la MED, qu'on pourrait appeler « sinistre d'évaluation » selon

les PCGR. Dans la mesure où les flux monétaires des sinistres présumés dans la base du titulaire sont supérieurs à ceux de la base selon les PCGR, cela produit des flux monétaires des ristournes d'expérience futures. La valeur actualisée de cet écart est appelée « Marge du titulaire à l'égard du passif des sinistres existants ».

[5] Marge du titulaire à l'égard du passif des sinistres existants = Valeur actualisée (VA)
(sinistres d'évaluation du titulaire – sinistres d'évaluation selon les PCGR)

De même, au chapitre du passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres, les sinistres présumés sur la base du titulaire peuvent varier de ceux établis sur la base des PCGR. Même si le passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres est imputé à l'expérience en fonction de la prime, l'écart serait remboursé sous forme de ristourne d'expérience future et ainsi, sa valeur actualisée devrait être intégrée au passif des ristournes d'expérience. Cette mesure est désignée : « Marge du titulaire au titre du passif des nouveaux sinistres ».

Le passif à l'égard des ristournes d'expérience futures (se reporter à la section 8.5.2) correspond à la valeur actualisée de toutes les ristournes d'expérience futures :

[6] VA(ristournes d'expérience)

= Marge du titulaire à l'égard du passif des sinistres existants + Marge du titulaire au titre du passif des nouveaux sinistres (8.5.2.3)

+ VA(intérêt crédité – intérêt requis sur le passif existant du titulaire) (8.5.2.4)

+ VA(frais d'évaluation du titulaire – frais d'administration des sinistres) (8.5.2.5)

+ Prime – prime pour frais – marge bénéficiaire – passif du titulaire à l'égard des nouveaux sinistres (8.5.2.6)

+ Augmentation des déficits – prime de risque (8.5.2.7)

ANNEXE D

EXEMPLE DE TEST DE SUFFISANCE À L'ÉGARD DU PASSIF DES SINISTRES D'ASSURANCE ILD

Durée du sinistre	Réserve au 1 ^{er} janv. 2007	Paiements réels	Intérêt d'évaluation	Réserve au 31 déc. 2007	Gain au 31 déc. 2007
11+	375 000	65 000	17 125	330 000	-2 875
10	94 000	17 000	4 275	85 000	-3 725
9	105 000	20 000	4 750	92 000	-2 250
8	110 000	22 000	4 950	100 000	-7 050
7	125 000	25 000	5 625	110 000	-4 375
6	150 000	24 000	6 900	135 000	-2 100
5	160 000	22 000	7 450	140 000	5 450
4	180 000	24 000	8 400	160 000	4 400
3	225 000	31 000	10 475	200 000	4 475
2	290 000	52 000	13 200	235 000	16 200
1	380 000	81 000	16 975	300 000	15 975
Toutes les durées précédentes	2 194 000	383 000	100 125	1 887 000	24 125
Sinistres de l'année en cours		23 000		400 000	
Total		406 000		2 287 000	

Cette analyse illustre la suffisance du passif des sinistres au début de la période, selon la durée du sinistre. Elle permet de vérifier si le passif établi au début de la période est suffisant pour provisionner à la fois les prestations qui seront versées pendant ladite période et le solde des passifs à la fin de la période. Elle tient compte du fait que l'intérêt au taux d'intérêt d'évaluation est aussi disponible pour provisionner ces sommes.

Aux fins de l'analyse, il faut séparer les provisions pour sinistres selon l'année de l'invalidité et relier le règlement des sinistres au passif qui leur est associé. Les sinistres de l'année en cours figurent dans l'exemple ci-haut afin de pouvoir réconcilier le total des versements aux passifs de clôture.

En excluant la PED du passif du début et de clôture, il est possible de mettre à l'essai la suffisance des hypothèses relatives à l'expérience prévue (c.-à-d. le gain prévu est de zéro).

Dans l'exemple donné ci-haut, le passif semble au départ suffisant, puisque le gain à la liquidation est supérieur à zéro. Toutefois, après une étude plus approfondie, on peut constater que des pertes sont enregistrées aux périodes ultérieures. Il faudrait peut-être faire preuve de jugement pour déterminer s'il s'agit de pertes actuarielles ou d'insuffisance du passif. À la lumière du modèle illustré dans l'exemple, il est davantage probable que les hypothèses formulées dans les périodes ultérieures sont insuffisantes. Les hypothèses conservatrices formulées dans les périodes antérieures masquent l'insuffisance des périodes ultérieures.

La suffisance aux fins des sinistres ENR peut aussi être étudiée à l'aide de cette méthode.