

M^{me} Marie-Josée Pelletier
Conseillère en régimes d'assurance collective

Assurance collective – le renouvellement : comment l'assureur fixe-t-il les primes ?

Le renouvellement annuel d'un régime d'assurance collective entraîne souvent plusieurs interrogations quant à la façon dont sont établies les nouvelles primes pour la prochaine année. Comment sont-elles déterminées ? Quels sont les facteurs qui influencent les coûts du régime ? Voici quelques notions qui pourront sans doute vous aider à y voir plus clair !

Garanties démographiques et garanties à expérience

En assurance collective, les assureurs font une distinction entre ce qu'ils appellent les garanties démographiques (ou «garanties mises en commun») et les garanties à expérience. L'assurance vie de base de l'adhérent, l'assurance décès et mutilation par accident, l'assurance vie des personnes à charge et l'invalidité de longue durée entrent dans la catégorie des garanties démographiques, alors que l'invalidité de courte durée, l'assurance maladie (incluant les soins visuels) et les soins dentaires sont des garanties à expérience. La méthode utilisée pour déterminer la prime est différente pour chacune de ces catégories.

Comment sont établis les taux des garanties démographiques ?

Les garanties comme l'assurance vie ou l'invalidité de longue durée entraînent des demandes de réclamations peu fréquentes, mais lorsque des montants sont payés par l'assureur, ils sont habituellement élevés. C'est la raison pour laquelle ces garanties sont mises en commun par l'assureur, c'est-à-dire qu'il ne tiendra pas compte des primes et des réclamations payées pour le groupe, mais plutôt de celles de l'ensemble des groupes qu'il assure pour les garanties concernées.

Ainsi, les taux pour les **garanties démographiques** sont établis à partir de bases tarifaires de l'assureur considérant, entre autres, la composition démographique de chacun des groupes (l'âge, le sexe et les volumes d'assurance des adhérents) et le profil des invalidités de longue durée (le nombre, la durée).

À partir du seul critère de l'âge, par exemple, on sait que tout le monde vieillit d'un an chaque année ! Même s'il n'y a aucun autre changement dans la démographie, le vieillissement naturel du groupe entraîne un changement sur le plan du risque, ce qui se reflétera dans la nouvelle prime.

D'autres facteurs sont également considérés par l'assureur, comme les réserves pour les adhérents invalides exonérés, les taux d'intérêt et le type d'industrie (dans notre cas, le milieu municipal). Ces concepts étant plutôt techniques, l'essentiel à retenir est que les taux de prime pour les garanties démographiques sont principalement établis sur des bases théoriques et directement liés à la composition de chacun des groupes.

Qu'en est-il des garanties à expérience ?

Les taux des **garanties à expérience**, comme leur nom l'indique, sont établis en fonction de «l'expérience du groupe», c'est-à-dire les primes payées par l'employeur et les employés ainsi que les réclamations remboursées aux personnes assurées. Par «personnes assurées», on entend les employés, bien sûr, mais également leurs personnes à charge (conjoint/enfants) pour les garanties d'assurance maladie et soins dentaires. Pour les garanties à expérience, les primes perçues par l'assureur pour l'année à venir doivent être suffisantes afin de payer les réclamations qui seront remboursées aux personnes assurées.

Dans le but d'établir les taux requis, l'assureur tentera de reproduire l'expérience anticipée pour la prochaine année en se basant sur les primes reçues et les réclamations remboursées au cours de la dernière année et en tenant compte, notamment, des éléments suivants :

- La mise en commun des réclamations de médicaments et d'assurance voyage : pour pallier le risque que des réclamations très élevées viennent détériorer l'expérience du groupe, l'assureur applique des mécanismes de mise en commun pour les médicaments et l'assurance voyage. En ce qui concerne les médicaments, les montants des réclamations et les primes à soustraire de l'expérience sont habituellement ceux prévus par la Société de compensation en assurance médicaments du Québec (les modalités sont fixées selon la taille du groupe). Pour l'assurance voyage, toutes les réclamations sont généralement retirées de l'expérience et n'entrent pas dans le calcul des taux ;
- Les réserves : les réclamations remboursées par l'assureur sont majorées par une estimation des réclamations qui ont déjà été engagées, mais qui n'ont pas encore fait l'objet d'une demande de remboursement à l'assureur ;
- L'inflation : elle reflète l'augmentation du coût des médicaments et des soins de santé et dentaires. Ce taux d'inflation est généralement plus élevé que celui de l'indice des prix à la consommation (IPC), souvent utilisé pour établir les ajustements de salaire annuel. Le vieillissement du groupe peut également amener l'assureur à appliquer un facteur de détérioration anticipée ;
- La crédibilité : il s'agit de l'importance que l'assureur accorde à l'expérience du groupe par rapport à son expérience générale pour un grand nombre de groupes. La crédibilité est exprimée en pourcentage et dépend de la taille de chaque groupe.

Cela dit, comment l'assureur fixe-t-il les primes ?

La formule pour calculer le coût de l'assurance peut se résumer ainsi :

Primes = (réclamations + réserves) + frais de l'assureur + inflation

Selon le résultat obtenu :

- si les primes sont **inférieures** aux réclamations + frais + inflation = une **hausse** est requise;
- si les primes sont **supérieures** aux réclamations + frais + inflation = une **baisse** est proposée;
- si les primes sont **égales** aux réclamations + frais + inflation = un **maintien** est possible.

Bref, pour les garanties à expérience, rien ne se perd, rien ne se crée, puisque chaque dollar payé en réclamation se répercute sur la prime de l'année suivante.

Quels éléments peuvent expliquer des hausses de primes ?

- Une augmentation des coûts et de l'utilisation (nombre de réclamations). Les hausses des coûts des médicaments ont un impact important;
- Une augmentation de la consommation de médicaments coûteux;
- L'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments à coûts annuels élevés;
- Le vieillissement du groupe;
- Une augmentation du nombre et/ou de la durée des invalidités;
- Une augmentation des invalidités touchant de plus hauts salariés;
- Un repositionnement de la tarification à la suite d'une mise au marché (si la tarification du nouvel assureur ne reflète pas le comportement réel du groupe quant à l'utilisation du régime, une hausse des primes est à prévoir).

Les avantages du programme FQM !

Avec comme objectif de limiter autant que possible les hausses de primes, le programme d'assurance collective de la Fédération québécoise des municipalités (FQM) comporte des mesures mises en place dans le but de stabiliser les primes et d'éviter des fluctuations importantes d'un renouvellement à l'autre, ce qui, à terme, permet des économies pour les organisations et les employés.

Notre équipe est à votre disposition afin de répondre à vos questions et vous fournir l'accompagnement requis pour le renouvellement ou tout autre aspect de la gestion de votre régime.

N'hésitez pas à communiquer avec moi au 1 866 951-3343, poste 1250.