

## La Fédération et son rôle en matière d'assurances – I Principes généraux

*Michel Desrosiers*

**L**A MAJORITÉ DES MÉDECINS ont besoin d'assurance invalidité, d'assurance vie et de l'incontournable assurance médicaments. Et il ne manque pas de fournisseurs. Comprenez-vous bien le rôle de votre Fédération dans ce domaine ? Et ce qui motive ses choix ? C'est notre sujet ce mois-ci. Lisez donc ce qui suit !

Vous détenez sûrement des assurances, puisque les Canadiens ont la réputation d'être assurés jusqu'aux oreilles. Plusieurs acteurs offrent différents produits et une douzaine d'assureurs se livrent concurrence au Québec. Alors qu'est-ce que la Fédération vient faire dans ce marché ?

### **Une longue histoire**

La participation de la Fédération au monde des assurances remonte à 1964, l'année suivant le début de ses activités. De façon à répondre à la demande, elle avait mis sur pied un régime d'assurance collective à l'intention de ses membres. Ce régime a évolué pour devenir le programme OMNIMAX d'aujourd'hui. À ses débuts, le régime comportait surtout de l'assurance invalidité. Lors de ses négociations avec les assureurs potentiels, la Fédération visait à convenir d'un contrat adapté à la réalité des médecins, qui répondait le mieux possible à leurs besoins.

La formule de l'assurance collective permettait (et permet encore) à la Fédération de respecter ces exi-

gences et de s'assurer que la tarification est concurrentielle, tout en lui donnant un levier pour intervenir lors de difficultés entre médecins et assureurs.

### **Assurance collective ou individuelle**

En assurances de personnes (vie, invalidité de longue durée, maladie), il y a deux formes, soit le contrat individuel et le contrat collectif. Dans le cas d'un contrat individuel, une personne fait affaire directement avec un assureur. Le contenu du contrat est établi à l'adhésion, de même que la tarification qui est souvent fixe pour la durée du contrat. Tant que l'assuré acquitte les primes et que l'assureur demeure solvable, le contrat sera honoré. L'assuré doit évaluer si le contrat répond bien à ses besoins, souvent à l'aide des conseils d'un courtier ou d'un agent et, en cas de problème, régler lui-même ses problèmes avec l'assureur. Comme la tarification dans un contrat individuel est fixe, l'assureur ne peut pas se « reprendre » advenant une détérioration de l'expérience de ses assurés par rapport aux projections. L'assureur peut donc être moins souple devant des situations difficiles. Dans le pire des cas, ceci peut obliger l'assuré à retenir les services d'un avocat pour le représenter dans des négociations ou dans une poursuite civile contre l'assureur.

L'assurance collective est un « ménage à trois », soit une association ou un employeur conclut un contrat avec l'assureur au bénéfice de ses membres ou de ses employés. Par la suite, les personnes visées peuvent (ou doivent, dans le cas d'un régime

*Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*

**Le choix du modèle « collectif » permet à la Fédération de conserver un rôle actif face à l'assureur en ce qui a trait aux produits offerts, tant en ce qui concerne la tarification que le règlement des réclamations difficiles.**

*Repère*

d'employeur), contracter l'assurance offerte. La négociation quant au contenu du contrat et à la tarification se fait entre le preneur (l'association ou l'employeur) et l'assureur. La tarification peut évoluer avec le temps en fonction de l'expérience du groupe. Le contrat entre l'assuré et l'assureur vise une année à la fois, mais tant que le contrat entre l'association et l'assureur est en vigueur, la protection sera généralement renouvelée annuellement. Dans les groupes d'association, où les membres ne sont pas obligés de souscrire, la tarification évolue souvent en fonction de l'âge de chaque assuré, par paliers de cinq ou dix ans. Les réclamations se font directement par l'assuré auprès de l'assureur. Si un assuré a un problème d'application du contrat, le preneur peut toujours intervenir. Les assureurs sont alors plus ouverts à de telles interventions du fait que le coût du règlement est ainsi imputé au groupe et pourra, au besoin, être récupéré par un ajustement de la tarification. Enfin, les mêmes facteurs permettent aux assureurs et preneurs d'apporter des modifications au contrat pour maîtriser les coûts ou offrir des avantages supplémentaires.

### **Un choix qui s'impose**

Ces différences expliquent le fait que le régime parainé par la Fédération est collectif. Toutefois, la Fédération a aussi dû choisir une structure de tarification. Certains régimes auxquels l'adhésion est obligatoire ont une tarification unique, sans égard à l'âge. Par souci d'équité intergénérationnelle et du fait que les médecins sont libres d'adhérer auprès d'une association ou d'une autre quand vient le temps de contracter une assurance, la Fédération a plutôt choisi une tarification par paliers qui est fonction de l'âge.

Le taux, lorsque la tarification est sans égard à l'âge, est fonction à la fois de la couverture offerte et de l'âge moyen du groupe. De façon générale, la même protection en assurance vie ou in-

validité « vaut » plus cher lorsque l'assuré est plus âgé. Le taux d'un groupe ayant un âge moyen plus élevé serait donc supérieur à celui d'un groupe dont l'âge moyen serait plus bas. Devant une telle tarification, les plus jeunes seraient portés à « magasiner leur groupe » en adhérant au groupe dont l'âge moyen serait le plus faible. Un tel comportement rendrait instable l'adhésion aux différents groupes et pourrait mettre en danger la pérennité de certains régimes. Les membres dont l'état de santé se serait détérioré depuis leur adhésion initiale pourraient ainsi se retrouver sans assurance et ne pourraient en souscrire une nouvelle.

De plus, la tarification par paliers d'âge permet aux jeunes médecins de bénéficier de taux réduits, ce qui leur permet de détenir plus de protection durant une période de leur vie où ils en ont plus besoin. Le choix de tarification de la Fédération s'est donc fait dans l'intérêt à long terme des adhérents et du régime lui-même.

La tarification du régime OMNIMAX en assurance vie et invalidité de longue durée est stable depuis une dizaine d'années, bien que les primes évoluent en assurance médicaments, phénomène qui n'est pas unique au régime de la Fédération. Enfin, le fait que le régime de la Fédération soit distribué par un courtier, Dale Parizeau Morris Mackenzie, fait en sorte qu'un médecin peut obtenir à la fois une assurance individuelle et collective pour répondre à ses besoins en assurance vie ou en assurance invalidité de longue durée.

Le mois prochain, nous traiterons de l'assurance médicaments et de sa tarification. À la prochaine ! 📞

### **Correctif.**

Une erreur s'est glissée dans l'article « Questions de bonne entente » du numéro de mai 2009 (page 80). En effet, le code de facturation d'une indemnité journalière hors UMF, en établissement pour les milieux urbains est le **19914**, et non le 91914 comme l'indique le tableau II. Toutes nos excuses !

**La tarification par paliers d'âge répartit le coût réel de la protection selon l'âge de chaque participant, tout en assurant la pérennité du régime.**

Repère