

Le point de vue de l'Inspecteur général des Institutions financières

Jean-Marie Bouchard

Volume 56, Number 3, 1988

NUMÉRO SPÉCIAL SUR LE SIDA

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1104644ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1104644ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Bouchard, J.-M. (1988). Le point de vue de l'Inspecteur général des Institutions financières. *Assurances*, 56(3), 343–357. <https://doi.org/10.7202/1104644ar>

Article abstract

The point of view of the Inspector General of Financial Institutions on *AIDS, an insurable risk?*, is indeed interesting. The author is well versed on AIDS, how it is transmitted, and the number of carriers of the virus in the world. He looks at insurance claims, the role of insurers, legislation, the notion of discrimination, screening, etc. How are insurance companies reacting and what, in fact, are insurers doing? This, basically, is the question discussed in this article, a question which presents a major role in Mr. Bouchard's function, that is, consumer protection or protection of the clients of insurance companies.

**Le point de vue de
l'Inspecteur général des Institutions financières
(1)**

par

Jean-Marie Bouchard (2)

343

The point of view of the Inspector General of Financial Institutions on AIDS, an insurable risk ?, is indeed interesting. The author is well versed on AIDS, how it is transmitted, and the number of carriers of the virus in the world. He looks at insurance claims, the role of insurers, legislation, the notion of discrimination, screening, etc.

How are insurance companies reacting and what, in fact, are insurers doing ? This, basically, is the question discussed in this article, a question which presents a major role in Mr. Bouchard's function, that is, consumer protection or protection of the clients of insurance companies.



Le sida est-il un risque assurable ? Comme Inspecteur général des Institutions financières, ma responsabilité première est la protection du public consommateur ou du public clientèle des compagnies d'assurances. J'ai aussi une autre responsabilité liée à la première, celle de la surveillance des compagnies quant à leur solvabilité.

D'après la constitution, les assurances sont de la juridiction des provinces. C'est pourquoi toutes les compagnies ou sociétés d'assurances qui font des affaires au Québec doivent obtenir un permis annuel de mon organisme, permis accordé à la suite d'une vérification de leurs états financiers et d'une surveillance de leurs pratiques.

À la fin de 1987, 193 sociétés d'assurances de personnes étaient sous notre surveillance dont 39 à charte du Québec, si on exclut les

(1) Colloque de la Chaire en assurance de l'Université Laval, 28 avril 1988.

(2) Inspecteur général des Institutions financières.

sociétés de secours mutuels. Quant aux sociétés d'assurances générales, elles ne sont pas pertinentes en rapport avec le sida.

344 En vous entretenant ainsi brièvement de mes responsabilités, je n'apprends évidemment rien à ceux qui oeuvrent dans le monde de l'assurance et qui sont ici présents. Par contre, j'apprends peut-être quelque chose aux médecins et chercheurs en laboratoire ainsi qu'à d'autres participants qui sont avec nous. Habitué à des auditoires de financiers, je suis conscient de vivre aujourd'hui une expérience nouvelle en compagnie de praticiens de la santé et je vais un peu m'aventurer sur le terrain qui est le leur.

C'est que le sida représente une difficulté particulière, un cas unique pour les compagnies d'assurances. Je constate que cette maladie, apparue il y a peu d'années et à dimension épidémique, a comme caractéristique distinctive une longue période d'incubation, ce qui est déroutant et ne permet pas de connaître exactement le nombre de ceux qui sont porteurs du virus. De plus, nous ne sommes pas certains si tous ceux qui ont le virus deviendront un jour malades. C'est une question controversée sur laquelle je reviendrai plus loin. Les prévisions des compagnies d'assurances s'en trouvent fort compliquées. Nous savons cependant, dans l'état actuel de la science, que tous ceux qui développent la maladie se dirigent vers la mort à plus ou moins brève échéance. De ce point de vue, le risque en termes d'assurances est beaucoup plus élevé que pour d'autres maladies dans l'ensemble de la population.

Avant de m'engager plus avant dans le sujet des assurances, je dois considérer des questions essentielles : de quelle façon le virus du sida se propage-t-il, combien de cas y a-t-il chez nous et le nombre est-il susceptible d'augmenter de façon considérable dans les années à venir, quelle est la probabilité de mortalité de ceux qui sont atteints par le virus mais non encore malades ?

D'abord, la première question : comment le virus se transmet-il ? Nous vivons actuellement une polémique sur la contagion, point important pour les assurés et les assureurs.

D'après la version la plus couramment acceptée, la transmission se fait exclusivement lors de relations sexuelles, en particulier via la porte ouverte par les muqueuses génitales, et par contact avec

le sang s'il y a une plaie, par transfusion sanguine et piqûre avec une seringue infectée.

D'après une deuxième version, illustrée récemment avec brio dans le livre de Masters et Johnson, *Le cri d'alarme*, le virus du sida serait transmissible, entre autres, par la salive et la sueur. Voilà des perspectives de contamination qui ont de quoi donner des sueurs froides aux actuaires des compagnies d'assurances. Que le virus ait été identifié dans la salive, c'est un fait scientifique. Selon mes renseignements, il serait possible pour quiconque d'entre nous d'ingérer le virus par la salive, évidemment sans le savoir, mais ce virus serait détruit par l'acidité de l'estomac. Le pouvoir de transmission du virus VIH est faible et sa force vient de son aptitude au camouflage.

345

Faut-il devenir alarmiste ? Madame Barzach, ministre de la Santé en France, en dénonçant la perspective du *Cri d'alarme* a fait la distinction entre une maladie contagieuse qui implique une attitude passive de la part des individus, et dès lors un fatalisme, et maladie transmissible, par le sang et par voie sexuelle, qui implique un comportement. La prévention est en effet le meilleur moyen d'éviter de nouveaux cas de sida, mis à part ceux qui sont déjà infectés. La permissivité en matière sexuelle, l'éthique, la morale sont mises en cause dans nos sociétés.

Le sida n'est pas une maladie contagieuse comme la peste autrefois ou le rhume encore aujourd'hui, mais les risques sont un peu plus grands que la version officielle ne l'a admis jusqu'à récemment. Par exemple, nous savons que sur 1 000 cas d'infection, les tests sanguins sont fiables dans 999 cas sur 1 000, mais quelques cas passent inaperçus et le virus peut ainsi se transmettre par transfusion sanguine. Avis au public et aux assureurs.

Ensuite, la deuxième question, essentielle pour donner au moins une certaine vraisemblance aux prévisions actuarielles des compagnies d'assurances : quelle sera la progression du nombre de cas de sida chez nous ?

Considérons d'abord le nombre de cas actuels de développement de la maladie, ce qui exclut tous ceux qui sont infectés sans être malades.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il y a plus de 75 000 cas déclarés dans le monde et l'estimation approximative du nombre de cas effectifs est de 150 000.

Comme dans plusieurs autres domaines, les États-Unis se classent premiers, au moins pour le nombre de cas déclarés, avec 40 000 cas de maladie dont 23 000 morts en 1987, probablement 50 000 cas jusqu'à aujourd'hui. La répartition n'est pas égale sur le territoire et il y a de fortes concentrations, par exemple à New York et à San Francisco.

346

Au Canada, à la fin de février dernier, il y avait plus de 1 600 cas de maladie depuis le début, dont 39% en Ontario, près de 30% au Québec et près de 20% en Colombie britannique. *Per capita*, la Colombie surtout et le Québec ensuite ont des taux supérieurs à l'Ontario. 491 cas dont 259 morts au Québec à la fin de février, 529 cas en cette seconde moitié d'avril, ce n'est pas élevé par comparaison avec les États-Unis : un peu plus d'un tiers sur une base *per capita*.

Considérons maintenant le nombre de porteurs du virus.

Aux États-Unis, il y aurait plus de 1 500 000 porteurs selon le *Center for Disease Control* d'Atlanta et 1,8% des hommes de 20 à 59 ans seraient dans cette situation. Masters et Johnson ont renchéri à 3 millions, ce qui a provoqué un tumulte dans les milieux d'experts. Au Canada, touché plus tard et moins touché, le nombre d'individus infectés se situerait quelque part entre 50 000 et 75 000, ce qui indique clairement les limites de nos connaissances à ce sujet. En extrapolant à partir de la part de 30% de cas déclarés qu'a le Québec au Canada, nous obtenons de 15 000 à 22 500 porteurs du virus dans notre province. Cette évaluation commence à inquiéter, en tout cas est beaucoup plus préoccupante pour l'avenir que les 529 cas de sida effectif mentionnés précédemment. Toutefois, au Canada, moins de 1% des hommes de 20 à 29 ans seraient infectés, soit une proportion deux fois moindre qu'aux États-Unis. Le taux de croissance des nouveaux porteurs serait aussi inférieur à celui des États-Unis.

Considérons enfin les prévisions ou les projections du nombre de malades au cours des années à venir.

Aux États-Unis, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a délibérément limité ses prévisions à quelques années, le nombre de

malades et de morts du sida, qui est actuellement de 50 000, passera à 270 000 en 1991. Le *Center for Disease Control* ou *CDC* prévoit aussi 270 000 cas de sida dont 200 000 décès. Ce qui devient effarant, c'est que le *CDC*, organisme non suspect de sensationnalisme, prévoit de 4 à 5 millions de porteurs additionnels. Pour sa part, Allan Salzberg du *Veterans Administration's Medical Center* en arrive à 310 000 malades et morts en 1991. Il ne s'agit pas de science-fiction : cette échéance n'est éloignée que de trois ans. Et je passe les projections à plus long terme : selon Salzberg, si les politiques de santé vis-à-vis le sida ne changent pas aux États-Unis, le nombre de malades et de morts atteindrait 2 500 000 en 1995.

347

Au Canada, il y a 59 cas de maladie par million de population, alors qu'il y en a 216 aux États-Unis. Après consultation de quelques actuaires versés en la matière au Canada, j'ai l'assurance que le ratio canadien reste toujours le même dans le scénario le plus pessimiste. En supposant, et c'est une hypothèse que j'avance, que le rythme de progression soit deux fois moindre au Canada qu'aux États-Unis, nous aurions en 1991 un peu moins de 5 000 cas, y compris les décès, avec une proportion d'un peu moins de 1 500 au Québec. Ces chiffres paraissent réalistes aux personnes compétentes en la matière dans le secteur des assurances.

Toutefois, depuis l'automne dernier, la progression est moins rapide que prévu. Si cette nouvelle tendance se maintient, les projections seront à réviser à la baisse. Les foyers d'infection, ceux des groupes à haut risque, ont-ils été circonscrits ? Même si la réponse à cette question est affirmative, une inconnue demeure. Les épidémiologistes rappellent que, dans un cas d'épidémie, un nouveau foyer de contagion peut apparaître de façon imprévue.

J'en viens à ma troisième question : quelle est la probabilité que ceux qui sont seulement porteurs du virus deviennent éventuellement malades et en meurent ? Ma réponse sera brève et claire. En consultant les prévisions, nous constatons ceci : il y a quelques années, les autorités médicales prévoyaient que 10% à 20% de ceux qui sont infectés développeraient la maladie du sida ; puis leurs prévisions ont été révisées à la hausse à 35% et, plus tard, à 50%.

La cause est facile à identifier : c'est la longue période d'incubation. Naturellement, plus les années passent, plus il y a de cas de maladie déclarés. Au cours des années passées, la période d'observation

était trop courte. Récemment, le CDC d'Atlanta, autorité mondiale en la matière, et le *Surgeon General* des États-Unis ont annoncé publiquement qu'à long terme, il est probable que près de 100% des porteurs du virus en mourront un jour. S'il y a, selon les estimations, de 50 000 à 75 000 porteurs du virus au Canada, il faut que les assureurs se préparent en conséquence.

348

Après avoir répondu à ces trois questions sur le mode de transmission du virus VIH, sur le nombre de cas de maladie dans le présent et aussi dans l'avenir selon les projections, et sur la probabilité de décès pour un individu porteur, force est d'admettre qu'il y a là un problème pour les compagnies d'assurances et pour les porteurs du virus ou séropositifs qui souhaitent se faire assurer. Le problème est heureusement beaucoup moins sérieux ici que chez nos voisins du Sud.

Faut-il croire au miracle ? La découverte d'un vaccin ou d'un traitement changerait radicalement le problème. Les optimistes disent que ce sera fait dans quelques années, ce qui est un souhait. Or, le virus du sida est le plus compliqué de l'histoire de la biologie, avec des caractéristiques redoutables. Si des chercheurs trouvent une solution, deux à trois ans seront nécessaires pour fabriquer le vaccin et le mettre sur le marché. L'échéance de 1991, avec ses cohortes de malades et de décédés, au nombre de 270 000 aux États-Unis et peut-être de 5 000 au Canada et de 1 500 au Québec, est inévitable.

En l'absence de vaccin ou de remède, le scénario suivant est généralement accepté comme le plus probable à cause de la longue période d'incubation : le nombre de sidéens augmentera régulièrement jusqu'à la fin des années 1990 puis, à cause de la prévention, diminuera par après. Sans nouvelles mesures de prévention et sans dépistage systématique d'une façon ou d'une autre, la progression pourrait continuer au début du XXI^e siècle.

À partir de là, nous ne pouvons qu'envisager l'avenir avec des estimations, si imprécises soient-elles, de 50 000 à 75 000 porteurs du virus au Canada et de 15 000 à 22 500 au Québec, avec une augmentation du nombre de cas dans les années 1990. Les assureurs ne peuvent pas se fier à une inconnue : la découverte d'un vaccin. Si une telle découverte est faite d'ici un certain nombre d'années, il sera toujours temps de changer les prévisions.

Mais d'ici là, le sida est-il un risque assurable ?

Premièrement, en ce qui concerne les porteurs du virus et sidéens déjà assurés, la question ne se pose même pas. Le sida est alors un risque assuré de facto.

Quelles seront les réclamations sur ces assurances existantes ?

L'approximation ou l'estimation dont nous disposons est celle de Michael Cowell, faite en 1987 pour la Société des actuaires de Chicago, et portant sur les États-Unis et sur le Canada. Sur la base des polices d'assurances existantes à la fin de 1986 aux États-Unis, Cowell prévoit des réclamations liées au sida d'ici la fin du siècle pour un montant de plus de 30\$ milliards en assurance individuelle et un montant d'environ 20\$ milliards en assurance collective. Au Canada, où nous disposons de moins de données, il s'agirait peut-être de 750\$ millions ou moins en assurance individuelle et de plus de 900\$ millions en assurance collective d'ici l'an 2000, toujours selon Cowell.

349

Jusque vers 1985, les compagnies d'assurances ne considéraient pas le sida comme un problème qui les concernait et ne recueillaient pas ou peu de données. Puis vinrent l'éveil et l'inquiétude. Cette inquiétude a diminué depuis. À titre d'exemple, une compagnie d'assurances n'a repéré que trois cas de séropositivité sur 45 000 tests de sang au Canada, au cours des dernières années. Ce résultat n'est probablement pas représentatif de la séropositivité dans l'ensemble de la population, parce qu'il s'agissait de tests sanguins exigés à cause des montants d'assurance demandés, qui étaient les plus élevés.

Les réclamations prévues au Canada, si elles ne mettent pas en danger la solvabilité des compagnies, porteront sur des sommes substantielles. Plusieurs de nos compagnies ont une clientèle aux États-Unis ou y détiennent des filiales. Et 20% des compagnies d'assurances américaines qui font rapport à l'Association nationale des commissaires d'assurances sont déjà sous surveillance, pour cause de problèmes financiers. Les compagnies les plus affectées seront celles dont la croissance a été forte pendant les années de propagation du virus VIH et celles dont une grande partie de la clientèle est située dans les régions où les cas de sida sont plus concentrés.

Puisqu'un problème réel existe, il est évident que les compagnies d'assurances devront se constituer des réserves actuarielles

pour le sida. Plusieurs compagnies ont prévu dans leur tarification une amélioration de la mortalité qui, probablement, ne se produira pas, précisément à cause du sida. Comme vous avez pu vous en rendre compte assez fréquemment par la voie des journaux depuis un an, le Québec est à l'avant-garde de la surveillance et du décloisonnement des institutions financières au Canada. Je ne vois pas pourquoi nous ne serions pas aussi à l'avant-garde en ce qui concerne notre propos d'aujourd'hui. C'est pourquoi j'ai l'intention de demander annuellement aux assureurs s'ils ont prévu faire face aux réclamations reliées au sida, et de quelle manière.

350

Dans l'éventualité où, au cours des années 1990, le nombre de réclamations reliées au sida serait tel que les primes payées sur les polices d'assurance existantes ne suffiraient pas, un changement au niveau des primes ou l'exclusion des cas de sida pour le paiement de l'assurance nécessiteraient une modification législative. Cette hypothèse n'est pas envisagée sérieusement, du moins pas actuellement.

Deuxièmement, en ce qui concerne les nouvelles polices d'assurance, collectives ou individuelles, la question se pose tout à fait : le sida est-il un risque assurable ?

Cette question a provoqué des débats intenses et émotifs aux États-Unis et mené dans plusieurs États à des législations limitant ou interdisant les tests sanguins pour dépister le virus VIH et empêchant de poser des questions à propos du sida à ceux qui veulent se faire assurer : en Californie, dans l'État de New York, dans le district de Columbia, en Floride, dans le Maine, au Wisconsin.

Les autorités législatives américaines ont justifié leur action par quatre raisons : éviter la discrimination à l'égard des homosexuels et des non-homosexuels qu'on pourrait confondre avec des homosexuels ; protéger la confidentialité de ceux qui sont séropositifs ; reconnaître que les tests sanguins ne sont pas fiables ; réduire l'état de phobie entourant le sida.

Avant de vérifier si ces quatre raisons sont applicables au Québec et au Canada, je relève cinq différences fondamentales avec les États-Unis.

Per capita, l'épidémie est loin d'avoir chez nous l'ampleur qu'elle a aux États-Unis.

Les groupes à haut risque des États-Unis sont organisés en groupes de pression puissants. Le *lobbying* est une caractéristique de la vie publique américaine, beaucoup plus prononcée que dans la vie publique canadienne.

Le régime politique américain rend plus facile l'action de groupes de pression auprès des représentants et des sénateurs qui ont le pouvoir d'initier des législations. Dans le régime parlementaire canadien, l'initiative législative revient ordinairement à ces membres des assemblées élues, qui possèdent en même temps le pouvoir exécutif.

Autre différence de taille : il n'y a pas aux États-Unis de régime public d'assurance-maladie, comme au Québec et au Canada. Pour un citoyen américain, se voir refuser une assurance par une compagnie parce qu'il est séropositif peut équivaloir à ne pas avoir les moyens de payer pour des soins et des traitements. Ce n'est pas le cas chez nous où l'État et les contribuables paient.

Enfin, les législations américaines ont été adoptées alors que les tests sanguins n'étaient pas aussi raffinés qu'ils le sont maintenant.

Ceci étant dit, j'en viens maintenant à la considération des quatre raisons justifiant les législations américaines.

Une première raison, la nécessité de réduire la phobie associée au sida, n'est pas valable chez nous car il n'y a pas eu ici d'hystérie collective comme chez nos voisins du Sud.

Une deuxième raison, la non-fiabilité des tests, est dépassée. Comme je le disais plus haut, les tests sont beaucoup plus raffinés qu'il y a deux ans. Lorsqu'un premier test *Elisa* est positif, la pratique est maintenant de le faire suivre d'un second test *Elisa*. Si ce second test est aussi positif, il est suivi d'un test *Western Blot*. Si ce troisième test est aussi positif, les résultats sont concluants. Ces trois tests sont faits sur le même échantillon de sang, qui sert aussi à d'autres tests en rapport avec seize ou dix-sept maladies. Lors d'un premier test, quelques cas isolés peuvent passer inaperçus. Quelques séropositifs sont devenus séronégatifs, mais il faut savoir si le test d'origine était valable ou si le virus ne s'est pas caché entre temps, pour se montrer à nouveau plus tard. Quelques cas rares ne sauraient justifier toute une législation.

La troisième et la quatrième raisons, le risque de discrimination à l'égard de groupes et le souci de discrétion, sont des préoccupations légitimes, au Canada comme aux États-Unis. Il existe cependant des moyens d'éviter ces écueils sans défendre tout test ou toute question sur le sida.

Je traiterai de ces questions de discrétion et de risque de discrimination en trois temps :

- 352
- d'abord, par la considération des lignes directrices émises par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, L'ACCAP ;
 - ensuite, en faisant la distinction entre les nouvelles polices d'assurance individuelle et les nouvelles polices d'assurance collective ;
 - enfin, par des commentaires sur des positions de principe à propos des droits de la personne.

Le 12 novembre 1987, l'ACCAP émettait des lignes directrices à propos du sida. Je signale tout de suite que dans son livre blanc sur *La réforme des institutions financières au Québec*, rendu public en octobre 1987, le ministre Pierre Fortier posait comme troisième principe directeur de sa réforme : une large part d'autoréglementation. Les lignes directrices de l'ACCAP vont dans ce sens.

D'après ces lignes directrices, l'accord du requérant pour un test sanguin est obtenu préalablement et le caractère confidentiel des résultats est préservé. Les questions à propos du sida sont permises si elles sont claires et factuelles. Aucune question ne doit viser à déterminer l'orientation sexuelle du requérant. Chaque compagnie doit établir des règles détaillées à propos des tests normalement requis d'après les critères de l'âge, du montant d'assurance demandé ou d'après des renseignements médicaux. Enfin, la décision d'assurer ou non et de fixer une prime à tel niveau ne doit pas dépendre de l'orientation sexuelle ou de résultats négatifs ou incertains de tests sanguins passés.

Les lignes directrices canadiennes sont manifestement inspirées ou influencées par les lignes directrices adoptées le 2 décembre 1986 par l'Association nationale des commissaires d'assurance des États-Unis, mais sont plus complètes et ne font pas preuve, comme le document américain, d'une obsession à propos de l'orientation

sexuelle, obsession certainement due à l'action de groupes de pression, outre-frontière.

Ces lignes directrices générales, au Canada, me paraissent satisfaisantes en regard de la non-discrimination et de la discrétion. Quant à la liberté dont dispose chaque compagnie pour exiger des tests et pour fixer les primes, il sera nécessaire d'être vigilant, tant dans l'intérêt des compagnies d'assurances que dans celui des consommateurs.

L'enjeu est de taille puisque, comparés à une personne en bonne santé, le risque de mortalité d'un séropositif est 28 fois plus élevé, compte tenu de ce que 85% des séropositifs développeront la maladie en dedans de sept ans, et le risque d'un sidéen n'est rien moins que 500 fois plus élevé. En assurance, c'est un risque astronomique.

353

Dans une telle situation, que font les assureurs ?

La situation ne se présente pas du tout de la même façon selon qu'il s'agit de nouvelles polices d'assurance individuelle ou de nouvelles polices d'assurance collective.

Au Canada, 90 à 95% des réclamations liées au sida venaient de l'assurance individuelle, selon des compilations récentes, mais cette tendance se maintiendra-t-elle ? Aux États-Unis, les réclamations seraient à peu près également partagées entre l'individuel et le collectif.

En assurance individuelle, les assureurs ont à leur disposition plus de moyens de sélection qu'en assurance collective. Jusqu'à présent, en ce qui concerne le sida, ils se sont contentés d'éliminer ce qu'on appelle l'anti-sélection, en plus d'utiliser les réponses aux questionnaires sur l'état de santé. L'anti-sélection consiste, pour quelqu'un qui se sait séropositif ou craint de l'être, à s'assurer pour des montants très élevés, allant jusqu'à six fois le montant d'assurance considéré comme habituel. Cette pratique, répandue aux États-Unis, a été identifiée dans quelques cas de réclamations au Canada l'an dernier, cas de sida d'hommes mariés avec enfants. Les assureurs exigent des tests pour 200 000\$ et plus d'assurance. Il est question d'abaisser cette limite à 150 000\$ ou à 100 000\$, mais ce n'est pas encore la pratique établie. Les assureurs ont donc utilisé jusqu'à présent peu de moyens pour circonscrire les risques du virus VIH en assurance individuelle.

En assurance collective, les moyens de sélection des séropositifs et des sidéens par les assureurs sont à peu près nuls. L'assurance collective peut être une condition d'emploi, ce qui est un point délicat. Il suffira d'un certain nombre de réclamations reliées au sida à un moment donné pour que les assureurs essaient de refléter ce nouveau risque dans les primes payées par les assurés collectifs et rendent les conversions automatiques moins fréquentes. Le risque sera donc répercuté sur l'ensemble des consommateurs, puisque le risque est assumé et assuré collectivement.

354

Pourquoi les compagnies d'assurance n'ont-elles pas réagi davantage ? Considèrent-elles que l'épidémie est sous contrôle ou qu'un milliard et demi de dollars de réclamations d'ici l'an 2000 serait absorbé sans trop de difficultés ?

À vrai dire, les compagnies d'assurances sont quelque peu inhibées par la problématique des droits de la personne au sujet d'une maladie dont les victimes ont en grande majorité des caractéristiques sociologiques précises.

Aux États-Unis, ceux qui sont malades du sida sont très majoritairement des homosexuels et des bisexuels. Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont nombreux, soit 17% des sidéens, à cause de l'usage de seringues infectées, la vente de seringues neuves n'étant pas libéralisée aux États-Unis. Il y aurait, et nous savons que les estimations sont imprécises, moins de 100 000 femmes infectées, surtout par des bisexuels et des drogués, ou encore victimes de la prostitution. Ce tableau est complété par un certain nombre d'hommes hétérosexuels, dont le nombre s'accroît.

Au Québec et au Canada, les cas de sida sont beaucoup plus concentrés dans ces catégories à haut risque que sont les homosexuels et les bisexuels. À cause de la vente libre de seringues neuves chez nous, la catégorie des usagers de drogues par voie intraveineuse représente moins de 1% des cas. Il y a aussi des hétérosexuels.

Après avoir considéré ces caractéristiques sociologiques précises, j'en viens à cette divergence philosophique fondamentale qui oppose les organismes oeuvrant pour les droits de la personne et les assureurs. Selon la vision des premiers, un individu ne doit être considéré que d'après ses qualités individuelles et non d'après son appartenance à un groupe. Si ce principe était adopté à la lettre, tout

le système d'assurance s'écroulerait, ce qui ne servirait certainement pas bien les intérêts des consommateurs. C'est pourquoi, en pratique, des aménagements sont acceptés.

La situation est la suivante. Dans la *Charte des droits du Québec*, l'article 10 interdit la discrimination sur les bases du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle. De ce fait, les assureurs ont évité de poser des questions qui auraient, autrement, fait partie de leurs questionnaires. D'après l'article 12, nul ne peut refuser de conclure un acte juridique eu égard à des biens et services au public, ce qui semble militer en faveur de l'obligation d'assurer. Or, à cause des problèmes pratiques qui se posent, l'article 90 suspend l'application de certains articles de la Charte pour certaines formes d'assurance de personnes.

355

Un accord existe cependant sur des points importants.

D'une part, les assureurs acceptent, en principe, que l'orientation sexuelle et l'origine nationale ne soient pas des motifs d'exclusion ou de discrimination, en assurance. À cause de cela, certains assureurs devraient être conscients qu'en refusant d'assurer collectivement un groupe sans tests, à cause de préjugés sur l'orientation sexuelle hypothétique, ils jouent avec les lignes directrices de l'ACCAP. Par contre, enjoindre à des agents d'assurance de ne pas solliciter délibérément certains groupes ne semble pas faire problème.

D'autre part, la Commission des droits de la personne accepte, semble-t-il, la nécessité de tenir compte de normes objectives comme l'état de santé, l'âge, le sexe, le montant d'assurance, pour fixer les primes d'assurance.

Le débat porte sur les frontières ou les limites des normes objectives, comme l'orientation sexuelle, et des normes subjectives, comme l'état de santé.

Prenons deux exemples concrets.

Premier exemple : selon la Commission des droits de la personne, si un individu refuse de passer un test sanguin pour un motif non valable, il est possible de refuser de l'assurer car l'individu ne veut pas jouer le jeu du contrat d'assurance. S'il refuse de passer le test pour un motif valable, comme la prise en considération de son origine nationale, l'assureur est tenu de l'assurer. Ceci paraît relever

du bon sens et en accord avec les principes mentionnés plus haut mais n'a pas encore fait l'objet de jurisprudence. C'est pour le moment une opinion, avec toute la relativité que cela comporte.

356 Deuxième exemple : la Commission des droits de la personne considère la séropositivité et le sida comme des handicaps au sens de la Charte, au même titre que les maladies cardiaques et pulmonaires, par exemple. Selon cette interprétation, il y a obligation d'assurer les séropositifs et les sidéens, ce qui a de sérieuses implications, mais la Commission accepte que les primes soient fixées en proportion du risque. Comme je l'ai mentionné plus haut, le séropositif présente 28 fois plus de risque de mortalité qu'une personne en bonne santé et le sidéen, 500 fois plus. Les primes seront donc fixées à un niveau tellement élevé que l'effet pratique sera équivalent au refus d'assurer.

Il est tout à fait légitime que, dans le cas du sida, les primes soient fixées à un niveau qui corresponde au risque, comme c'est le cas pour les maladies cardiaques ou pulmonaires. Autrement, ce serait établir une discrimination favorable au sida. Ceci est un point sensible car, depuis quelques années, les primes ont été abaissées ou maintenues à un bas niveau à cause de la forte concurrence qui prévaut sur le marché et du recours accru à la réassurance, en particulier de la part de grandes compagnies de réassurance européennes.

Ce débat sur l'obligation ou non d'assurer et sur la fixation des primes ne sera résolu que par l'ajout à la Charte de règlements concernant les assurances et par une éventuelle jurisprudence.

D'autres facteurs extérieurs aux assurances auront des effets sur les assureurs, les assurés et ceux qui souhaitent s'assurer : les campagnes de prévention, la recherche, le dépistage systématique.

Au Québec, une quinzaine de professionnels de la recherche et, avec le personnel technique, une centaine de personnes travaillent à temps plein sur le sida. C'est minime en comparaison de ce qui se fait aux États-Unis et en France, en particulier par des organismes reconnus mondialement comme l'Institut Pasteur, en France ou l'Institut national de la santé de Washington. Toutefois, une retombée importante de la recherche au Québec, c'est la prévision. Il devient possible de fournir plus de renseignements sur l'épidémiologie de la maladie sur notre territoire.

Et le dépistage ? Il est inadéquat au Québec, au Canada, aux États-Unis et en France, pour ne citer que ces pays. Au moins la France propose-t-elle des tests gratuits à l'occasion du mariage et de la grossesse. Une mesure à considérer serait de faire passer le test pour tous les malades dans les hôpitaux.

Ne serait-ce que pour faire ressortir de façon dramatique les conséquences humaines et sociales de cette terrible maladie, je conclurai en faisant référence aux bébés qui sont nés avec le sida et, de façon plus générale, aux enfants porteurs du virus, victimes innocentes. Au 7 avril dernier, il y avait 28 cas d'enfants de 0 à 18 ans atteints, dont 18 morts au Québec. Chez ce groupe d'âge, l'augmentation du nombre de cas a été de 35% en six mois alors que, dans l'ensemble de la population, la progression a été moins rapide que prévu. On estime que d'ici octobre prochain, le nombre de cas déclarés atteindrait une quarantaine d'enfants. Voilà une nouvelle catégorie qui se constitue.

357

Les épidémiologistes comparent une épidémie à l'action du soleil sur un feu de paille sèche. Le feu peut prendre ici ou là, puis à un autre endroit, sans qu'on sache pourquoi il a pris d'un côté plutôt que de l'autre.

La progression du sida chez les bébés et les enfants devrait servir d'avertissement au public, aux assureurs, et à nous tous, sur le caractère inadéquat de l'optimisme béat et sur la nécessité de demeurer vigilants.