

Un second point de vue juridique

Luc Plamondon

Volume 56, numéro 3, 1988

NUMÉRO SPÉCIAL SUR LE SIDA

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1104646ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1104646ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Plamondon, L. (1988). Un second point de vue juridique. *Assurances*, 56(3), 370-382. <https://doi.org/10.7202/1104646ar>

Résumé de l'article

In this article, Mr. Luc Plamondon, a jurist working in the legal department of an insurance company, shares with us his thoughts on various aspects of the AIDS problem: human rights, insurance policies and the law on insurance. For example, he explores the obligation of the applicant to declare the risk, the obligation of the insurer to make insurance available to him and the right of the insurer to set an appropriate rate for the premium, to ask certain questions or to request specific tests.

LE SIDA, LES ASSURANCES DE PERSONNES ET LE DROIT

Un second point de vue juridique⁽¹⁾

par

Luc Plamondon⁽²⁾

370

In this article, Mr. Luc Plamondon, a jurist working in the legal department of an insurance company, shares with us his thoughts on various aspects of the AIDS problem : human rights, insurance policies and the law on insurance. For example, he explores the obligation of the applicant to declare the risk, the obligation of the insurer to make insurance available to him and the right of the insurer to set an appropriate rate for the premium, to ask certain questions or to request specific tests.



I. Commentaires préliminaires sur l'approche fondamentale des Commissions de droits et des sociétés d'assurances devant toute évaluation de l'assurabilité des individus

Pour l'assurance de personnes, l'évaluation de l'assurabilité des individus se fonde sur leur appartenance à des groupes identifiables et dont les caractéristiques de mortalité moyenne sont connues.

L'assureur est incapable de dire de telle personne qu'elle mourra dans un an, dans cinq ans ou dans vingt ans. Il ne peut dire que, si cette personne est un Canadien âgé de 30 ans et qu'elle ne présente pas de problèmes de santé particuliers, elle fait partie d'un groupe qui, en moyenne, vivra, par exemple, 42 ans. Dans ce groupe de Canadiens de 30 ans, certains mourront à 31 ans, d'autres à 40 ans et d'autres seront centenaires. Si on additionne toutes les années que

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

Les articles de M^e Madeleine Caron et de M^e Luc Plamondon faisant partie de la rubrique *Le sida, les assurances de personnes et le droit* ont une particularité commune : lors du colloque de l'Université Laval, la communication de M^e Caron et celle de M^e Plamondon ont été prononcées simultanément, chacun des deux conférenciers abordant à tour de rôle les mêmes questions.

⁽²⁾ Avocat attaché au contentieux de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

vivront ces personnes de 30 ans et qu'on divise la somme par le nombre de personnes dans le groupe, on aboutira à la réponse qu'en moyenne, chacune des personnes du groupe aura vécu 42 ans.

Cependant, il est impossible de savoir précisément qui, dans ce groupe, mourra à 31 ans et qui sera centenaire. Ce serait trop facile pour les assureurs.

L'assureur ne peut donc pas juger de la mortalité d'une personne. Il ne peut pas juger la personne qui veut s'assurer auprès de lui sur ses caractéristiques propres pour décider si elle peut être assurée et à quel taux.

Je n'ai traité jusqu'ici que de la mortalité et de l'assurance sur la vie. Mais tout ce que j'ai dit est également vrai des assurances contre la maladie et les accidents et des indices de morbidité, soit la probabilité que des personnes d'un groupe visé soient frappées de maladie ou d'invalidité.

L'essence même de l'approche de l'assureur, vis-à-vis la personne qui veut contracter avec lui, est la recherche du groupe dont la mortalité est connue et qui présente le plus de caractéristiques communes avec l'individu en cause. On ne juge pas la personne sur elle-même, mais sur son appartenance à un groupe.

Sur ce point, l'approche des assureurs est en conflit absolu avec la conduite que veulent inculquer à la population les Chartes des droits et libertés de la personne.

II. La survenance du sida et les assurances existantes

Bien qu'il n'existe aucune législation à cet effet au Québec ou dans le reste du Canada, les contrats d'assurance sur la vie présentement en vigueur ici ne peuvent pas être résiliés par l'assureur pour cause de survenance de maladie.

De façon générale, on peut dire que les contrats d'assurance sur la vie ne peuvent être résiliés par l'assureur que pour deux motifs :

- 1) le non-règlement de la prime en temps utile,
- 2) de fausses déclarations ou des réticences de la part de l'assuré dans la description du risque.

Une fois le contrat d'assurance sur la vie dûment établi, l'assureur ne dispose d'aucun droit d'y mettre fin parce que, par exemple, il découvre que l'assuré a contracté des maladies qu'il n'avait pas à l'établissement du contrat, que ce soit le sida ou toute autre maladie.

372 Il est intéressant de constater que, bien qu'aucune législation au Canada n'empêche un assureur d'insérer au contrat une clause lui permettant de le résilier si l'assuré, par exemple, était atteint du diabète ou du cancer ou découvrirait qu'il était séropositif, aucun assureur à ma connaissance ne s'est prévalu de cette possibilité. On peut se demander si ce ne serait pas aller à l'encontre des buts fondamentaux de l'assurance sur la vie que de permettre à l'assureur de se retirer du risque, au moment même où il devient plus probable qu'il se réalise.

Les contrats d'assurance contre la maladie et les accidents présentent plus de diversité que les contrats d'assurance sur la vie et certains sont résiliables au seul gré de l'assureur. Il faut vérifier chaque contrat pour savoir la réponse.

III. Le sida et la souscription de nouvelles assurances individuelles

En ce qui touche la souscription de nouvelles assurances individuelles, il faut rappeler, à titre d'introduction, que les assureurs ne font aucune différence entre le sida et toute autre affection grave, comme ils n'en font aucune entre les signes avant-coureurs du sida ou les signes avant-coureurs de toute autre maladie grave.

Sur ce point-là, pour l'assureur, le sida est une maladie comme les autres.

1. L'obligation de déclaration du risque par le proposant

Selon l'article 2485 du Code civil, la personne qui désire être assurée est tenue « de déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter ».

C'est ce qu'on appelle l'obligation générale de déclarer et cette obligation existe, avec quelques nuances ici et là, dans toutes les juridictions d'Amérique du Nord. L'obligation est très générale et ne se

limite pas à déclarer les maladies dont on souffre le jour même de la souscription de l'assurance.

Prenons, par exemple, la personne âgée de 18 ans et atteinte de la chorée de Huntington. À 18 ans, cette personne est en bonne santé et il n'y a rien à son épreuve. Pourtant, c'est connu, à 35 ou 40 ans au plus tard, tous les symptômes de cette maladie seront évidents. On peut donc être en parfaite santé aujourd'hui, mais porter en soi les germes d'une maladie fatale qui ne se manifesterà que plus tard.

Si le diagnostic de la maladie est connu au jour de la souscription, l'assuré est tenu d'en faire la déclaration, même si la maladie ne s'est pas encore manifestée. Être porteur du germe de la maladie place l'auteur dans une catégorie d'assurés dont la mortalité n'est pas la même que la catégorie de ceux qui ne sont pas porteurs du même germe.

Il en est de même pour le sida. L'obligation de déclarer ne vise pas que le sidatique connu et diagnostiqué. Elle vise également le séropositif. Je ne suis pas en mesure de discuter ici de statistiques. Tenant pour acquis que des statistiques existent, tendant à démontrer que les personnes reconnues comme séropositives auront une plus forte tendance à devenir sidatiques que celles qui ne sont pas séropositives et que les sidatiques ont une plus forte tendance à mourir plus rapidement que ceux qui ne sont pas sidatiques, la séropositivité, connue de l'assuré, est alors un fait « de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter ».

C'est donc un fait qui doit être déclaré à l'assureur.

La croyance, aussi forte qu'elle puisse être, de la part de la personne séropositive qu'elle, contrairement à beaucoup d'autres, ne deviendra pas sidatique, ne l'autorise pas à cacher ce fait à l'assureur. Il y aurait alors, à mon avis, fausse déclaration ou réticence, selon le cas.

Donc, à mon avis, tant le sidatique que le séropositif doivent le déclarer à l'assureur et l'omission de le faire pourra donner ouverture à la résiliation du contrat pour fausses déclarations et réticences, comme le prévoit l'article 2487 du Code civil.

2. L'obligation de l'assureur d'établir l'assurance**3. Le droit de l'assureur de fixer le taux de prime approprié****Introduction**

374 Tenant pour acquis que le sida et la séropositivité sont des faits qui doivent être déclarés à l'assureur, on peut quand même se poser la question, à savoir si l'assureur, connaissant ces faits, pourrait être empêché, par l'application de la Charte des droits et libertés de la personne, de refuser d'assurer cette personne ou d'exiger une prime à un taux autre que le taux ordinaire.

Si la Charte doit s'appliquer, ce ne pourrait être qu'en raison de l'application combinée des articles 10 et 12 et, quant à l'article 10, ce ne pourrait réellement être que le handicap.

Est-ce que le sida ou la séropositivité constituent des handicaps, au sens de l'article 10 de la Charte ?

Je me permettrai maintenant d'aborder la question de mon point de vue, soit celui de l'assureur, et je dirai qu'il existe quatre possibilités juridiques :

- le sida est un handicap au sens de la Charte,
- le sida n'est pas un handicap au sens de la Charte,
- la séropositivité est un handicap au sens de la Charte,
- la séropositivité n'est pas un handicap au sens de la Charte,

et nous pouvons maintenant aborder la problématique de l'application de l'article 12 à notre situation.

2. L'obligation de l'assureur d'établir l'assurance

Nous n'aborderons, en premier lieu, que la moitié du problème, soit le droit de l'assureur de refuser globalement d'assurer le sidatique ou le séropositif. La seconde moitié de la question, soit le droit de l'assureur d'exiger une prime particulière, sera traitée à l'alinéa suivant.

Tenant pour acquis l'hypothèse que le sida ou la séropositivité est un handicap au sens de l'article 10 de la Charte, est-ce que l'article 12 empêche l'assureur de refuser d'assurer le sidatique ou le séropositif ?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord décider si refuser de conclure un contrat d'assurance équivaut à refuser de conclure un acte juridique ayant pour objet des biens ou des services ordinairement offerts au public.

Si on accepte ainsi que sida et séropositivité sont des handicaps et qu'on accepte également que refuser d'assurer les personnes atteintes de cette condition constitue un refus de conclure un acte juridique ayant pour objet des services ordinairement offerts au public, il faut accepter que l'assureur ne puisse pas refuser de les assurer.

D'autre part, si on tient pour acquis que ni le sida, ni la séropositivité ne sont des handicaps au sens de l'article 10 de la Charte, il faut alors conclure que l'article 12 de la Charte ne s'applique pas à notre situation et que l'assureur peut donc refuser d'assurer les personnes sidatiques ou séropositives.

375

3. Le droit de l'assureur de fixer le taux de prime approprié

La formulation de l'article 12 est telle qu'elle ne paraît imposer que l'obligation de conclure l'acte juridique. L'assureur, évidemment, conclut constamment des actes juridiques, en établissant des contrats d'assurance et le prix de chacun de ces contrats varie d'une personne à l'autre, selon, principalement, l'âge, le sexe et l'état de santé des personnes en cause.

Tenant pour acquis que l'assureur est obligé de conclure le contrat parce que le sida, par exemple, constitue un handicap au sens de l'article 10 de la Charte, s'ensuit-il que l'assureur doive accorder à cette personne-là un taux de prime qui ne tienne pas compte de ce handicap ?

Rappelons que, d'une façon générale, le sida et la séropositivité sont, pour l'assureur, des conditions physiques semblables à toutes les autres conditions qui peuvent affecter l'état de santé des assurés. Toute la structure des assurances fait en sorte que l'assuré doit acquitter une prime appropriée à la mortalité ou à la morbidité découlant du handicap ou de la condition physique dont il est affecté. Conséquemment, l'assureur qui serait obligé, en raison de l'article 12 de la Charte, de conclure le contrat d'assurance de personne avec un sidatique, se doit d'établir une prime appropriée à ce risque et nous estimons que l'article 12 n'empêche pas l'application normale des règles d'assurance, dans un tel cas.

Évidemment, le risque est tellement élevé pour le sidatique que, dans la réalité de tous les jours, le coût en sera tellement prohibitif que le sidatique ne voudra pas s'assurer.

Néanmoins, tenant pour acquis l'application de l'article 12 à cette situation, il y a obligation d'assurer, mais le résultat serait probablement que le sidatique refusera de s'assurer.

4. Le droit de l'assureur de poser des questions ou de faire subir des tests particuliers à certains groupes de personnes plutôt qu'à d'autres

376

Face à la demande d'une personne qui désire être assurée, l'assureur cherche donc à savoir à quel groupe cette personne appartient, groupe dont la mortalité est connue et qui sert de base à l'établissement de la prime pour cet assuré.

De là, le questionnaire médical ou même l'examen médical exigé par l'assureur.

Pour comprendre le piège qui existe derrière la question que nous posons, il faut savoir que l'assureur ne demande pas un examen médical de toutes les personnes qui désirent de l'assurance et il ne pose pas nécessairement les mêmes questions à tous les assurés. Il est évident que les maladies dont est susceptible de souffrir un enfant de cinq ans ne sont pas exactement les mêmes que celles qui peuvent affliger la personne de 55 ans et plus. De la même façon, il y a des maladies ou des affections particulières à un sexe plutôt qu'à l'autre. Il faut, de plus, ne pas négliger un petit aspect commercial, mais qui a son importance, le coût des examens médicaux, coût qui est défrayé par l'assureur, exclusivement.

À la lumière de ces faits, il n'est donc pas surprenant qu'il y ait des exigences plus poussées quand vous souscrivez 1 000 000\$ d'assurance que si vous demandez simplement d'être assuré pour un capital de 10 000\$. Dans le premier cas, vous serez probablement appelé à passer un, sinon deux examens médicaux tandis que, dans le deuxième cas, on se contentera de vos réponses figurant dans la formule de proposition pour l'assurance.

De la même façon, puisque l'âge est cruel pour chacun d'entre nous, l'assureur posera plus de questions ou exigera plus d'examen médicaux de la part des personnes plus âgées qu'il ne le fera de la

part des personnes plus jeunes. À ma connaissance, il n'y a pas, en assurance sur la vie, de réelles distinctions dans les questionnaires ou les examens médicaux selon le sexe de la personne à assurer, sauf évidemment des questions pertinentes aux conditions affectant exclusivement un sexe plutôt que l'autre.

Est-ce que l'assureur, par exemple, aurait le droit d'avoir des exigences particulières, notamment de poser plus de questions par rapport au sida, s'il a des raisons, valables ou non, de croire que le proposant est homosexuel ou, par le nom de la personne, soupçonne qu'il a une origine ethnique telle qu'il a peut-être été plus exposé au risque du sida que d'autres personnes ?

377

Si un assureur reçoit une proposition d'un homme et que le bénéficiaire désigné par celui-ci est un autre homme qui n'a pas de lien de parenté avec lui, est-ce que l'assureur peut, présument que la relation entre les deux individus est homosexuelle, assujettir cette proposition à des exigences plus rigoureuses que si le bénéficiaire désigné avait été une femme ? Sur ce point, l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc., dont les compagnies-membres représentent plus de 95% du revenu-prime au Canada, recommande à ses membres de ne pas utiliser de tels points de repère, souvent très fautifs d'ailleurs.

5. Le droit de l'assureur d'exclure le risque de sida de tous les contrats

Il n'y a rien en droit qui interdirait à un assureur d'exclure, de façon générale, les décès survenant par une cause précitée au contrat.

Actuellement, le risque de suicide est un risque exclu par stipulation dans les contrats d'assurance, mais la loi du Québec limite l'application de cette exclusion aux deux premières années de l'assurance. Rien n'empêcherait, par exemple, l'assureur d'exclure complètement de ses contrats le risque de décès par cancer. Au décès, si la cause du décès est autre que le cancer, l'assureur devrait verser le capital assuré. Si la cause du décès était le cancer, l'assureur n'aurait pas à verser la somme assurée.

Ce genre de clause, aujourd'hui, est à peu près inexistant dans les contrats généraux d'assurance de personnes. Cependant, il est fréquent dans les garanties de mort accidentelle. Ces garanties contiennent assez souvent six ou sept exclusions classiques, notamment

l'exclusion du risque d'aviation. Cela signifie que le capital assuré de la garantie de mort accidentelle ne sera pas versé par l'assureur, si le décès accidentel de l'individu résulte d'un accident d'avion et que cette personne exerçait des fonctions relativement au vol fatal.

Nous sommes donc d'avis que l'assureur, s'il le désirait, pourrait, dans tous ces nouveaux contrats, insérer une clause excluant le sida comme risque couvert par cette assurance.

6. Le droit de l'assureur d'exclure le risque de sida seulement de certains contrats

378

Est-ce que l'assureur pourrait n'exclure le risque de sida que des contrats où, pour une raison quelconque, il estime que le risque est plus susceptible de survenir ?

La réponse dépend des critères utilisés pour insérer au contrat cette clause d'exclusion. Si l'assureur ne devait inclure cette clause que dans les contrats où les assurés lui ont déclaré qu'ils étaient homosexuels, je pense que ce serait là une pratique interdite par la Charte.

D'autre part, si l'assureur voulait exclure ce risque de tous les contrats dont le capital assuré est supérieur à 200 000\$, par exemple, il aurait le droit de le faire.

7. Les difficultés de formulation de toute exclusion

Cette question du droit de l'assureur d'exclure le risque de sida de tous ses contrats ou de ne l'exclure que de certains contrats est probablement théorique.

En effet, même si on répond que l'assureur a le droit d'ajouter cette exclusion dans ses contrats, on peut se demander comment elle pourrait être formulée.

De tout ce qu'on connaît du sida aujourd'hui, il semblerait facile que le médecin qui constate le décès n'indique à l'assureur, comme cause de décès, que la cause directe immédiate, comme la bronchite. Tous les bronchitiques ne sont pas des sidatiques, même si, selon l'âge du défunt, on pourrait se poser plus de questions dans un cas que dans un autre.

On peut se demander aussi si, quels que soient les termes utilisés, l'exclusion pourrait fonctionner. Dans un sens, on ne meurt pas de sida, pas plus que l'absence de bouclier n'a tué le gladiateur.

Pour qu'une clause d'exclusion du risque de sida ait le moindrement de chance d'être efficace, il faudrait qu'elle stipule que le capital assuré ne sera pas versé, quelle que soit la cause immédiate du décès, s'il est établi que le défunt était sidatique et que, n'eût été de cette déficience de son système, il ne serait pas décédé à ce moment-là de cette cause-là. Ce sera à tout le moins un fardeau de preuve très lourd pour l'assureur.

379

8. Les difficultés d'application de l'article 13 de la Charte aux contrats d'assurance

Tenons pour acquis qu'un assureur ait accepté d'assurer Monsieur X, âgé de 30 ans, aux termes d'un contrat *vie entière* dont le capital assuré est de 100 000\$ et dont la prime est de 20 000\$ par année!

Pour ceux qui connaissent le moindrement le monde des assurances, une prime de 20 000\$, pour une personne âgée de 30 ans et pour un capital assuré de 100 000\$, est une prime astronomique. Quoi qu'il en soit, le contrat est là et supposons que la prime est ainsi de 20 000\$ pour la seule raison que la personne est homosexuelle. Est-ce qu'on peut dire que l'article 13 peut s'appliquer parce que ce contrat contiendrait une clause comportant discrimination?

La première réponse qui vient à l'esprit, je crois, est négative. En effet, l'exemple typique de l'application de l'article 13 serait, par exemple, celui d'un bail où la sous-location est permise, sauf en faveur de Noirs ou de Juifs. Il y a là clairement une clause comportant discrimination.

D'autre part, si vous avez devant vous le bail d'une maison d'appartements bien connue et qui comporte une interdiction de sous-location, vous ne pouvez pas dire qu'à sa face même, ce contrat comporte une clause discriminatoire. Par ailleurs, si vous découvrez, après enquête, que tous les autres baux dans cette maison d'appartements accordent aux locataires le droit de sous-location, que seul le contrat devant vous l'interdit et que ce locataire est le seul Noir occupant l'immeuble, est-ce que cela fait du bail de cette personne un bail discriminatoire?

Personnellement, j'ai de la difficulté à croire que l'article 13 soit l'article applicable, dans ces circonstances. Comment une clause peut-elle avoir un sens ou une portée différente, selon que cette même clause se retrouve ou ne se retrouve pas dans d'autres contrats ?

Je suis un peu au courant des problèmes de discrimination systémique, mais je ne pense pas que l'article 13 soit la réponse à ce problème.

380 Si on revient à notre exemple d'assurance, dont la prime est de 20 000\$ pour cet individu, quel résultat s'ensuivrait-il, si on devait croire que l'article 13 était applicable ? La sanction de l'article 13 est que la clause fautive est réputée sans effet. Est-ce que cela signifierait que cette personne a droit à de l'assurance sans aucune prime ? Ce serait évidemment là un résultat inadmissible.

Par ailleurs, la formulation de l'article 13 est claire : si la clause comporte discrimination, elle est sans effet. L'article 13 ne permet pas de corriger la clause, juste de l'éliminer.

9. L'obligation de déclaration par les médecins mandataires de l'assureur aux termes de la Loi sur la santé publique

L'obligation de faire état de la part des médecins de certaines maladies est régie, en particulier, par l'article 5 de la *Loi sur la protection de la santé publique et des règlements afférents*.

Sur ce point, l'article 28 du règlement a ajouté le sida, en octobre 1986, à la liste des maladies à déclaration obligatoire. Il faut noter que la séropositivité n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

Il est intéressant de se demander qui est assujéti à cette obligation de déclaration obligatoire. L'article 5 déclare que tout médecin est assujéti à cette obligation, mais l'article comporte les mots *conformément au règlement*.

Or, l'article 30 du règlement impose cette obligation au médecin traitant. Il faut se rappeler que les médecins-conseils des compagnies d'assurance-vie ne sont pas nécessairement les médecins traitants des assurés. Effectivement, ce serait pure coïncidence qu'ils le soient. Il semble donc que les médecins-conseils des compagnies d'assurance sur la vie ne soient pas assujéti, en vertu de l'article 30 du règlement, à cette obligation de déclaration.

Il est ironique, cependant, de penser que l'article 33 du même règlement stipule que, lorsqu'un médecin constate ou est informé qu'une personne décédée souffrait d'une maladie à déclaration obligatoire, il doit également faire une déclaration, conformément à l'article 30. Or, cet article ne limite pas l'obligation au médecin traitant ou à celui qui signe le constat de décès. Conséquemment, tant que l'assuré vit, le médecin-conseil de la compagnie n'a pas à faire la déclaration, mais si la personne vient à décéder, le médecin de la compagnie est assujéti à cette obligation, s'il est informé que la cause du décès était le sida.

Dans les faits, le problème ne se soulève pas réellement. Il est intéressant également de constater que certains résultats d'exams de laboratoire doivent être déclarés par les directeurs du laboratoire ou du département de biologie médicale qui a procédé à l'examen visé. Cette obligation résulte de l'article 31 du règlement, mais le test de séropositivité ne semble pas être un des tests à déclaration obligatoire par les directeurs de laboratoires.

IV. Le sida et les assurances collectives

En ce qui touche l'application de la Charte aux assurances collectives, l'article 90 joue un rôle particulier. Cet article suspend l'application de la Charte, du moins de certains articles de la Charte, en ce qui touche des régimes d'assurance de personnes, et je pense qu'il est bon de se rappeler les termes de cet article à ce moment-ci :

« 90. Les articles 11, 13, 16, 17 et 19 de la présente Charte ne s'appliquent à un régime de rentes ou de retraite, à un régime d'assurance de personne ou à tout autre régime d'avantages sociaux que si la discrimination est fondée sur la race, la couleur, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale ou la condition sociale. »

Il faut se rappeler, de plus, que cet article sera abrogé automatiquement, dès le jour de l'entrée en vigueur d'un règlement visé par le paragraphe (a) de l'article 86.8 de la Charte. À ce jour, il n'y a pas encore de règlement de ce genre et l'article 90 reste toujours applicable. Cet article a fait l'objet de discussions, depuis quelques années, entre des représentants du gouvernement, de la Commission des droits de la personne et de l'A.C.C.A.P., afin de formuler un règlement qui permettrait de respecter les objectifs fondamentaux de la Charte, tout en respectant également certains principes essentiels sur

lesquels repose toute la structure actuarielle des assurances. Ces discussions tripartites n'ont pas encore abouti à l'adoption officielle d'un règlement, bien qu'on paraissait, à un moment donné, bien près d'un texte final, satisfaisant tous les intéressés.