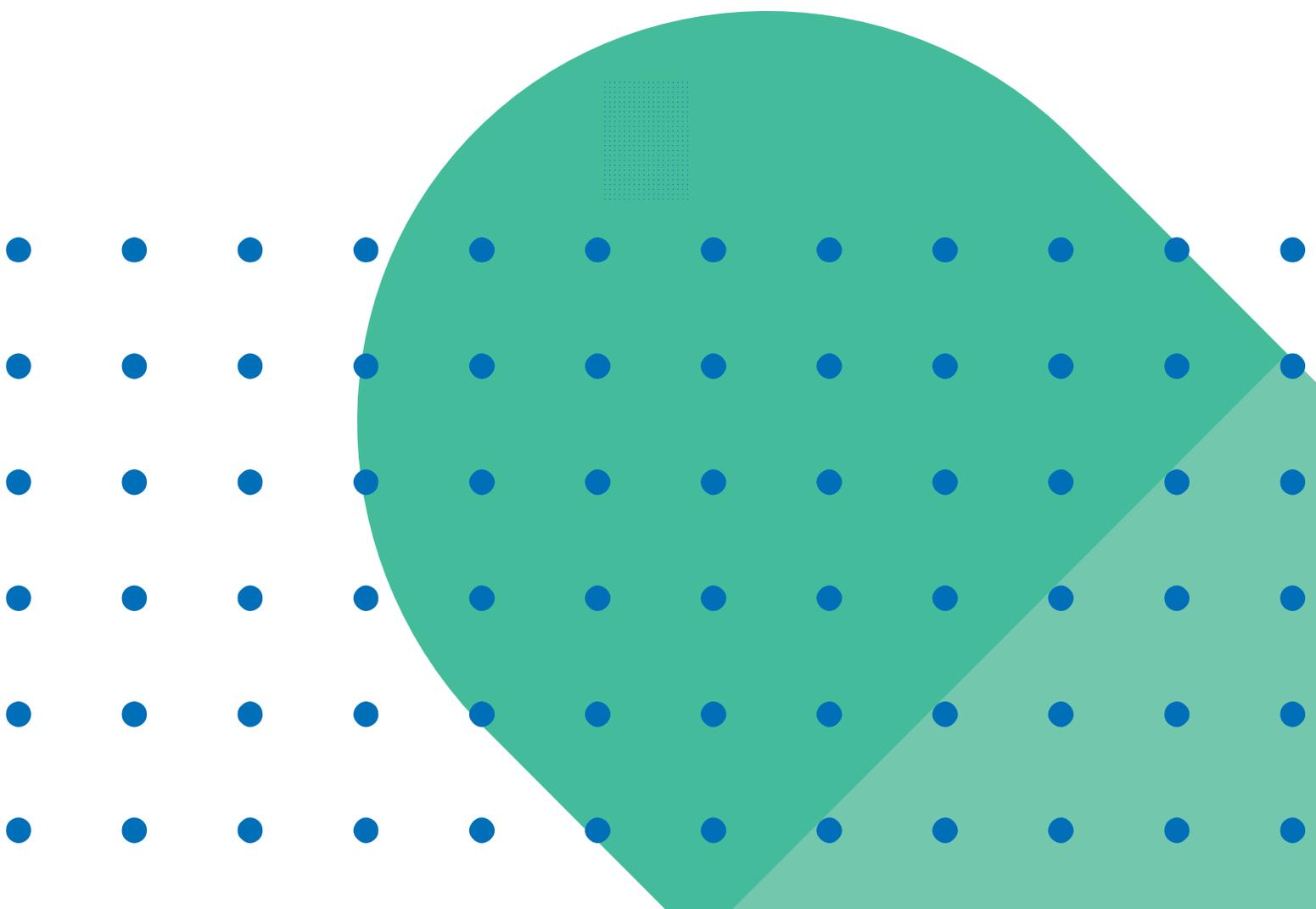




# DOCUMENTS

---

RENCONTRE – 18 OCTOBRE 2019



## TABLE DES MATIÈRES

<b>DOCUMENT 1</b>	Rappel – Droit des associations de contracter une police d’assurances collectives (« contrat-cadre »)
<b>DOCUMENT 2</b>	Jugement : Epp v. AMS, 2006
<b>DOCUMENT 3</b>	Lettre de l’AMF vers DSF, 7 décembre 2015
<b>DOCUMENT 4</b>	Arguments
<b>DOCUMENT 5</b>	Jugement : L’Espérance-Morissette v. Les Coopérants et l’Industrielle-Alliance, 1996
<b>DOCUMENT 6</b>	Jugement : Sogedent Assurances inc. V. Régie de l’assurance maladie du Québec, 2006
<b>DOCUMENT 7</b>	Lettre de l’ACCAP vers l’AMF, 20 juin 2016
<b>DOCUMENT 8</b>	Lettre de l’AMF vers l’ACCAP, 18 juillet 2016
<b>DOCUMENT 9</b>	Doctrine
<b>DOCUMENT 10</b>	Jugement : Tremblay c. La Capitale, 2013
<b>DOCUMENT 11</b>	Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales
<b>DOCUMENT 12</b>	Lettre de l’AMF vers DSF, 27 août 2019

## **Rappel – Droit des associations de contracter une police d’assurances collectives (« contrat-cadre »)**

### **Article 2392 du Code civil du Québec (« CCQ »)**

*« L’assurance de personnes porte sur la vie, l’intégrité physique ou la santé de l’assuré.*

*L’assurance de personnes est individuelle ou collective.*

*L’assurance collective de personnes couvre, en vertu d’un contrat-cadre, les personnes adhérant à un groupe déterminé et, dans certains cas, leur famille ou les personnes à leur charge. »*

### **Article 59 du Règlement d’application de la Loi sur les assurances (« RALA »)**

*« Un groupe déterminé de personnes est celui **dont les membres ont en commun, avant même qu’une assurance collective ne leur soit offerte, des activités ou des intérêts, notamment des intérêts socio-économiques ou culturels.***

*Il peut notamment être constitué:*

*1° de personnes ayant ou ayant déjà eu un lien d’emploi avec un ou plusieurs employeurs;*

*2° de personnes d’une même profession ou occupation habituelle;*

*3° des membres d’une coopérative de services financiers;*

*4° des membres d’une société mutuelle d’assurance.*

*Toutefois, **nul ne peut constituer un groupe déterminé de personnes dans le seul but de conclure un contrat d’assurance collective. De plus, une assurance collective ne peut être offerte aux membres du groupe qu’à titre de bénéfice complémentaire à leur appartenance au groupe.** »*

## IN THE SUPREME COURT OF BRITISH COLUMBIA

Citation: ***Epp v. AMS,***  
2006 BCSC 659

Date: 20060426  
Docket: L042192  
Registry: Vancouver

Between:

**Elfrieda Epp**

Plaintiff

And

**Alma Mater Society of the University of British Columbia**

Defendant

Brought under the *Class Proceedings Act*, RSBC 1996, c. 50

Before: The Honourable Madam Justice Allan

**Reasons for Judgment**

Counsel for the plaintiff:

Sarando Matheos  
James A. Hanson

Counsel for the defendant:

Michelle B. Pockey  
Diana L. Dorey

Date and place of hearing:

April 3-5, 2006  
Vancouver, B.C.

**INTRODUCTION**

[1] The plaintiff, Ms. Epp, seeks an order certifying her claim against the defendant Alma Mater Society (“AMS”) of the University of British Columbia (“UBC”) as a class proceeding. The essence of her claim is that the AMS violated the **Consumer Protection Act**, R.S.B.C. 1996, c. 69 by automatically assessing a fee of \$180 as part of her tuition and student assessments. That fee related to an extended universal health and benefits plan (the “Plan”) under which all AMS members are beneficiaries unless they have equivalent coverage and elect to opt out. The relevant provisions of the **Consumer Protection Act** were repealed in 2004 and replaced by the **Business Practices and Consumer Protection Act**, S.B.C. 2004, c. 2.

[2] Ms. Epp asserts that she was entitled to a refund of that fee because the AMS delivered “an unsolicited service” sold to her through “a negative option” billing scheme. She also complains that she was not provided with a “disclosure notice”.

[3] Ms. Epp asserts that she and all other AMS members who (1) paid the AMS fee for the Plan; (2) did not make claims under the Plan; and (3) did not receive a refund of the fee are members of an aggrieved class that should be certified.

[4] The alleged cause of action is set out in the following paragraphs of the statement of claim:

At all material times, the Defendant owed the Plaintiff a duty to comply with the provisions of the Consumer Protection Act by providing a “disclosure notice” and by paying any refund which would have been demanded in writing pursuant to the Consumer Protection Act.

As a result of the Defendant's failure to abide by the provisions of the Consumer Protection Act, the Plaintiff was denied a refund to which she was entitled upon providing written notice, and denied the benefit of receiving a "disclosure statement" which would have properly set out her legal rights.

[5] The plaintiff seeks the following relief on her own behalf and on behalf of the proposed class:

- an order certifying the proceeding as a class proceeding;
- a declaration that the **Consumer Protection Act** applies to the subject transaction;
- special damages;
- an order that the AMS provide a "disclosure notice" pursuant to section 56 of the **Consumer Protection Act**;
- an order that the AMS pay all refunds for which it receives notice; and
- costs and interest.

[6] Counsel for the plaintiff submits that the case is ideally suited to be pursued as a class proceeding because the sums involved are too small to be economically pursued individually and the issue of whether the AMS is bound by the terms of the relevant consumer protection legislation is critical to the rights of the class. In response, counsel for the defendant submits that the pleadings do not disclose any cause of action; there is no identifiable class, no common issues exist, the determination of which would advance the litigation; the plaintiff would not be an appropriate representative; and a class action is not the preferable procedure for the adjudication of this dispute.

**BACKGROUND**

[7] Ms. Epp enrolled at UBC for the 2002-2003 academic year in a part-time program working towards a Masters degree in Education. She was fully employed as a kindergarten teacher and an apartment building manager. Both of those jobs provided her with extended health care benefits.

[8] Ms. Epp commenced her studies in May 2002 and, on May 17, she received an e-mail message from Dan Kravinchuk, Program Assistant in the Faculty of Education, advising her of her tuition fee assessment for the 2002-2003 academic year. He provided the following information about the Plan:

**\*\* MEDICAL / DENTAL FEE ASSESSMENT:**

Every September, all UBC students are assessed a compulsory Medical/Dental fee. This was approved by student referendum organized by the Alma Mater Society, UBC's student union. For new students beginning in May, there will be no assessment for this until the September fees are due.

\*Students who already have such coverage may OPT OUT of this particular assessment, but must do so directly, providing proof of existing coverage. We will send information to you about opting out when the next fee reminder is sent to you in August.

This assessment will reappear each September, and unfortunately, you must go through the opt-out procedure each year.

[9] On July 29, 2002, Mr. Kravinchuk sent out a "Term Fees Reminder" by e-mail, which Ms. Epp received. Three-quarters of the e-mail dealt with the issue of the medical/dental fee assessment. The material portions are as follows:

\*\* MEDICAL / DENTAL FEE ASSESSMENT:

Every September, all UBC students are assessed a compulsory Medical/Dental fee. This was approved by several student referendums organized by the Alma Mater Society, UBC's student union. This year, the fee assessed will be \$180.

...

Below is a message from Student Care about the plan:

\*\*

Dear Continuing Professional Education (CPE) Student,

Welcome to UBC!

As a CPE student, you are enrolled in the Health and Dental Plan provided by the Alma Mater & Graduate Student Societies (AMS/GSS). The Plan was implemented by student referendum in January 2000. Since its inception, the plan has helped students save thousands of dollars in health and dental costs.

The cost of the Plan is included in your student fees and covers you from September 1, 2002 to August 31, 2003. Your AMS/GSS Health & Dental Plan provides coverage for most prescription drugs, vaccinations, travel coverage, and eye exams, as well as dental checkups and cleanings, fillings, extractions and more.

For a complete list of benefits, visit  
<<http://www.studentcare.net/>>[www.studentcare.net](http://www.studentcare.net).

More information will be available in the AMS/GSS Health & Dental Plan Reference Guide available online and at the Health & Dental Office on the UBC Campus.

Do you have other coverage?

If you do, you may be able to combine this plan with the AMS/GSS Health & Dental Plan to maximize your overall coverage and eliminate out of pocket costs. Contact [studentcare.net/works](http://studentcare.net/works) for more details.

...

Do you want to opt out of the Plan?

If you are already covered by an equivalent health and dental plan (such as an employee group benefit plan), you can opt out and the fee will be reversed from your student account. The easiest way to opt out is to visit our website and use our online system during the Change of Coverage period listed below. Note: BC MSP does not provide coverage equivalent to the AMS/GSS Health & Dental Plan.

If you choose to opt out, you have the option of an annual or permanent opt out:

Annual Opt out

If you request an annual opt out, your opt out is in effect from Sept. 1, 2002 to Aug. 31, 2003. If you return as a student in subsequent years, you will be automatically re-enrolled in the AMS/GSS Health & Dental Plan. Should you wish to opt out again, you must renew your opt out, but you will not have to re-submit your proof of other coverage.

Permanent Opt out

If you request a permanent opt out, you will not have to opt out again from the AMS/GSS Health & Dental Plan for the duration of your studies at UBC.

Note: if you processed a permanent opt out last year, the fee may currently appear on your student account temporarily, but will be removed when we automatically renew your permanent opt out during the Change of Coverage Period in September.

...

Proof of coverage

To complete your opt out (for the first time you opt out), you'll need to provide proof of coverage by an equivalent extended health and dental plan.

Acceptable proof must consist of either:

– A photocopy of a certificate or card clearly indicating your coverage for extended health and dental care, the insurance company name and the policy number, OR

– A letter from the plan sponsor (usually the employer) or the insurance company attesting that you re covered for supplemental health and dental care.

If you have opted previously, you don't need to provide proof of coverage again.

\*\*\*DEADLINES for Enrolments and opt outs:

All changes to your coverage must be completed between September 3 to 24, 2002.

...

To ensure a quick processing of your request and to avoid line-ups, it's recommended that you submit your opt out or enrolment at the beginning of the Change-of-Coverage Period.

No opt outs or enrolments can be processed after the deadline.

The AMS/GSS Health & Dental Plan is here for you. If you have any questions, concerns, or to arrange for enrolments or opt outs, contact [studentcare.net/works](http://studentcare.net/works):

[www.studentcare.net](http://www.studentcare.net)  
1 877 795-4421  
[studentcare.net/works](http://studentcare.net/works)  
Health & Dental Plan Office  
Student Union Building, Lower Level  
6138 SUB Boulevard  
Vancouver, BC V6T 1Z1

...

If you have any questions or concerns about the above message, please contact me.

[10] Mr. Bukhman, President and founder of Quebec Student Health Alliance Inc. (“ASEQ”) has deposed that ASEQ is one of the largest providers of student healthcare programs in Canada. ASEQ administers student health and dental plans at twenty colleges and universities in Canada. All of them have been initiated by student referenda and all of them are universal group plans in order to obtain the best coverage at the lowest cost. The opt-out framework is an integral part of all of the plans that ASEQ administers. ASEQ also conducts annual member surveys based on a random sampling of students who are enrolled and who have opted out. Five surveys taken at UBC up to 2002 showed that more than 80% of students supported the Plan.

[11] In BC, ASEQ conducts business as “Studentcare”. Studentcare is the agent/broker of record and administrator for the Plan and the AMS is the policyholder of the Plan. The Plan is paid for by the AMS, which raises the funds as part of its compulsory membership fee for students attending UBC.

[12] Studentcare prepares an annual AMS/GSS Health & Dental Plan Reference Guide and distributes it to UBC students by mail. That reference guide provides details of the Plan, describes the claims and opt-out procedures, and important deadlines. Studentcare also maintains an internet website that is linked to the online Academic Calendar and UBC Student Service internet site.

[13] On May 27, Ms. Epp paid the full tuition fee assessment, including the medical/dental fee assessment. On August 8, she sent the following letter to the AMS:

Re: Negative option billing scheme

When Rogers Cable tried this two years ago, the public was very upset about and legal action lead Rogers to withdraw the negative option billing scheme. I can't understand how an institution like the University, would do the same. Does the University not represent power and brain? This is not done in good spirit and it is unfair. As a teacher, the first week of September is one of the busiest time and for the University asking us to opt out at the same time is unethical. I also find it absurd that we have to provide a photo copy of our plan, and or have a letter from our employer verifying that we have Medical and Dental plan. "IT IS CONFIDENTIAL INFORMATION". Therefore, I will provide you with the following.

Vancouver School Board  
604-713-5000

Orr Development  
604-731-8261

You want to know? You take the time and phone to verify.

I am permanently opting out

Thank you

Yours truly

Ms. Elfrieda Epp

[14] Apart from its exceptionally aggressive tone, this letter is remarkable in that Ms. Epp failed to provide her student number or any contact information that would enable the AMS to respond to her. She did not request a refund in that letter. She did not specifically state that she had equivalent coverage. She did not provide any details of any coverage that would enable the AMS to obtain the relevant information from the Vancouver School Board or from Orr Development, and to determine if the coverage was equivalent to that provided by the Plan.

[15] Ms. Epp did not successfully opt out for the 2002-2003 academic year and she received health and dental coverage under the Plan for the period September 1, 2002 to August 31, 2003.

[16] She followed the appropriate procedures and successfully opted out the following academic year.

[17] In her pleadings, Ms. Epp makes no reference to the two referenda in 1999 and 2001, in which the majority of students (70.3% in 1999 and 74.1% in 2001) voted in favour of a group policy of extended health and dental insurance to be jointly managed by the AMS and the Graduate Student Society (“GSS”) at UBC. It was made clear that the Plan would be financed by increased student fees that would be charged automatically unless the student had an equivalent health and dental plan and opted out of the Plan. An assistance fund was established for students who could not afford the extra fee.

[18] The AMS is a non-profit society, incorporated under the **Society Act**, R.S.B.C. 1996, c. 433. Approximately 39,000 students at UBC are required to be

members of that society. In its statement of defence, the defendant asserts that, following the 1999 referendum, the AMS and the GSS obtained a group policy of medical and dental insurance from the Sun Life Assurance Company of Canada for the benefit of all AMS members who became beneficiaries of the Plan.

[19] The defendant also pleads that, in a second referendum, in 2001, the AMS asked its members whether it should terminate the Plan and its coverage. The members consented to the continuance of the Plan and its terms. The AMS pleads that it and the GSS permitted members to opt out if they met certain requirements and then refunded the fees accordingly.

[20] The defendant asserts that all students at UBC, including Ms. Epp, entered into a contract with UBC to pay all assessed fees, including the cost of coverage under the Plan unless they opted out in accordance with its terms. Ms Epp and all other UBC students described in the AMS' bylaws were members of the AMS. Ms. Epp was also a member of the GSS.

[21] Ms. Epp also neglected to state in her pleadings that she had commenced an action in Small Claims Court to recover the \$180. On February 11, 2004, at a mediation preceding the Small Claims settlement conference, the AMS paid the full amount of Ms. Epp's claim into Small Claims Court, including filing fees and disbursements, for a total of \$300. The plaintiff refused to accept that money, seeking to proceed with her action in order to obtain a declaration that the AMS had contravened s. 55 of the **Consumer Protection Act**. The AMS then applied to

dismiss the action on the basis that the Small Claims Court lacked jurisdiction to grant the declaration sought by Ms. Epp.

[22] After she had commenced this action on August 31, 2004, Ms. Epp brought a cross-application in Small Claims Court to amend her notice of claim and transfer her claim to this court. On September 23, 2004, Romilly, P.C.J. dismissed the plaintiff's cross-application and adjourned generally her notice of claim pending the outcome of this proposed class action. Hence, the Small Claims action remains outstanding.

### **THE CONSUMER LEGISLATION**

[23] At the heart of Ms. Epp's claim is the allegation that the AMS has violated s. 55 of the ***Consumer Protection Act***. That section provides:

55 (1) In this section and section 56:

“negative option offer” means an offer to sell an unsolicited service to an individual by which the seller gives the individual notice to the effect that the seller will charge the individual, on or after January 26, 1995, for the service unless the individual instructs the seller not to provide the service.

“service” means the benefit to an individual of work done by a person and, without limiting that meaning, it includes

- (a) the delivery of, or provision of access to, electricity, gas, water, cable television and other telecommunications, and
- (b) a prescribed activity,

but it does not include the delivery of, or provision of access to, books, magazines, newspapers or petroleum products;

“unsolicited service” means a service provided to an individual who did not request that specific service.

(2) A contract for an unsolicited service sold by means of a negative option offer is not enforceable by the seller against an individual.

(3) For the purposes of this section and section 56, a contract is not sold by means of a negative option offer if the individual instructs the seller, orally or in writing, that the individual consents to the purchase of the service.

(4) Consent under subsection (3) cannot be given before the individual receives notice of

- (a) a description of the specific service that is the subject of the negative option offer, and
- (b) the price of that service.

...

(8) An individual who pays for an unsolicited service under a contract that is unenforceable because of subsection (2) may demand that the seller refund the payment.

...

(11) If an individual sues a seller under section 19 (1) or (4) in respect of a refund referred to in subsection (8) of this section, the seller has a defence to the action if the seller can prove to the court that, at the time the individual paid for the service, the individual

- (a) knew that he or she was receiving the service pursuant to a negative option offer, and
- (b) was receiving a benefit from the service.

(12) If a seller receives a demand for a refund from an individual under this section, the seller must, within 30 days after receiving the demand,

- (a) mail or deliver a refund of any payment received from the individual for the unsolicited service that was sold by means of the negative option offer, or
- (b) with the individual's consent, give the individual a full credit towards subsequent services purchased from the seller.

...

19(1) A refund that is required to be made by a seller to a buyer under section 16 or 18, or by a seller to an individual under section 55, is recoverable as a simple contract debt.

...

(6) A seller has a defence to an action under subsection (4) of this section for a failure to comply with the 30 day time limit for making a refund or giving a credit under section 55 (12), if the seller proves to the court that

(a) the seller made a reasonable attempt to comply with the 30 day time limit, or

(b) the seller had a reasonable belief that section 55 did not apply to the seller.

[Emphasis added.]

[24] Section 56 provided that, within sixty days of providing an unsolicited service to an individual, sold by means of a negative option offer, the seller was obliged to provide a disclosure notice to the individual, setting out particular information, including a statement that under s. 55 of that act, the individual was not required to pay for the service unless the individual had explicitly consented to receiving it, and that the individual may have a right, for two years, to make a written demand for a refund.

[25] A “seller” is defined in s. 1:

“seller” means a person

(a) who is in the business of leasing or selling goods or services, or both, or

(b) who, in relation to a contract entered into in the course of business,

(i) is the seller or lessor of goods or services, or both, under the contract, or

(ii) is obligated to perform services or cause services to be performed.

[26] The provisions of the **Consumer Protection Act** that are relevant to the plaintiff's claim were repealed in 2004 and replaced by the **Business Practices Act and Consumer Protection Act**. Although the plaintiff seeks to extend the duration of the class period to the present time, she does not plead the provisions of the successor act.

### **CERTIFICATION REQUIREMENTS**

[27] The **Class Proceedings Act**, R.S.B.C. 1996, c. 50 (the "**Act**") sets out the requirements for class certification:

4 (1) The court must certify a proceeding as a class proceeding on an application under section 2 or 3 if all of the following requirements are met:

- (a) the pleadings disclose a cause of action;
- (b) there is an identifiable class of 2 or more persons;
- (c) the claims of the class members raise common issues, whether or not those common issues predominate over issues affecting only individual members;
- (d) a class proceeding would be the preferable procedure for the fair and efficient resolution of the common issues;
- (e) there is a representative plaintiff who
  - (i) would fairly and adequately represent the interests of the class,
  - (ii) has produced a plan for the proceeding that sets out a workable method of advancing the proceeding on behalf of the class and of notifying class members of the proceeding, and
  - (iii) does not have, on the common issues, an interest that is in conflict with the interests of other class members.

(2) In determining whether a class proceeding would be the preferable procedure for the fair and efficient resolution of the common issues, the court must consider all relevant matters including the following:

- (a) whether questions of fact or law common to the members of the class predominate over any questions affecting only individual members;
- (b) whether a significant number of the members of the class have a valid interest in individually controlling the prosecution of separate actions;
- (c) whether the class proceeding would involve claims that are or have been the subject of any other proceedings;
- (d) whether other means of resolving the claims are less practical or less efficient;
- (e) whether the administration of the class proceeding would create greater difficulties than those likely to be experienced if relief were sought by other means.

**(a) Do the Pleadings Disclose a Cause of Action?**

[28] The test for determining whether the plaintiff has disclosed a cause of action in a certification application is articulated in *Hunt v. Carey Canada Inc.*, [1990] 2 S.C.R. 959 at 980. The court may only conclude that the pleadings disclose no cause of action if it is “plain and obvious” or “certain” that the claim will fail. The allegations in the statement of claim are assumed to be true and an examination of the evidence is not permitted. However, on a certification application, s. 4(1) of the **Act** provides that the court must consider “the pleadings” and not just the statement of claim.

[29] In this case, the only cause of action alleged is that the AMS violated the provisions of the **Consumer Protection Act** by selling the insurance coverage provided by the Plan to its members under a negative option billing scheme.

[30] For the **Consumer Protection Act** to apply to the Plan, the AMS must be a “seller”; the delivery of the benefits to its members must be an “unsolicited service”; and there must be “a negative option offer”. In my opinion, none of these provisions apply to the genesis and operation of the Plan.

[31] The AMS cannot be characterized as a “seller”, which is defined in s. 1. The AMS is a society and the UBC students, including Ms. Epp are its members. The relationship between that society and its membership is not that of seller and purchaser. The AMS is “not in the business of leasing or selling goods or services” nor is it a participant “in relation to a contract entered into in the course of business”. It is not “obligated to perform services or cause services to be performed.” Sun Life is the insurer and the AMS is the policyholder. The AMS members are beneficiaries of the Plan. If any agency relationship exists, the AMS is an agent of its members, the students, and not of Sun Life.

[32] Further, I find that the provision of extended health care benefits is not a “service” which is defined in s. 56 as “the benefit to an individual of work done by a person”. This section refers generally to utilities and similar services. No additional services are “prescribed” in regulations to the **Consumer Protection Act**.

[33] I find that the Plan’s provisions are not extended to the AMS members pursuant to any “negative option offer” and the provision of the benefits of the Plan cannot be described as “unsolicited”. The members of the AMS and the GSS voted democratically in two referenda in favour of instituting and maintaining the Plan.

[34] A further reason that the plaintiff must fail is that the relief she seeks is not available from the AMS. The “refunds” she seeks relate to fees paid to the insurer, Sun Life, who is not a defendant in this lawsuit. The AMS, a non-profit society, acted as the students’ agent in collecting the fees and remitting them to Sun Life. It is not in any position to “refund” those monies.

[35] The plaintiff also cites *Hunt v. Carey* for the proposition that novel legal pleadings should not prevent a plaintiff from proceeding with an action. However, the issue of whether the *Consumer Protection Act* applies is a case of statutory interpretation. It does not, in my view, raise any novel legal issues.

[36] The goal of consumer legislation is to protect the rights of purchasers in arm’s-length transactions with sellers. It is not designed to control or regulate a relationship such as that between the AMS and its members. I conclude that it is plain and obvious that the plaintiff cannot succeed on her claim under the *Consumer Protection Act*. I find that the pleadings do not disclose a cause of action.

**(b) Is there an Identifiable Class of Two or More Persons?**

[37] In her amended statement of claim, Ms. Epp defines the class as follows:

All persons who were members of the Alma Mater Society from the 2002-2003 academic year to present, who paid the Medical/Dental assessment, did not use the service, and did not get a refund of the assessment paid.

[38] Subsequently, her counsel sent a letter to the defendant's counsel to "clarify" the meaning of the word "use" in the class definition in the notice of motion seeking certification (which tracked the definition in the statement of claim). Mr. Hanson stated:

We employed the word "use" in the phrase "did not use the service" to mean, "did not make a claim on the relevant insurance plan." .... Our intended class definition then is in substance: All persons who: 1. were members of the AMS for the relevant years; 2. paid the assessments; 3. did not make a claim on the insurance coverage provided by the alleged negative option billing scheme; 4. did not get a refund of their assessments paid.

[39] The statement of claim has not been amended accordingly but, presumably, if this matter were certified, counsel would make the appropriate amendment.

[40] The only other proposed plaintiff who has come forward and provided evidence in this lawsuit is James Zaitsoff. He was an arts undergraduate student when this action was commenced and is currently a first-year law student at the UBC Law School. In respect of the assessments under the Plan, he paid \$180 in 2002-2003; \$187 in 2003-2004; and \$192.50 in 2004-2005. He has deposed that he has never used his medical/dental coverage because he is covered by his father's insurance. He has sworn that he was unaware of his right to demand a refund and would have sought one if he had known of that right.

[41] When he was cross-examined on his affidavit, he agreed that he was familiar with the UBC website and the Student Services Centre portal on that website. He also knew that there was a link to the UBC Calendar. He agreed that he had a contract with UBC to pay the fees that are listed on the fee inquiry sheet. In addition

to tuition, those fees include numerous fees including “Athl and Rec”, “Alma Mater Soc”, “AMS Med/Dent”, “Stdn Aid Burs”, “Studn Legal Fund”, and “Ubysey Fund”.

[42] While attending UBC, Mr. Zaitsoff has been continuously employed by the plaintiff’s counsel’s law firm. He admitted in cross-examination on his affidavit that he has worked in the preparation of the plaintiff’s case. It is questionable whether Mr. Zaitsoff, an employee of the plaintiff’s counsel, who has admittedly worked on the preparation of this case, could qualify as a suitable person to meet the requirement of a second member of the class. Furthermore, the writ and statement of claim were filed by the plaintiff’s present counsel on August 31, 2004. It is therefore difficult to understand how Mr. Zaitsoff, who paid his fee with respect to the Plan for the 2004-2005 academic year, could have been unaware of the opt-out provisions.

[43] There is no evidence that any other members of the “proposed class” support this litigation. There is no evidence that any of the AMS members were unfamiliar with the opt-out procedure or had difficulty in complying with it.

**(c) Do the Claims of the Class Members Raise Common Issues?**

[44] In view of the fact that I have determined that the pleadings do not disclose a cause of action, the question of the claims of the class members raise common issues does not arise.

(d) Is a Class Action the Preferable Procedure?

[45] The goals of the **Act** are improved access to justice, judicial economy, and modification of behaviour: *Hollick v. Toronto (City)*, [2001] 3 S.C.R. 158. In this case, certification would advance none of those goals.

[46] Ms. Epp was the author of her own misfortune. She was advised of the simple opt-out procedures and, instead of taking those steps, she wrote a hostile letter to the AMS, providing no contact information that would permit the AMS to respond. When she pursued the AMS in Small Claims Court, the AMS agreed to provide her with the refund she had demanded. As she had successfully opted out of the Plan in 2003, there was no point in providing her with the disclosure notice she demanded.

[47] Ms. Epp has also failed to discharge her duty under s. 5(5)(b) of the **Act** to disclose all facts material to the application. The fact that UBC students approved the Plan in two referenda is material to a number of issues in this case, particularly the issue of whether the defendant has engaged in any conduct that requires modification. A fair examination of the material facts reveals that the AMS' conduct in instituting the Plan was benevolent rather than reprehensible. Contrary to the plaintiff's assertion, the AMS has not contravened any consumer legislation.

[48] In the circumstances, it is unnecessary to consider the defendant's submissions with respect to the evidentiary and procedural difficulties that would be encountered in determining which members of the plaintiff's proposed class would

be entitled to a refund of the fees they paid. The **Consumer Protection Act** does not apply to the Plan and Ms. Epp's claim is without merit.

**(e) Is Ms. Epp a Suitable Class Representative?**

[49] I have no doubt that Ms. Epp would "vigorously prosecute the claim":

**Campbell v. Flexwatt Corp.** (1997), 44 B.C.L.R. (3d) 343 at ¶75 (C.A.). However there is no evidence that Ms. Epp shares common interests with other proposed class members. In fact, her interests are in conflict with those students who fit the proposed "class" but who are not aggrieved. That is, they may have paid the AMS fee for the Plan, failed to make claims under the Plan, and not had their fee refunded.

[50] The purpose of insurance is to protect oneself financially from the risk of a potential undesired event, be it fire, theft, a motor vehicle collision, or bad health. The fact that the undesired event does not occur cannot entitle the insured to a refund.

[51] Moreover, the Plan provides other benefits, such as \$1,000,000 travel insurance coverage for unlimited travel, that other extended health care plans do not. In fact, when he was cross-examined on his affidavit, Mr. Zaitsoff agreed that he had travelled to Mexico and to the United States in 2004 (while covered by the Plan) and he did not know whether his father's health care plan included a travel insurance benefit.

[52] David Classen, President of the Arts Undergraduate Society, and a member of the AMS Student Council, represents another point of view with respect to the Plan's coverage. He has deposed that he is covered by his father's extended health plan, which does not cover dental or vision care. In the past four academic years, he has made one claim under the Plan. He has deposed that he uses some of the benefits and services funded by the AMS membership fees, but not others. However, he does not oppose payment of the fees to continue services that he does not use. He states:

Even though I did not make a claim for services until 2004-2005, I support the AMS/GSS [Plan] on a personal level and believe there is real value to students in having the benefit of coverage. For me, I know I have insurance in the event I need to make a claim. Therefore, I have no objection to having a portion of my AMS membership fee used to operate the Plan.

[53] Dr. Candace Hofmann, who was a graduate student between 1998 and 2002, was instrumental in organizing student support for the implementation of the Plan, and was covered by her father's extended health and dental plan. When she turned 26 in 2000, she ceased to be eligible under that plan. However, she continued to be covered under the provisions of the Plan.

[54] Mr. Bukhman, President of ASEQ, has deposed that in the period September 2002 to July 2005, the Plan had 9,484 continuously covered members of which 2,204 or 24.4% did not make a claim. It is obvious that, as with all insurance schemes, coverage under the Plan can constitute a "benefit" regardless of whether a claim is made.

[55] If the plaintiff were successful, and the AMS refunded fees to all students who had paid those fees since 2002, and did not make claims, the likely result would be that the Plan could no longer be offered. No insurer would be prepared to continue extending health care benefits at the present cost in the absence of universal coverage. If the Plan were discontinued, UBC students would lose the very benefit that they had approved in the referenda.

[56] Because Ms. Epp had coverage equivalent to that provided by the Plan, she actually represents a narrower class of persons than those who fall within her proposed definition of the class. Those individuals in the narrower class would not suffer if the Plan could no longer be offered. Only those proposed plaintiffs who meet her definition of the class and who lack equivalent coverage would suffer. Their interests are at odds with Ms. Epp's.

[57] Accordingly, I cannot conclude that the interests of Ms. Epp and Mr. Zaitsoff are representative of any definable class of aggrieved individuals. Indeed, they conflict with those of a large number of persons who would fall within the plaintiff's proposed definition of the class.

**CONCLUSION**

[58] The plaintiff's application for certification is dismissed.

"M.J. Allan, J."  
The Honourable Madam Justice M.J. Allan

Québec, le 7 décembre 2015

**PAR XPRESSPOST**

Monsieur Denis Berthiaume  
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance-vie  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

**Objet : Assurance collective offerte aux associations étudiantes**

---

Monsieur,

L'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») a été informée d'éléments de non-conformité relatifs aux produits d'assurance collective de santé que vous avez offerts aux membres de diverses associations étudiantes du Québec, et en particulier à l'aspect automatique de l'adhésion des étudiants à ces contrats.

Nous résumons ci-après les éléments en cause.

L'adhésion au contrat d'assurance collective de santé offert par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance-vie (« DSF Vie ») est automatique pour tous les étudiants membres des diverses associations étudiantes, et ce, sans que l'étudiant n'ait à remplir quelque formulaire d'adhésion et sans qu'aucun représentant dûment certifié par l'Autorité n'intervienne préalablement à cette adhésion.

Les diverses associations étudiantes incluent les primes d'assurance à même la facture des frais de scolarité et ces dernières sont perçues par l'institution académique fréquentée par les étudiants. Ces primes sont par la suite versées à DSF Vie environ 30 jours suivant le début de chaque semestre universitaire par les diverses associations étudiantes.

Chacune des protections offertes par le régime collectif est facultative. Ainsi, l'étudiant qui le souhaite peut se retirer en totalité ou en partie du régime pour l'année en cours, ou de façon permanente. Il dispose, pour ce faire, d'un délai de quatre (4) semaines suivant le début des cours pour procéder à son retrait du régime « opting out ». À l'expiration du délai imparti, il n'y a plus possibilité pour l'étudiant de se voir rembourser le montant payé à titre de prime d'assurance. Par ailleurs, l'étudiant ayant omis de se prévaloir de son droit d'« opting out » dans les délais prescrits à la session d'automne se verra automatiquement couvert pour l'année complète, sans autre possibilité de retrait.

Québec ☒  
Place de la Cité, tour Cominar  
2640, boulevard Laurier, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1V 5C1  
tél. : 418.525.0337  
ligne sans frais : 877.525.0337  
télééc. : 418.525.9512

Montréal ☒  
800, square Victoria, 22<sup>e</sup> étage  
C.P. 246, tour de la Bourse  
Montréal (Québec)  
H4Z 1G3  
tél. : 514.395.0337  
ligne sans frais : 877.525.0337  
télééc. : 514.873.3090

Or, la seule circonstance justifiant qu'une adhésion à une assurance soit automatique est lorsque la participation à un régime est rendue obligatoire. Les articles 15.1 et 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, RLRQ, c. A-29.01 (« Loi sur l'assurance médicaments »), en sont un exemple. En l'espèce, une association étudiante ne fait pas partie des groupes énumérés à la Loi sur l'assurance médicaments et dont la participation d'une personne justifie l'adhésion automatique au régime d'assurance offert. Chacune des protections offertes étant par ailleurs facultative, il doit donc y avoir un consentement non équivoque de l'adhérent au contrat d'assurance collective, à savoir une adhésion volontaire.

Au surplus, nous ajoutons que l'article 3 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, RLRQ, c. D-9.2 (la « LDPSF »), prescrit que le représentant en assurance de personnes « agit comme conseiller en assurance individuelle de personnes et est habilité à faire adhérer toute personne à un contrat collectif d'assurance ou de rentes » (nos soulignés). Il ne saurait donc être question d'adhésion automatique à un tel produit, et ce, malgré l'inclusion au produit d'un droit de retrait d'une durée d'environ trente (30) jours.

Finalement, nous vous rappelons que les exemptions prévues à l'article 3 de la LDPSF permettant à un non-certifié en assurance de personnes de faire adhérer une personne à un contrat d'assurance collective, ne peuvent trouver application en l'espèce. En effet, les associations étudiantes ne sont pas des associations professionnelles au sens de la *Loi sur les syndicats professionnels*, RLRQ, c. S-40 (« Loi sur les syndicats professionnels »). Conséquemment, un représentant en assurance de personnes doit faire adhérer les étudiants au régime offert.

Compte tenu de ce qui précède, l'Autorité considère que le mode de distribution du produit d'assurance collective de santé aux étudiants ne respecte pas les dispositions de la LDPSF. En effet, l'adhésion des étudiants au contrat d'assurance collective est effectuée sur une base automatique sans qu'aucune disposition législative ne l'autorise. De plus, l'adhésion est effectuée par des personnes n'étant pas autorisées à agir à titre de représentant en assurance collective de personnes.

Par ailleurs, la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32 (« Loi sur les assurances ») et les lignes directrices adoptées par l'Autorité en vertu de celles-ci notamment, la Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales, indique qu'il incombe à l'assureur d'utiliser des méthodes de distribution adaptées aux produits qu'il distribue et aux consommateurs ciblés, en tenant compte, entre autres, du besoin en information de ces derniers et de l'impact du produit sur leur situation financière. Il appartient également à tout assureur de s'assurer que les méthodes de distribution utilisées pour chacun de ses produits sont conformes aux dispositions législatives applicables.

Les pratiques constatées dans le cadre du présent dossier et les conclusions de l'Autorité quant à leur non-conformité aux dispositions législatives relatives à la distribution du produit d'assurance collective de santé aux étudiants démontrent que DSF Vie n'a pas suivi de saines pratiques commerciales, tel que défini à l'article 222.2 de la Loi sur les assurances.

Aussi, considérant les éléments notés précédemment, DSF Vie doit modifier le mode de commercialisation de son produit d'assurance collective de santé pour les étudiants et apporter les correctifs nécessaires afin que la distribution du produit se conforme aux dispositions de la LDPSF et de la Loi sur les assurances. À cet effet, DSF Vie doit transmettre à l'Autorité, dans les trente (30) jours des présentes un plan d'action incluant une description des mesures à mettre en place et un échéancier de réalisation afin de se conformer aux dispositions législatives applicables.

Veillez prendre note que d'autres informations pourront vous être demandées par l'Autorité dans le cadre de l'analyse et du traitement du présent dossier.

Par ailleurs, puisque des infractions aux lois administrées par l'Autorité ont été commises, le dossier a été référé à notre direction du Contentieux pour considération.

Nous comprenons que vous verrez à agir avec diligence dans le présent dossier. Nous sommes également disposés à vous rencontrer afin de discuter des éléments contenus à la présente.

Veillez recevoir, Monsieur, nos salutations distinguées.

La directrice principale de la surveillance des assureurs  
et du contrôle du droit d'exercice,



Nathalie Sirois, CPA, CGA, MBA, CRMA

c.c. Mme Isabelle Berthiaume, directrice de la surveillance prudentielle des assureurs, Autorité  
des marchés financiers

## Arguments

### Adhésion automatique

1. À notre connaissance, aucun article de loi ou de règlement l'interdisant, ni de jugement
2. Libellé de l'article 2392 du Code civil du Québec
3. Jugements mentionnant clairement que l'adhésion à un régime collectif est automatique (*L'Espérance-Morrisette*, et, a contrario, *Sogedent*)
4. Pratique de l'industrie – lettre de l'ACCAP-Québec
5. Ne pas oublier *Proulx* et le caractère automatique des cotisations étudiantes

### Caractère individuel parce que complètement facultatif

1. À notre connaissance, aucun article de loi ou de règlement l'interdisant, ni de jugement
2. Pratique de l'industrie – lettre de l'ACCAP-Québec

### Droits des bénéficiaires

1. Doctrine
2. Jugement Tremblay

### Saines pratiques commerciales

1. Ligne directrice

## COUR D'APPEL

PROVINCE DE QUÉBEC  
GREFFE DE MONTRÉAL

No: 500-09-001223-916  
(500-05-011799-887)

Le 6 juin 1996

CORAM: LES HONORABLES MICHAUD, J.C.Q.  
BEAUREGARD  
OTIS, J.J.C.A.

---

GERTRUDE L'ESPÉRANCE-MORRISSETTE,

APPELANTE

c.

LES COOPÉRANTS ET L'INDUSTRIELLE-ALLIANCE,

INTIMÉE

---

LA COUR, statuant sur le pourvoi contre un jugement de la Cour supérieure, le 8 juillet 1991 (district de Montréal, l'honorable Irving J. Halperin) qui rejetait l'action de l'appelante;

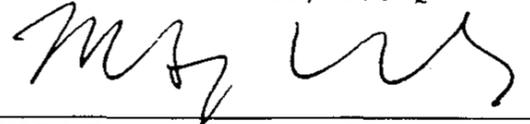
POUR LES MOTIFS énoncés à l'opinion du juge en chef Michaud déposée avec le présent arrêt, auxquels souscrivent les juges Beauregard et Otis;

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

REJETTE l'appel avec dépens;



PIERRE A. MICHAUD, J.C.Q.



MARC BEAUREGARD, J.C.A.



LOUISE OTIS, J.C.A.

M<sup>e</sup> Gilles Brunelle  
(Pouliot, Mercure)  
Avocats de l'appelante

M<sup>e</sup> Marie-José Beaudry  
(Hudon, Gendron, Harris, Thomas)  
Avocats de l'intimée

Audition: le 1<sup>er</sup> mai 1996

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

# COUR D'APPEL

PROVINCE DE QUÉBEC  
GREFFE DE MONTRÉAL

No: 500-09-001223-916  
(500-05-011799-887)

CORAM: LES HONORABLES MICHAUD, J.C.Q.  
BEAUREGARD  
OTIS, J.J.C.A.

---

GERTRUDE L'ESPÉRANCE-MORRISSETTE,

APPELANTE

c.

LES COOPÉRANTS ET L'INDUSTRIELLE-ALLIANCE,

INTIMÉE

---

## OPINION DU JUGE EN CHEF

Le 29 mai 1985, l'appelante et Robert Morrissette ont assumé la responsabilité d'un prêt hypothécaire originairement consenti à leur vendeur par la Banque Nationale du Canada.

En vue de rembourser le solde de leur emprunt, advenant le décès de l'un ou l'autre, ils ont fait une «demande d'assurance en vertu du régime d'assurance-vie en garantie d'hypothèque de la Banque Nationale du Canada».

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U
----------------------------

Cette demande comportait, entre autres, la déclaration suivante de l'appelante et de son époux, Robert Morrissette:

B) adhésion à l'assurance collective et déclaration des personnes à assurer

Je déclare n'avoir pas, au cours des trois (3) derniers mois, consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien pour un cancer, le coeur, les reins, le foie ou les poumons.

Un mois avant la demande d'adhésion au régime d'assurance-vie, soit le 1<sup>er</sup> mai 1985, Monsieur Morrissette est allé rencontrer un omnipraticien, le docteur Beauregard-Gauthier, qui a renouvelé une ordonnance pour des médicaments qui avaient été originairement prescrits par un cardiologue en 1981 suite à un double pontage aorto-coronarien. Cette ordonnance a été renouvelée à intervalles réguliers depuis 1981.

Le 28 octobre 1985, Monsieur Morrissette est décédé d'un infarctus du myocarde.

L'appelante a présenté une demande de prestation-décès qui a été refusée par l'intimée au motif que la déclaration signée par Feu Robert Morrissette était fausse.

-----

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U
----------------------------

Le premier juge a identifié la question à résoudre comme suit:

La question est donc de savoir si la rencontre avec le Dr Beauregard-Gauthier du 1er mai 1985, quatre semaines avant la signature de la Demande d'assurance, peut être considérée comme "une consultation ou traitement" pour le coeur selon les dispositions de ladite Demande.

Après avoir analysé les définitions usuelles des mots «consulter» et «traiter», le premier juge conclut:

Avec respect, la question à décider n'est pas ce que Feu Robert Morrissette pensait ou croyait avoir compris (et il n'y a pas de preuve à ce sujet) mais plutôt sa définition objective dans le contexte de la Demande d'assurance.

Je suis d'avis que les termes "consulter" et "traiter" sont suffisamment vastes pour y inclure l'examen de routine de Feu Robert Morrissette par le Dr Gauthier, le 1er mai 1985 même pour les fins d'obtenir de ce dernier le renouvellement des prescriptions préalablement émises par le cardiologue. Quoique le renouvellement d'une prescription est souvent de nature routinière lors d'un rendez-vous médical, à mon avis, on ne peut le considérer comme étant rien de moins que des "informations et conseils donnés par un médecin en général lors d'un examen" et qu'en conséquence, il s'agirait d'une consultation.

Le rapport du Dr Hyppolite du 18 avril 1991 (pièce D-4) précise clairement que les médicaments Lanoxin et Moduret étaient requis par le patient "continuellement" et "sur une base quotidienne permanente" respectivement. Selon le Petit Robert (supra) "Traitement" comprend l'ensemble des recommandations faites au malade pour combattre une maladie incluant les recommandations visant à "équilibrer un état chronique". La nécessité de consulter un médecin à intervalles réguliers pour obtenir la prescription de médicaments va à l'encontre de l'esprit de la lettre de la stipulation contenue à la Demande d'assurance en question. Par conséquent,

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

Feu Robert Morrissette était inéligible à la couverture d'assurance.

L'appelante plaide que pour le profane, le renouvellement d'une ordonnance de médicaments n'est qu'une formalité et ne peut être interprété comme étant une consultation auprès d'un médecin. Le docteur Beauregard-Gauthier, selon l'appelante, n'a pas traité Feu Robert Morrissette pour le coeur, ne l'ayant pas soumis à un traitement médical à cette fin. L'auto-administration d'un médicament ne constitue pas, selon l'appelante, l'action d'être traité par un médecin. Le docteur Beauregard-Gauthier n'aurait fait que remplir une formalité en renouvelant de façon partielle un ensemble de mesures thérapeutiques qui avaient été prescrites par le cardiologue en 1981.

L'appelante suggère que Monsieur Morrissette a visité le docteur Beauregard-Gauthier pour un examen de routine, n'avait aucune plainte particulière et l'aurait informé de son intention de voir son cardiologue prochainement.

Le rapport du docteur Beauregard-Gauthier se lit comme suit:

M. Morrissette m'a consulté le 1/5/85 pour un examen de routine. Le patient n'avait aucune plainte à ce moment-là et devait voir prochainement son cardiologue. Sa médication fut renouvelée (sic) soit: Moduret, Rythmodan, Allopurinol.

L'appelante plaide que l'erreur du premier juge a été de lui imposer un test beaucoup trop sévère. Rappelons que le premier juge

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

a identifié la question à résoudre comme étant celle de savoir si la rencontre avec le docteur Beaugard-Gauthier, le 1<sup>er</sup> mai, «peut être considérée comme une consultation ou traitement pour le coeur». Selon l'appelante, le premier juge aurait dû considérer que la rencontre de Monsieur Morrissette avec le docteur Beaugard-Gauthier «devait», et non «pouvait», être considérée comme une consultation ou traitement pour le coeur.

Avec égards pour l'appelante, je suis d'avis que le premier juge a eu raison de rejeter son action. La preuve révèle que Monsieur Morrissette était atteint d'une insuffisance cardiaque ayant subi un infarctus du myocarde en 1978 suivi plus tard d'un double pontage. Depuis 1981, Monsieur Morrissette, pour contrôler son insuffisance cardiaque, devait prendre régulièrement les médicaments prescrits par le cardiologue. Deux des trois ordonnances renouvelées par le docteur Beaugard-Gauthier, le 1<sup>er</sup> mai 1985 avaient trait aux problèmes cardiaques de Monsieur Morrissette.

Quel que soit le fardeau imposé à l'intimée, on doit conclure que, lors de sa visite au docteur Beaugard-Gauthier, Monsieur Morrissette a été traité pour le coeur. Le médecin peut traiter un patient bien sûr par une intervention chirurgicale mais aussi en lui prescrivant une médication. Peut-on prétendre que le médecin qui prescrit des antibiotiques pour une infection ne traite pas le patient pour cette infection?

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U
----------------------------

L'appelante distingue entre une condition d'admissibilité et une fausse déclaration de l'assuré. Dans ce dernier cas, l'assureur a le fardeau d'établir la mauvaise foi de l'assuré. Il paraît nécessaire de rappeler la distinction qui existe entre un contrat d'assurance collective et le contrat d'assurance-vie individuelle. Dans ce dernier cas, l'assureur étudie le cas de la personne qui sollicite l'émission d'un contrat et détermine, à la lumière des renseignements obtenus, l'assurabilité du risque.

Dans le cas d'assurance collective, l'assureur n'étudie pas chaque dossier préalablement mais assure automatiquement toute personne faisant partie d'un groupe prédéterminé dans la mesure où elle rencontre les conditions préétablies.

Dans Mattei c. Caisse populaire de St-Raymond de Montréal, [1991] R.R.A. 352, le juge Vallerand rappelle:

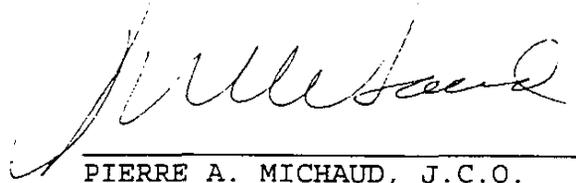
Une assurance collective en faveur de tous les emprunteurs de la Caisse, voire d'un regroupement de Caisses. Une assurance collective qui, comme c'est souvent le cas, n'impose ni examen médical, ni déclaration par le proposant-assuré concernant son état de santé mais qui, il va de soi, comporte des conditions et des exclusions dont le soupçon ne peut manquer d'effleurer même les moins avertis. Peut-on vraiment croire un instant que pareille police, émise en pareilles circonstances, puisse engager l'assureur pour une somme considérable en faveur d'un emprunteur moribond, ou d'un débiteur atteint depuis des années d'une maladie chronique, progressivement débilite, sur le point de rendre définitivement invalide. Elle comporte nécessairement des conditions, des exclusions, des limites, des modalités. Du reste, toutes les polices, même les plus généreuses, en comportent.

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

En l'espèce, Monsieur Morrissette ne rencontrait pas les conditions d'admissibilité.

Avec égards pour l'opinion contraire, je suis d'avis que les mots «traiter» et «consulter» ne sont pas ambigus et l'interprétation qu'en a faite le premier juge n'est pas erronée.

Je propose donc le rejet du pourvoi.



PIERRE A. MICHAUD, J.C.Q.

CODE VALIDEUR = F318ZGZG6U

Sogedent Assurances inc. c. Régie de l'assurance maladie du Québec

2006 QCCS 3970

**COUR SUPÉRIEURE**  
(Chambre civile)

PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE MONTRÉAL

N° : 500-17-025466-056

DATE : Le 11 juillet 2006

---

**SOUS LA PRÉSIDENCE DE : L'HONORABLE MICHEL A. CARON, J.C.S.**

---

**SOGEDENT ASSURANCES INC.,**

et

**ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC,**

Demanderesses

c.

**RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC,**

Défenderesse

et

**INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.,**

Mise en cause

---

JUGEMENT

---

[1] Ce dossier a été confié au juge soussigné en vertu d'une ordonnance de l'honorable François Rolland, juge en chef, le 26 mai 2006.

[2] Dans la requête introductive d'instance en jugement déclaratoire, les demanderesses SOGEDENT ASSURANCES INC. (ci-après «SOGEDENT») et ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC (ci-après «ACDQ») demandent un jugement déclaratoire pour:

«DÉCLARER que le groupe auquel s'applique la garantie d'assurance médicaments contenue dans le régime collectif P-2 doit inclure tous les chirurgiens dentistes habilités à pratiquer la médecine dentaire au Québec et inscrits au Tableau de l'Ordre des dentistes du Québec et ce, qu'ils soient membres ou non de l'ACDQ;

DÉCLARER que l'adhésion à la garantie d'assurance médicament contenue au régime collectif P-2 est obligatoire pour tous les chirurgiens dentistes habilités à pratiquer la médecine dentaire au Québec et inscrits au Tableau de l'Ordre des dentistes du Québec et ce, qu'ils soient membres ou non de l'ACDQ;

[...].»

[3] Cette requête fait suite à des échanges entre les demanderesse et la défenderesse RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (ci-après «RÉGIE») eu égard à l'interprétation de certaines dispositions de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01 et plus spécifiquement les articles 15.4 et 16 qui se lisent ainsi:

**15.** La Régie assume la couverture des personnes admissibles suivantes:

[...]

4° toute autre personne admissible qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties prévues par un tel contrat ou régime suivant l'article 18.

**16.** Toute personne admissible autre que celles visées aux paragraphes 1° à 3° de l'article 15 et qui, en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, de sa profession ou de toute autre occupation habituelle, a les qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux comportant des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments, doit adhérer à ce groupe au moins pour les garanties prévues par le régime général.

[...].

## LES PARTIES

[4] SOGEDENT se décrit comme un cabinet de services financiers inscrit auprès de l'autorité des marchés financiers qui administre et offre aux dentistes québécois des régimes d'assurance.

[5] Pour sa part, l'ACDQ est un syndicat professionnel dont l'objet est l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et moraux de ses membres. Elle a été constituée en 1966 par son incorporation en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels* (L.R.Q., c. S-40). L'article 22 de la *Loi sur les syndicats professionnels* prévoit:

**22.** Les membres d'un syndicat professionnel peuvent se retirer à volonté, sans préjudice du droit pour le syndicat de réclamer la cotisation afférente aux trois mois qui suivent le retrait d'adhésion.

[...].

[6] L'article 22 prévoit donc que nul n'est obligé de s'associer à un syndicat professionnel et d'ailleurs, l'ACDQ admet dans les procédures que l'adhésion des dentistes est facultative et purement volontaire. Elle représente tout de même un grand nombre de dentistes, l'ACDQ indiquant dans la requête introductive d'instance qu'en avril 2005, 4 041 dentistes étaient membres du Tableau de l'Ordre des dentistes du Québec et 3 251 étaient membres de l'ACDQ.

[7] L'ACDQ allègue être reconnue par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29). Le paragraphe 21 de la *Loi sur l'assurance maladie* prévoit eu égard aux ententes entre le Ministre et les organismes:

**21.** Une entente visée à l'article 19 oblige tous les professionnels de la santé qui sont membres de l'organisme qui l'a conclue ainsi que tous ceux dont le champ d'activités professionnelles est le même que celui de ces membres et qui sont visés par l'entente.

[8] Une telle disposition ne se retrouve toutefois pas dans la *Loi sur l'assurance médicaments*.

## **HISTORIQUE**

[9] La *Loi sur l'assurance médicaments* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997. L'objet de la *Loi* se retrouve à l'article 2:

**2.** Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.

À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui

en bénéficient une participation financière tenant compte notamment de leur situation économique.

[10] En vertu de l'article 15.4 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, toute personne qui n'est pas tenue d'adhérer à un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes, déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle, est admissible au régime général.

[11] L'article 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments* précise que l'admissibilité est liée à l'emploi, la profession ou toute autre occupation habituelle et qu'il y a obligation d'adhérer au groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective et auquel la personne a les qualités requises pour faire partie.

## **PRÉTENTION DES PARTIES**

[12] Les demandereses depuis plusieurs années soumettent que la garantie d'assurance médicaments contenue dans le régime collectif doit valoir pour tous les chirurgiens dentistes qu'ils soient ou non membres de l'ACDQ. D'ailleurs, pour les fins de l'assurance médicaments, SOGEDENT précise à la page 71 du Recueil contenant les conditions générales et garanties du régime:

### **«DEMANDE D'ASSURANCE**

L'adhésion à la présente garantie est obligatoire pour tout chirurgien dentiste ou tout chirurgien dentiste nouvellement diplômé résidant au Québec. [...].»

[13] Pour sa part, la RÉGIE considère que toute personne doit être membre de l'association à adhésion facultative pour être admissible à la garantie d'assurance médicaments du régime collectif.

[14] Dans le présent cas, les parties admettent que l'ACDQ est une association dont l'adhésion des dentistes est facultative et volontaire.

## **ANALYSE**

[15] Depuis 1990, l'ACDQ offre des régimes d'assurance à tous les dentistes de la province de Québec, membres ou non de son association.

[16] En 1997, à l'occasion de l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'assurance médicaments*, les demandereses ont modifié les garanties du régime pour rendre obligatoire la garantie d'assurance médicaments pour tous les dentistes de la province de Québec.

[17] Avant l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'assurance médicaments*, la RÉGIE a émis à l'attention des assureurs et des administrateurs des régimes d'avantages sociaux des bulletins d'information en précisant toutefois que les bulletins n'avaient pas force de loi.

[18] Dans un premier bulletin portant la date du 5 septembre 1996, la RÉGIE mentionnait eu égard à la protection assumée par le secteur privé:

### «3.2 Protection assumée par le secteur privé

Les assureurs en assurance collective et les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé assument quant à eux la protection de toutes les personnes qui en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, de leur profession ou de toute autre occupation habituelle, ont les qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux.

Un des objectifs de la Loi est de faire en sorte que toute personne soit assurée, d'abord par un régime collectif et à défaut, par la régie. La Loi n'oblige pas une personne à avoir deux couvertures lorsque deux options lui sont présentées, par exemple, par son employeur et par son association. Les règles actuelles relatives à l'adhésion en cette matière continuent à s'appliquer.

Les personnes qui sont tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective sont celles qui ont les qualités requises pour faire partie du groupe. Tout critère pour circonscrire le groupe peut être utilisé à l'exception de l'âge, du sexe ou de l'état de santé des personnes. À titre d'exemple, la Loi n'empêche donc pas les régimes collectifs de prévoir des périodes d'attente, des périodes probatoires ou un minimum d'heures travaillées pour bénéficier de la couverture d'assurance, conformément aux pratiques habituelles. Ces régimes pourront également prévoir l'exclusion des personnes à temps partiel, des personnes temporaires et des contractuels ainsi que la cessation de la couverture lorsque la personne devient admissible à la retraite.

L'obligation d'adhésion d'une personne à un contrat d'assurance collective s'applique seulement lorsque ce contrat est au bénéfice d'un groupe de personnes déterminées selon un lien d'emploi ancien ou actuel, une profession ou une occupation habituelle. L'utilisation de ces expressions réfère à un travail ou une activité qui comporte généralement une rémunération.

Ainsi, un étudiant ou un consommateur à qui serait offert un contrat d'assurance collective ne serait pas visé par la Loi, c'est-à-dire que ces personnes n'auraient pas l'obligation d'y adhérer. Ce n'est que lorsqu'il existe un lien d'emploi que cette obligation naît.

L'expression «lien d'emploi» est de portée assez large. Par ailleurs, l'utilisation des termes «lien d'emploi ancien» vise principalement les retraités.

Aussi, pour les personnes âgées de moins de 65 ans et qui sont membres d'une association à adhésion facultative, elles devront s'assurer auprès de cette association qui sera tenue d'offrir le régime d'assurance-médicaments aux personnes qui en sont membres dans la mesure où l'association continue d'offrir un régime d'assurance-maladie, accident ou invalidité. Cependant, la Loi n'a pas pour effet d'obliger des personnes à devenir membres de leur association si une telle obligation n'existe pas par ailleurs.

Les personnes qui ne seront pas membres de l'association devront alors s'assurer auprès de la Régie à moins qu'elles n'aient accès à un autre régime collectif en raison de leur lien d'emploi.

[...].

(nos soulignés)

[19] Trois mois plus tard, le 5 décembre 1996, quelques semaines avant l'entrée en vigueur de la *Loi*, la RÉGIE précisait:

**«3.2 Protection assumée par le secteur privé  
(Précisions additionnelles)**

Les bulletins d'information numéros 3, 3.1 et 3.2 traitaient de la protection qui est assumée par le secteur privé et notamment de la question des personnes qui sont tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collective.

Compte tenu des informations contradictoires qui sont véhiculées par certains intervenants, la Régie tient à faire le rappel suivant.

Tel que déjà mentionné à plusieurs reprises, l'obligation d'adhésion d'une personne à un contrat d'assurance collective s'applique seulement lorsque le contrat est au bénéfice d'un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle.

Avant la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32), le champ de l'assurance contre la maladie ou les accidents était, règle générale, ouvert à la détermination de groupe de toute nature aux fins de la couverture par un contrat collectif.

Ce qu'il faut maintenant comprendre, c'est qu'à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, l'assurance-médicaments fait exception à cette règle générale

quant à la détermination des groupes à l'égard desquels un contrat d'assurance collective peut valablement être rendu applicable.

Un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux, en ce qui concerne l'assurance-médicaments, ne sera considéré acceptable que si le groupe a été déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle. Le groupe doit donc avoir été déterminé en considération ou à cause d'un lien d'emploi, d'une profession ou d'une occupation habituelle et la raison d'être du groupe doit se trouver dans la préexistence d'un lien d'emploi ou d'une appartenance à une profession ou à une occupation habituelle. En somme, le lien d'emploi, la profession ou l'occupation habituelle doit être la raison d'être du groupe, l'intérêt commun qui en explique la constitution.

Tout assureur doit donc, avant de contracter avec un preneur, s'assurer que le groupe visé a sa raison d'être sur la base d'un lien d'emploi, d'une profession ou d'une occupation habituelle indépendamment de tout objectif d'obtenir une couverture d'assurance.

Ainsi, un groupement ou une association sans aucune existence réelle ou activité de fait ou encore regroupant des personnes de professions différentes ou oeuvrant dans un champ commun mais sans avoir la même occupation habituelle ne peuvent prétendre à la couverture d'assurance-médicaments par un contrat collectif.

La Régie rappelle qu'en cas d'erreur dans la détermination d'un groupe, les personnes qui en feraient partie auront à payer une double prime pour la couverture d'assurance-médicaments; de plus, l'assureur s'expose à une déclaration judiciaire de nullité du contrat compte tenu des dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29) qui interdisent expressément de conclure un contrat ayant pour objet le paiement de services couverts par la Régie.

Source: Direction générale des affaires corporatives  
Régie de l'assurance-maladie du Québec»

[20] Lors de la présentation de la requête introductive d'instance, le procureur de la RÉGIE a insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de contradictions entre les deux bulletins et qu'en tout temps, la RÉGIE a toujours considéré selon les dispositions des articles 15.4 et 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments* que toute personne ainsi visée devait être membre de l'association à adhésion facultative. C'est d'ailleurs l'interprétation maintenue par la RÉGIE dans ses échanges avec les demanderesse notamment:

- le 15 juin 2004, pièce P-5;
- le 28 février 2005, pièce P-9.

[21] L'article 2392 du *Code civil du Québec* au chapitre des assurances précise:

**2392.** L'assurance de personnes porte sur la vie, l'intégrité physique ou la santé de l'assuré.

L'assurance de personnes est individuelle ou collective.

L'assurance collective de personnes couvre, en vertu d'un contrat-cadre, les personnes adhérant à un groupe déterminé et, dans certains cas, leur famille ou les personnes à leur charge.

[22] En assurance collective, il faut donc que les personnes adhèrent à un groupe déterminé et bien que l'article 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments* ne précise pas que la personne visée doit avoir payé une cotisation ou être membre en règle d'une association, l'article réfère «aux qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un contrat d'assurance collective».

[23] En obligeant dans le présent cas des dentistes non-membres de l'ACDQ à souscrire à la garantie d'assurance médicaments contenue au régime collectif des demandresses, ce serait en quelque sorte donner à l'ACQQ des droits qui sont spécifiquement restreints par la *Loi sur les syndicats professionnels*. En effet à l'article 6 de la *Loi sur les syndicats professionnels*, il est clairement indiqué que les syndicats professionnels ont une exclusivité que pour leurs membres et l'article 22 prévoit d'ailleurs que les membres peuvent se retirer à volonté de tout syndicat professionnel.

[24] La *Loi sur l'assurance médicaments* aurait pu prévoir une disposition similaire à l'article 21 de la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec* qui prévoit qu'outre les professionnels de la santé membres d'un organisme, ceux dont le champ d'activités professionnelles est le même que celui de ces membres sont également visés. Ce n'est pas le cas.

[25] Le Tribunal se doit de conclure qu'en l'absence d'une disposition claire dans une loi, une association dont l'adhésion des membres est facultative et volontaire ne peut représenter ou contraindre une personne qui n'est pas un de ses membres à adhérer à un contrat d'assurance collective même si comme dans le présent cas, il ne s'agit que d'une garantie limitée.

[26] La notion d'adhérer à un groupe déterminé présuppose le consentement de joindre un groupe déterminé à moins d'une disposition spéciale dans la loi comme c'est le cas en vertu de la *Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec*. Si tel n'était pas le cas, plusieurs associations, regroupements ou groupes d'individus pourraient revendiquer un statut de «groupe déterminé» obligeant ainsi des personnes non membres d'une association à adhérer au groupe pour les fins de l'assurance médicaments.

[27] À l'article 2392 C.c.Q., pour l'assurance collective, le législateur a pris soin de référer aux personnes «adhérant à un groupe déterminé» permettant ainsi, sauf dans certains cas, à celles qui ne veulent pas adhérer d'être exclues du groupe.

[28] En l'absence d'une disposition précise dans la *Loi sur l'assurance médicaments*, le Tribunal n'accepte donc pas qu'une association dont l'adhésion des membres est purement facultative et volontaire puisse revendiquer pour les fins de la garantie d'assurance médicaments l'adhésion de tous les professionnels non-membres de son association. Dans les faits, l'association est représentative d'un nombre important de professionnels, ici des dentistes et la garantie d'assurance médicaments doit être offerte à tous les membres de l'association mais ceux qui ne sont pas membres tombent sous le régime général de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

[29] Pour les dentistes, l'ACDQ représente plus que la majorité des professionnels mais tel n'est pas nécessairement le cas pour d'autres groupes de professionnels ou d'autres groupes ayant une occupation habituelle similaire. Ainsi, l'interprétation suggérée par les demanderesse pourrait dans les faits créer une situation où la détermination de l'association représentative d'un groupe pourrait être incertaine. Certes, la *Loi* stipule certaines obligations relatives à la couverture<sup>1</sup>, mais il n'en demeure pas moins qu'à l'intérieur d'une profession ou pour des groupes avec une «occupation habituelle», plusieurs associations ou groupes pourraient revendiquer, pour les fins de l'assurance médicaments, l'adhésion obligatoire de professionnels ou employés n'ayant aucune volonté d'adhésion, ce qui serait contraire aux dispositions de l'article 2392 C.c.Q..

[30] L'interprétation donnée par la RÉGIE depuis la mise en vigueur de la *Loi sur l'assurance médicaments* a toujours été la même, n'est pas contradictoire et respecte l'objet de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

[31] Pour éviter des problèmes administratifs de part et d'autre, les modifications de couverture pourront se faire, s'il y a lieu, à l'occasion des renouvellements au cours de l'année suivant le présent jugement.

#### **POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL:**

**PRONONCE** le jugement déclaratoire suivant:

**DÉCLARE** que le groupe auquel s'applique la garantie d'assurance médicaments, contenue dans le régime collectif P-2, inclut les chirurgiens dentistes habilités à pratiquer la médecine dentaire au Québec, inscrits au Tableau de l'Ordre des dentistes du Québec, non couverts par un autre régime collectif et membres de l'Association des Chirurgiens Dentistes du Québec;

**DÉCLARE** que l'adhésion à la garantie d'assurance médicaments contenue au régime collectif P-2 est obligatoire seulement pour les chirurgiens dentistes habilités à pratiquer la médecine dentaire au Québec, inscrits au Tableau de

---

<sup>1</sup> Article 35 et suivants de la *Loi sur l'assurance médicaments*.

l'Ordre des dentistes du Québec, non couverts par un autre régime collectif et membres de l'Association des Chirugiens Dentistes du Québec;

**AUTORISE** les parties à effectuer les modifications de couverture nécessaires dans un délai d'une année du présent jugement.

**LE TOUT** avec dépens contre les demanderesses.

---

**Michel A. Caron, j.c.s.**

Me Chantal Poirier  
MATTEAU POIRIER  
Procureur des demanderesses

Me Denis Semco  
ROCHON DEMERS SEMCO & BOULANGER  
Procureur de la Régie de l'assurance maladie du Québec

Me Marc-Hugo Petitclerc  
Procureur de la Mise en cause



Le 20 juin 2016

Monsieur Louis Morisset  
Président-directeur général  
Autorité des marchés financiers  
Tour de la Bourse, 22<sup>e</sup> étage,  
800, Victoria Square  
Montréal (Québec)  
H4Z 1G3

**Objet : Assurance collective à adhésion automatique**

Monsieur,

Nous désirons vous faire part d'une préoccupation importante de l'industrie québécoise de l'assurance. Lors d'une réunion des présidents de l'ACCAP-Québec, jeudi le 16 juin dernier, ceux-ci ont unanimement manifesté une grande inquiétude quant à la position récente de l'AMF sur les contrats d'assurance collective à adhésion automatique. Des échanges entre des représentants de notre industrie et de l'AMF nous indiquent qu'il ne serait plus possible d'offrir de l'assurance collective à adhésion automatique avec un droit de retrait et qui plus est, que l'adhésion à cette assurance devrait se faire par le biais d'un représentant.

Cette position de l'AMF a été communiquée à certains assureurs, particulièrement à Desjardins Sécurité financière (DSF), en référence à des contrats d'assurance collective offerts aux étudiants et pourrait également s'appliquer à des contrats offerts à d'autres types d'association.

Sans reprendre chacun des éléments qui ont déjà été transmis par DSF, nous sommes en profond désaccord avec cette position qui n'est pas conforme à ce que prévoit la *Loi sur les assurances* et la *Loi sur la distribution des produits et services financiers*. Une grande partie de l'argumentaire de l'AMF se base d'ailleurs sur cette dernière loi, en vigueur depuis 1998, que les assureurs ont toujours appliquée de la même façon. La pratique qui consiste à offrir des contrats à adhésion automatique avec droit de retrait sans intervention d'un représentant est la même depuis 1998. Il nous est difficile de comprendre la raison pour laquelle l'AMF considère en 2016 que les assureurs contreviennent maintenant à la *Loi sur la distribution des produits et services financiers*. Également, nous ne voyons pas comment, si la communication aux adhérents est claire, la *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales* ne serait pas respectée. Aussi, le

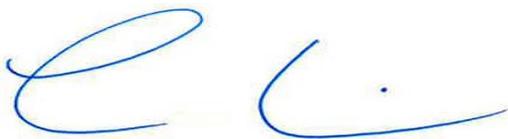
raisonnement qui sous-tend cette position est tel qu'il semble remettre en question des principes de base de l'assurance collective pour tous les types de groupe :

- Le principe de l'adhésion automatique aux assurances collectives lorsque la participation à un régime n'est pas rendue obligatoire en vertu de la Loi;
- La possibilité d'adhérer directement à un contrat d'assurance ou de rente collective sans l'intervention d'une personne physique;
- La possibilité d'adhérer à un contrat collectif d'un groupe de type association sans qu'obligatoirement un représentant en assurance de personnes ne soit impliqué dans le processus d'adhésion.

Nous vous soulignons également que le Québec serait la seule province où de telles exigences seraient imposées, ce qui signifierait vraisemblablement la fin de ce type de contrat dans la province. Pourtant, ces produits répondent à une demande exprimée par des clients, des institutions et des associations.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir analyser cette interprétation récente, à nouveau, en tenant compte de nos commentaires. Soyez assurés que les assureurs sont tout à fait disposés à discuter de changements à leurs pratiques, leurs produits ou la communication entourant la vente de ceux-ci aux adhérents.

Vous remerciant à l'avance de considérer notre demande et de nous permettre de discuter de ces modalités avec vous. Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'L' followed by a smaller 'D' and a period.

Lyne Duhaime  
Présidente ACCAP-Québec

Montréal, le 18 juillet 2016

26 JUL. 2016

Madame Lyne Duhaimé  
Présidente  
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes  
1001, boul. de Maisonneuve Ouest  
Bureau 630  
Montréal (Québec) H3A 3C8

**Objet : Assurance collective à adhésion automatique**

---

Madame,

Nous accusons réception de votre correspondance datée du 20 juin dernier relativement au dossier cité en objet.

Après examen de cette dernière, nous désirons d'abord préciser que l'intervention de l'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») ne vise pas l'ensemble des contrats d'assurance collective. L'Autorité, lorsqu'informée d'éléments de non-conformité potentielle de certains produits, doit intervenir pour s'assurer de leur distribution conformément aux dispositions des lois qu'elle administre et des diverses lignes directrices applicables.

La problématique rencontrée auprès de certains assureurs porte sur un produit bien précis, soit une assurance collective santé complémentaire facultative, qui est facturée automatiquement aux étudiants membres de diverses associations étudiantes au sein de plusieurs institutions académiques québécoises avec un droit de retrait limité à trente (30) jours.

L'Autorité n'est pas en mesure de présenter à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (« ACCAP ») tous les éléments pertinents de son dossier en l'absence de l'autorisation expresse des assureurs visés par ses communications. Néanmoins, l'Autorité peut d'ores et déjà communiquer à l'ACCAP que la notion de l'assurance facultative à adhésion automatique est un enjeu important et que dans le cadre du présent dossier des ajustements devraient être apportés à la façon de distribuer le produit facultatif.

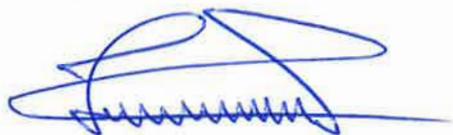
Louis Morisset  
Président-directeur général

Québec  
Autorité des marchés financiers  
2640, boulevard Laurier,  
4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1V 5C1  
tél. : 418.525.7571  
télé. : 418.528.2791

Montréal  
800, square Victoria,  
22<sup>e</sup> étage  
C.P. 246, tour de la Bourse  
Montréal (Québec)  
H4Z 1G3  
tél. : 514.395.0281  
télé. : 514.873.0711

Mon équipe est disposée et intéressée à vous rencontrer pour discuter du présent dossier et expliquer la position prise par l'Autorité afin de répondre aux préoccupations soulevées par l'industrie. Veuillez communiquer avec messieurs Déry ou Stevenson à cet effet. Par ailleurs, pour qu'une telle rencontre soit fructueuse, il serait utile que les assureurs spécifiquement impliqués nous transmettent leur consentement autorisant la communication à l'ACCAP des informations recueillies par l'Autorité dans le cadre de ses travaux.

Veuillez recevoir, Madame, nos salutations distinguées.



Louis Morisset  
Président-directeur général

- c.c M. Patrick Déry, surintendant de l'encadrement de la solvabilité, Autorité des marchés financiers  
M. Eric Stevenson, surintendant de l'assistance aux clientèles et de l'encadrement de la distribution, Autorité des marchés financiers

## Doctrine

Annick Guérard-Kerhulu, dir., *L'assurance de personnes au Québec*, Markham, LexisNexis :

[¶60-025] L'assurance collective est, en réalité, une relation contractuelle tripartite entre l'assureur, le preneur et les adhérents. Ils sont tous régis par un seul et même contrat. Toutefois, dans l'application de cette relation contractuelle, seules deux de ces parties, le preneur et l'assureur, sont de véritables interlocuteurs car ils détiennent le pouvoir décisionnel quant à la formation et à la prise d'effet du contrat, son administration, le paiement des primes et des réclamations, la terminaison ou le renouvellement du contrat. L'adhérent ne fait que payer la prime afférente à sa propre protection d'assurance et désigner ou révoquer le bénéficiaire de son choix.

[...]

[¶60-240] Il ne faut pas oublier le rôle passif que joue l'adhérent dans l'assurance collective (voir ¶60-280). Ce n'est pas l'adhérent, directement, qui est chargé du paiement de la prime périodique requise pour le maintien en vigueur de l'assurance collective. Il n'a, généralement, aucun contact direct avec l'assureur dans l'administration régulière du programme d'assurance collective, c'est le preneur qui a cette responsabilité. Le preneur joue, à ce niveau, non seulement le rôle dévolu à l'une des parties au contrat, mais également celui d'intermédiaire entre l'assureur et les adhérents. [notre souligné]

Tremblay c. Capitale (La), assureur de l'administration publique inc.

2013 QCCA 410

## COUR D'APPEL

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
GREFFE DE QUÉBEC

N° : 200-09-007669-127  
(200-06-000105-083)  
(200-06-000110-083)

DATE : 7 mars 2013

---

**CORAM : LES HONORABLES FRANCE THIBAUT, J.C.A.  
FRANÇOIS PELLETIER, J.C.A.  
JEAN BOUCHARD, J.C.A.**

---

**SERGE TREMBLAY**

et

**BRUCE BEAVER**

APPELANTS – Demandeurs/Représentants

c.

**LA CAPITALE ASSUREUR DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.**

et

**LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.**

INTIMÉES – Défenderesses

et

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

et

**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

et

**ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS**

et

**ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC**

et

**ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC**

et

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

et  
**ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC**  
et  
**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT**  
et  
**FÉDÉRATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC**  
et  
**ASSOCIATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES ANGLOPHONES DU QUÉBEC**  
et  
**FÉDÉRATION DES CÉGEPS**  
et  
**SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE (S.C.F.P.)**  
et  
**SYNDICAT QUÉBÉCOIS DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS DE SERVICE, SECTION LOCALE 298**  
et  
**UNION DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS DE SERVICE, SECTION LOCALE 800 (F.T.Q.)**  
et  
**SYNDICAT DES EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS PROFESSIONNELS-LES ET DE BUREAU-QUÉBEC (C.T.C.-F.T.Q.)**  
MIS EN CAUSE – Intervenants

---

ARRÊT

---

[1] Les appelants se pourvoient contre un jugement rendu le 8 février 2012 (et rectifié le 14 février 2012) par la Cour supérieure du district de Québec (honorables Jean Lemelin), qui a rejeté avec dépens le recours collectif intenté par chacun d'eux contre les intimées.

[2] Pour les motifs de la juge Thibault, auxquels souscrivent les juges Pelletier et Bouchard, **LA COUR** :

[3] **REJETTE** l'appel, avec dépens.

---

FRANCE THIBAUT, J.C.A.

---

FRANÇOIS PELLETIER, J.C.A.

---

JEAN BOUCHARD, J.C.A.

M<sup>e</sup> Laval Dallaire  
Gagné, Letarte  
Pour les appelants

M<sup>e</sup> Michel C. Chabot  
Gravel, Bernier  
Pour les intimés

M<sup>e</sup> Michel Gilbert  
Melançon, Marceau  
Pour les mis en cause

Date d'audience : 16 janvier 2013

---

## MOTIFS DE LA JUGE THIBAUT

---

[4] Les appelants se pourvoient contre un jugement rendu le 8 février 2012 (et rectifié le 14 février 2012) par la Cour supérieure du district de Québec (honorable Jean Lemelin), qui a rejeté le recours collectif intenté par chacun d'eux contre les intimées, deux sociétés d'assurance.

[5] Le pourvoi vise à déterminer si le preneur et l'assureur peuvent modifier un contrat d'assurance collective et priver un adhérent devenu invalide du bénéfice de l'exonération des primes d'assurance maladie et soins dentaires auquel ce dernier avait droit avant la modification. Il vise aussi à décider si le contrat peut être modifié pour prévoir la fin de la couverture pour un adhérent devenu invalide dans le cas d'un changement d'affiliation de l'association accréditée de salariés qui le représente.

### **1-Les faits**

[6] L'appelant Tremblay a été à l'emploi d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée exploité par le gouvernement du Québec. Il est devenu invalide le 31 décembre 1996.

[7] L'appelant Beaver a, pour sa part, travaillé pour la Commission scolaire of English Montreal. Il est devenu invalide en 1997.

[8] Lorsqu'ils sont devenus invalides, les appelants étaient chacun représentés par une association de salariés affiliée à la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ) qui avait conclu une convention collective avec leur employeur. Celle-ci prévoyait un mécanisme par lequel les salariés visés pouvaient participer, à titre d'adhérents, à un régime d'assurance collective.

[9] Les mis en cause sont les parties syndicales et patronales composant le Comité paritaire intersectoriel FTQ. Aux termes des conventions collectives applicables, ce Comité avait la responsabilité d'établir et d'appliquer un régime d'assurance maladie de base et des régimes optionnels d'assurance, soit des régimes d'assurance vie, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires. Le Comité n'avait pas la capacité de conclure un régime d'assurance invalidité.

[10] Conformément aux prescriptions des conventions collectives applicables, les mis en cause ont, à titre de preneur, conclu avec les intimées (que pour fin de commodité je nommerai l'assureur) un régime d'assurance collective comportant un régime de base d'assurance maladie et des régimes optionnels d'assurance vie, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires dont les appelants ont bénéficié en raison de leur appartenance au groupe de personnes visées.

[11] Lorsque les appelants sont devenus totalement invalides, le contrat d'assurance collective pertinent prévoyait que, en cas d'invalidité totale, ils étaient exonérés du paiement des primes d'assurance pour la durée de l'invalidité jusqu'à l'âge de 65 ans ou, pour les régimes d'assurance maladie ou soins dentaires, à la date de terminaison du contrat, si celle-ci était antérieure. En application de ce contrat, les appelants, devenus invalides, ont été exemptés du paiement des primes d'assurance pendant une certaine période.

[12] Le 5 juin 2006, l'assureur a avisé l'appelant Tremblay du retrait des couvertures d'assurance parce que l'association de salariés dont il était membre n'était plus affiliée à la FTQ (modification apportée au contrat en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001).

[13] Le 15 novembre 2007, l'assureur a avisé l'appelant Beaver de la perte du bénéfice de l'exonération des primes d'assurance à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 puisqu'une clause du contrat d'assurance collective limitait à compter de cette date ce bénéfice à une période de 36 mois (modification apportée au contrat le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'appelant Beaver pouvait cependant continuer à bénéficier de l'assurance en payant la prime applicable.

[14] Donc, les modifications du 1<sup>er</sup> janvier 2001 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008 ont entraîné pour l'appelant Beaver la terminaison de l'exonération de primes et pour l'appelant Tremblay la terminaison de l'assurance, à l'exception de la garantie d'assurance vie pour laquelle ils continuent de bénéficier, tous deux, d'une exonération de primes.

[15] Le 6 novembre 2009, le juge de première instance a attribué à l'appelant Tremblay le statut de représentant pour exercer un recours collectif pour le compte du groupe décrit de la façon suivante :

[...]

Toutes les personnes physiques qui sont ou étaient couvertes par la police d'assurance groupe numéro 6000 émise par l'Intimée (l'Assureur\*) et:

- qui sont ou étaient invalides aux termes de ladite police;
- qui bénéficiaient de l'exonération des primes prévues à ladite police;
- et à qui l'assureur a mis fin à l'exonération des primes et à la couverture des régimes d'assurance maladie de base ou d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires au motif qu'il y a eu changement d'allégeance syndicale;

leur conjoint, leurs héritiers ou ayants droit et les personnes à charge de ces personnes.

\* L'assureur pour les fins des présentes est Mutuelle des fonctionnaires du Québec, MFQ VIE corporation d'assurance, La Capitale Assurance MFQ inc., La

Capitale Assureur de l'Administration publique inc., La Capitale assurances de personnes inc., La Personnelle Vie corporation d'assurance ou La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

[16] Le même jour, il a attribué à l'appelant Beaver le statut de représentant pour exercer un recours collectif pour le compte du groupe décrit de la façon suivante :

[...]

Toutes les personnes physiques qui sont ou étaient couvertes par la police d'assurance groupe numéro 6000 émise par l'Intimée (l'Assureur\*) et:

- qui sont ou étaient invalides aux termes de ladite police;
- qui bénéficiaient de l'exonération des primes prévues à ladite police;
- et à qui l'assureur a mis fin à l'exonération des primes et à la couverture des régimes d'assurance maladie de base ou d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires au motif que ces bénéfices sont limités à une période maximale de 36 mois;

leur conjoint, leurs héritiers ou ayants droit et les personnes à charge de ces personnes.

\* L'assureur pour les fins des présentes est Mutuelle des fonctionnaires du Québec, MFQ VIE corporation d'assurance, La Capitale Assurance MFQ inc., La Capitale Assureur de l'Administration publique inc., La Capitale assurances de personnes inc., La Personnelle Vie corporation d'assurance, La Capitale Insurance and Financial Services inc. ou La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

[17] Par un jugement du 16 juillet 2009, les deux recours ont été réunis pour être instruits en même temps en vertu d'une preuve commune.

## **2- Le jugement de première instance**

[18] Le juge précise qu'il s'intéressera d'abord à la question de la responsabilité et que celle reliée aux dommages sera étudiée plus tard, si nécessaire. Il rappelle que l'appelant Tremblay représente un groupe de 306 personnes et l'appelant Beaver, 889 personnes.

[19] Il souligne que le contrat d'assurance collective (contrat-cadre 6000) entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991 (en remplacement du contrat 3000) prévoit l'exonération des primes d'assurance tant que dure l'invalidité, et ce, jusqu'à 65 ans.

[20] Il rejette la position des appelants Tremblay et Beaver selon laquelle, une fois acquis, le droit à l'exonération est « cristallisé » et ne peut plus être retiré ou modifié. L'appelant Tremblay plaidait, en effet, que le changement d'allégeance de l'association

accréditée dont il était membre (survenu après son invalidité et la reconnaissance de son droit à l'exonération des primes d'assurances) ne lui était pas opposable. Pour sa part, l'appelant Beaver faisait valoir que la modification *a posteriori* du contrat ne pouvait limiter l'exonération des primes d'assurance à une période de 36 mois.

[21] Le jugement de première instance traite de trois questions principales.

[22] Premièrement, le juge se demande si les changements résultent de modifications au contrat d'assurance collective ou s'ils relèvent plutôt de la conclusion d'un nouveau contrat. Il remarque que le « nouveau contrat » contient une clause suivant laquelle il doit être considéré comme une consolidation des avenants et des ententes écrites du contrat initial du 1<sup>er</sup> mars 1991 :

11. [...]

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

Également, le 31 décembre 1996 ne doit pas être considéré comme une date de fin de contrat, à toutes fins de droit, mais comme la fin d'une période contractuelle.

[Je souligne]

[23] Et, il note que la même clause figure dans les contrats postérieurs jusqu'à ce qu'elle ait été abrogée en 2009.

[24] Il conclut que, en présence d'un processus d'appel d'offres lancé par le preneur, le contrat conclu avec l'assureur et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001 constitue un nouveau contrat d'assurance collective, et cela, même si celui-ci est intervenu avec le même assureur.

[25] Deuxièmement, le juge vérifie si l'assureur et le preneur peuvent diminuer les droits des adhérents sans l'approbation de ces derniers. En effet, le contrat d'assurance intervenu en 1991 stipulait en faveur de l'adhérent totalement invalide l'exonération des primes d'assurance « tant que dure son invalidité ». Il conclut que le preneur et l'assureur n'ont pas l'obligation de consulter les adhérents avant de modifier le contrat d'assurance puisqu'une clause du contrat assujettit la validité d'une telle modification à une seule condition, soit la signature par eux d'un avenant :

Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'apporter à la police, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité.

[26] Troisièmement, le juge traite de l'argument des appelants suivant lequel les modifications ne sont pas opposables à l'adhérent si celui-ci est devenu invalide avant la signature de l'avenant constatant une telle modification. Vu son interprétation de l'article 273 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*<sup>1</sup> et de l'arrêt *Lachapelle c. Croix Bleue (La) (Mutuelle-vie du Québec)*<sup>2</sup>, il décide que les modifications sont opposables aux appelants. Selon lui, le « risque », au sens de l'article 2389 C.c.Q., n'est pas l'invalidité des appelants, mais plutôt les frais engagés pour cause de maladie ou pour des soins dentaires. Puisque le contrat visé en est un d'assurance maladie et soins dentaires (et non d'assurance invalidité), ce sont les frais de cette nature qui sont garantis. L'exonération des primes d'assurance n'était donc pas une garantie acquise aux appelants.

[27] Le juge rejette les deux recours collectifs.

### 3-Les questions en litige

[28] Dans leur mémoire d'appel, les appelants proposent l'étude des cinq questions que je regroupe sous quatre thèmes :

1. L'invalidité est-elle un « risque » assuré par l'assureur?
2. Le droit des appelants s'est-il « cristallisé » lors de la survenance de leur invalidité totale?
3. La modification du 1er janvier 2001, applicable en cas de changement d'allégeance syndicale, est-elle valide?
4. L'assureur a-t-il commis une faute entraînant sa responsabilité?

### 4- L'analyse

[29] Avant d'entamer l'étude des questions en litige, il est utile de rappeler la nature du contrat d'assurance collective, et aussi de faire l'historique des divers contrats qui se sont succédé depuis 1986, année où le preneur et l'assureur ont conclu le premier contrat d'assurance.

[30] Le *Code civil du Québec* traite du contrat d'assurance collective à son article 2392 :

**2392.** L'assurance de personnes porte sur la vie, l'intégrité physique ou la santé de l'assuré.

L'assurance de personnes est individuelle ou collective.

<sup>1</sup> *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, R.R.Q., 1981, c. A-32, r. 1. Règlement abrogé le 2009-09-10.

<sup>2</sup> [1996] R.R.A. 302 (C.A.).

L'assurance collective de personnes couvre, en vertu d'un contrat-cadre, les personnes adhérant à un groupe déterminé et, dans certains cas, leur famille ou les personnes à leur charge.

[31] Comme la Cour l'a énoncé dans *Côté c. La Compagnie Mutuelle d'assurance-vie du Québec*<sup>3</sup>, l'assurance collective donne lieu à une relation tripartite entre le preneur, l'assureur et l'adhérent. Les véritables interlocuteurs sont le preneur et l'assureur qui peuvent modifier les termes du contrat. L'adhérent n'a aucun pouvoir de négociation<sup>4</sup>. Dans *Lalonde c. Sun Life du Canada*<sup>5</sup>, la Cour suprême a précisé que, pour l'adhérent, le contrat d'assurance collective est un contrat d'adhésion.

[32] Au début, les parties avaient convenu de deux contrats d'assurance. L'un s'appliquait aux employés du réseau de la santé et l'autre à ceux du secteur de l'éducation.

[33] À la suite d'un processus d'appel d'offres lancé par le preneur en juillet 1990, un contrat d'assurance collective est intervenu entre les parties. Il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il s'agit du contrat qui a été désigné comme la pièce P-5. Conformément à la clause 8.2 du contrat, les parties peuvent y mettre fin moyennant un préavis d'au moins 180 jours dans le cas de l'assureur et, en tout temps, dans le cas du preneur.

[34] D'un commun accord, les parties ont convenu d'un nouveau contrat, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Il a été désigné comme la pièce D-1. La clause 8.2 prévoit que le preneur peut mettre fin au contrat en tout temps et que l'assureur doit donner un préavis d'au moins 180 jours.

[35] En mars 2000, le preneur a lancé un nouveau processus d'appel d'offres au terme duquel il a convenu avec l'assureur d'un contrat d'assurance collective entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Ce contrat a été désigné comme la pièce P-6. La clause 8.2 prévoit que le preneur peut mettre fin au contrat en tout temps et que l'assureur doit donner un préavis d'au moins 180 jours.

[36] Ces trois contrats comprennent des couvertures pour les régimes d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire, d'assurance soins dentaires et d'assurance vie. L'assurance invalidité est offerte par une autre société d'assurance.

[37] Les termes de chacun des contrats intervenus entre les parties prévoient que les couvertures d'assurance peuvent prendre fin pour différents motifs, que les contrats peuvent être modifiés et, le cas échéant, ils traitent de l'impact des modifications apportées. La page frontispice de chacun d'eux indique la date d'entrée en vigueur du contrat, sa durée (12 mois) et sa date de renouvellement chaque année.

<sup>3</sup> C.A. Montréal, 500-09-01298-884, 13 décembre 1995, J.J. Gendreau, Otis et Biron, p. 6.

<sup>4</sup> *Ibid.*, Voir aussi *Fortier c. Sun Life du Canada, compagnie d'assurance*, 2010 QCCS 4923.

<sup>5</sup> [1992] 3 R.C.S. 261, 273.

[38] **Le contrat d'assurance P-5, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991, prévoit :**

2.11 Terminaison de l'assurance

2.11.1 Sous réserve de l'article 7.5 "Exonération des primes en cas d'invalidité", l'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

2.11.1.1 la date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective;

2.11.1.2 *la date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;*

2.11.1.3 la date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve des sous-articles 2.1.7, 2.1.8, 3.6, 4.6, 5.11 et 6.7;

2.11.1.4 la date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu de cette garantie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserves des sous-articles 2.3.4 et 2.4.4.

[...]

7.5 Exonération des primes en cas d'invalidité

7.5.1 Dans le secteur de la santé et des services sociaux, en cas d'invalidité totale, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de sa 8<sup>e</sup> journée ouvrable pour les salariés à temps complet ou de la 9.8<sup>e</sup> journée de calendrier pour ceux à temps partiel et ce, tant que dure son invalidité.

7.5.2 Dans tous les autres secteurs, en cas d'invalidité totale, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de sa 8<sup>e</sup> journée ouvrable et ce, tant que dure son invalidité.

L'employeur n'est exonéré du paiement de sa part de la prime qu'après une période de 2 ans du début de l'invalidité.

Dans tous les cas, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser l'âge de 65 ans ou pour les régimes d'assurance-maladie et soins dentaires la date de terminaison du contrat si antérieur. De plus, l'exonération du paiement ne s'applique pas à la garantie d'assurance-vie du retraité.

[Je souligne]

Une participante qui bénéficie d'un retrait préventif approuvé par la C.S.S.T. en raison de sa grossesse n'est pas sujette à l'exonération de primes aux fins des présentes.

Pour les assurés invalides à la date d'entrée en vigueur et admissibles au présent contrat, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser la date où elle aurait cessée en vertu du contrat antérieur.

[...]

#### ARTICLE 10 – CONTRAT

[...]

Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'apporter à la police, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité.

[...]

**[39] Le contrat D-1, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, prévoit :**

2.11.1 Sous réserve du sous-article 7.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité », l'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

2.11.1.1.1 La date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective;

2.11.1.1.2 La date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;

2.11.1.1.3 La date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve des sous-articles 2.1.7, 3.5, 4.5, 5.12 et 6.9;

2.11.1.1.4 La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour un participant qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base selon les dispositions du sous-article 2.2.2;

2.11.1.1.5 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime, autre que le régime d'assurance maladie de base, ou d'une garantie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve des sous-articles 2.3.4 et 2.4.4.

[...]

7.5.1 Dans le secteur de la santé et des services sociaux, en cas d'invalidité, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de sa :

- 8<sup>e</sup> journée ouvrable pour les salariés à temps complet; ou
- 5<sup>e</sup> journée ouvrable pour les salariés à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail; ou
- de la 9,8<sup>e</sup> journée de calendrier pour ceux à temps partiel;

et ce, tant que dure son invalidité.

[...]

7.5.8 Dans tous les cas, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser l'âge de 65 ans ou la date effective de la prise de la retraite, et ce, même si une rente d'invalidité continue d'être versée, ou pour les régimes d'assurance maladie et soins dentaires, la date de terminaison du contrat si antérieure. De plus, l'exonération du paiement ne s'applique pas aux garanties d'assurance vie du retraité, d'assurance vie du conjoint ou des enfants à charge du retraité et d'assurance vie additionnelle du conjoint du retraité.

## ARTICLE 9 – MODIFICATION AU CONTRAT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à tous les assurés, qu'ils soient actifs, invalides ou retraités.

## ARTICLE 11 – CONTRAT

[...]

Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'apporter à la police, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité.

[...]

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du

contrat initial entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

[Je souligne]

[40] **Le contrat P-6, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001, prévoit :**

2.12.1 Sous réserve de l'article 7.5 « Exonération des primes en cas d'invalidité », l'assurance de tout participant se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

2.12.1.1 La date de terminaison du contrat ou pour chacun des régimes, leur date de terminaison respective;

2.12.1.2 La date à laquelle il cesse de remplir les conditions d'admissibilité;

2.12.1.3 La date à laquelle le participant quitte son emploi, sous réserve des articles 2.1.3 et 6.8;

2.12.1.4 La date à laquelle l'assurance en vertu de l'autre régime d'assurance collective débute pour un participant qui met fin à son assurance en vertu du régime d'assurance maladie de base selon les dispositions de l'article 2.2.2;

2.12.1.5 La date de la réception par l'Assureur de l'avis écrit d'un participant qui désire mettre fin à son assurance en vertu d'un régime, autre que le régime d'assurance maladie de base, ou d'une garantie ou à la date de terminaison inscrite dans tel avis, laquelle est la plus éloignée, sous réserve des articles 2.3.4 et 2.4.4;

2.12.1.6 La date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance à la partie syndicale du groupe de salariés dont faisait partie le participant.

[...]

7.5.1 Dans le secteur de la santé et des services sociaux ainsi que pour la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain, en cas d'invalidité, l'assurance du participant et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime à compter de sa :

- 8<sup>e</sup> journée ouvrable pour les personnes salariées à temps complet; ou

- 5<sup>e</sup> journée ouvrable pour les personnes salariées à temps complet travaillant 4 jours par semaine dans le cadre du programme de réduction du temps de travail; ou
- de la 9,8<sup>e</sup> journée de calendrier pour les personnes salariées à temps partiel;

et ce, tant que dure son invalidité.

[...]

7.5.10 L'exonération du paiement de la prime se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

- 7.5.10.1 La date à laquelle le participant atteint 65 ans;
- 7.5.10.2 La date à laquelle le participant prend sa retraite et ce, même si une rente d'invalidité continue d'être versée;
- 7.5.10.3 Pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires :

La date de terminaison de contrat ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie.

De plus, l'exonération du paiement ne s'applique pas aux garanties d'assurance vie du retraité, d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge du retraité et d'assurance vie additionnelle du conjoint retraité.

[...]

## ARTICLE 9 – MODIFICATION AU CONTRAT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées.

## ARTICLE 11 – CONTRAT

[...]

Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'adopter à la police, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité.

[...]

De plus, la présente police doit être considérée comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

[...]

[Je souligne]

**[41] L'avenant n° 6 au contrat P-6, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, prévoit :**

7.5.10.4 Pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaire) et de soins dentaires :

- a) La date de terminaison de contrat ou la date indiquée dans l'avis écrit du Comité confirmant la cessation d'appartenance d'un groupe de salariés à la partie syndicale dont la personne invalide faisait partie;
- b) La date de rupture du lien d'emploi du participant;
- c) La date correspondant à la fin d'une période de 36 mois après la date du début de l'invalidité du participant.

[Je souligne]

## 4-L'analyse

### 4.1 L'invalidité est-elle un risque assuré par l'assureur?

[42] Les appelants plaident que le juge de première instance a commis une erreur en concluant que l'exonération du paiement des primes ne constituait pas une garantie d'assurance offerte par le contrat d'assurance.

[43] Le contrat d'assurance est défini à l'article 2389 C.c.Q. Il s'agit d'un contrat par lequel l'assureur s'engage, moyennant une contrepartie (la prime), à verser à une autre personne une prestation en cas de réalisation du risque envisagé. Trois éléments doivent être réunis.

[44] D'abord, il y a une promesse de l'assureur de verser une prestation. Selon la doctrine<sup>6</sup>, la prestation n'est pas limitée au paiement d'une somme d'argent, mais elle vise une protection d'ordre pécuniaire. Ensuite, il doit y avoir paiement d'une prime. Enfin, le contrat doit comporter un élément aléatoire, le risque.

[45] Le juge a décidé que l'invalidité ne constituait pas le risque envisagé ni une garantie protégée par le contrat parce que ses articles 3, 4, 5 et 6, qui définissent les frais admissibles aux termes du régime d'assurance maladie de base (art. 3), du régime optionnel d'assurance maladie complémentaire (art. 4), du régime optionnel d'assurance soins dentaires (art. 5) et régime optionnel d'assurance vie (art. 6), ne sont pas subordonnés à la survenance de l'invalidité de l'adhérent :

[196] Les intervenants plaident, avec raison, que ce bénéfice d'exonération n'est pas une garantie protégée par la police, puisqu'il n'est pas prévu expressément aux articles 3, 4, 5 et 6 des contrats qui définissent en détail les garanties auxquelles l'assureur est tenu.

[197] L'exonération du paiement de la prime est intégrée à la clause 7 qui traite de la prime.

[198] Les demandeurs ont tort de soutenir que le risque assuré était l'invalidité et qu'une fois matérialisé, ils avaient droit au bénéfice de l'exonération de payer la prime.

[199] Nous sommes ici en matière d'assurance collective maladie de base, maladie complémentaire et soins dentaires.

[200] Il est évident que les risques couverts sont la maladie, les soins dentaires, les sinistres et les frais engagés admissibles encourus par l'adhérent et que l'assureur doit rembourser.

[46] Les termes du contrat permettent d'affirmer que la prestation de l'assureur reliée aux frais admissibles décrits dans les quatre régimes, et énumérés aux articles 3, 4, 5 et 6 du contrat, ne dépend pas de la survenance d'une invalidité.

[47] Qu'en est-il de l'exonération du paiement des primes? Un tel avantage peut donner lieu à une véritable convention d'assurance si les éléments nécessaires à la formation d'un tel contrat sont réunis, c'est-à-dire si l'assureur a convenu du versement d'une prestation moyennant une prime en cas de survenance d'un sinistre.

---

<sup>6</sup> Didier Lluellas, *Précis des assurances terrestres*, 4<sup>e</sup> éd., Montréal, Les Éditions du Thémis, 2005, p. 22.

[48] Dans le présent contrat, l'assureur ne s'est pas engagé à verser ou à assumer une prestation moyennant le paiement d'une prime en cas d'invalidité. Certes, la survenance de l'invalidité libère l'adhérent de son obligation de payer la prime, mais celle-ci n'est pas assumée par l'assureur. Elle est répartie entre les autres adhérents. Le rapport présenté par Pierre Bergeron, directeur de la Tarification de l'assureur, appuyé sur les états financiers pertinents, en atteste :

### **Assurance maladie**

La tarification en assurance maladie tient compte que les employés invalides durant la période analysée réclameront encore durant la période future pour laquelle la tarification est établie (habituellement 12 mois) et que ceux-ci ne paieront pas de primes durant cette même période. Les réclamations des employés invalides sont donc supportées par les primes des employés actifs pour une période future qui est habituellement de 12 mois.

La tarification n'inclut pas de réserves pour les réclamations futures, qui seront encourues par les employés invalides après la fin de la période de 12 mois, puisque si le contrat n'est pas renouvelé à la fin de ladite période, la protection cesse même pour les invalides. La tarification ne tient donc pas compte du bénéfice d'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

D'ailleurs, il n'y a pas de réserve inscrite aux états financiers de la compagnie d'assurance pour le bénéfice d'exonération des primes de l'assurance maladie.

### **Assurance vie**

La tarification pour une période donnée en assurance vie est établie afin de supporter tous les décès d'employés actifs durant cette période (habituellement 12 mois) et pour les employés qui deviennent invalides durant cette période, la tarification comporte une réserve pour payer leur futur décès si celui-ci est consécutif à leur invalidité et survient avant l'âge de 65 ans, et ce, même si le contrat n'est pas renouvelé à la fin de la période.

La tarification tient donc compte du bénéfice d'exonération des primes jusqu'à 65 ans.

D'ailleurs, une réserve est inscrite aux états financiers de la compagnie d'assurance pour le bénéfice d'exonération des primes en assurance vie.

[Je souligne]

[49] Il s'ensuit que l'avantage que constitue pour l'adhérent invalide l'exonération du paiement des primes n'est pas une prestation à laquelle s'est obligée l'assureur. Cet avantage découle de la décision du preneur de transférer aux adhérents actifs les primes dont les adhérents invalides sont exonérés.

[50] Le juge a donc eu raison de conclure que l'invalidité n'est pas un risque couvert par l'assureur en vertu du contrat d'assurance maladie.

#### **4.2 Le droit des appelants s'est-il « cristallisé » lors de la survenance de leur invalidité?**

[51] Les contrats successifs sont-ils des contrats distincts? Pour l'assureur, la question est importante, car l'existence de contrats distincts constitue, selon lui, une raison additionnelle d'écarter la théorie de la « cristallisation » des droits plaidée par les appelants. Pour les appelants et le preneur, la réponse à cette question n'est pas significative en raison des termes du contrat. Je suis d'accord, cette question paraît secondaire puisque les parties ont convenu, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, que :

[...]

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

[Je souligne]

[52] Le contrat applicable lors de la survenance de l'invalidité des appelants est le contrat D-1<sup>7</sup> en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Celui-ci prévoyait, à son article 7.5, l'exonération du paiement des primes en cas d'invalidité, pendant la durée de celle-ci, et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans. Le contrat D-1 a été remplacé par un nouveau contrat, le contrat P-6, en 2001. Celui-ci comporte des avantages analogues à ce chapitre. La clause d'exonération de primes a été modifiée par l'avenant no 6, en 2008, pour en limiter la durée à une période de 36 mois.

[53] La modification a été apportée à la demande du preneur parce que les employés actifs ont exprimé leur mécontentement face au coût élevé des primes payées pour le régime. Le preneur a donc décidé de requérir une modification relative à l'exonération des primes en raison de l'accroissement constaté des coûts (qui ont doublé entre 2000 et 2005) et du fait que le régime FTQ était, à ce chapitre, plus généreux que les régimes offerts aux autres employés du secteur public et parapublic.

---

<sup>7</sup> L'appelant Beaver est devenu invalide en 1997. L'appelant Tremblay est devenu invalide le 31 décembre 1996 et l'exonération prend effet 8 jours plus tard, donc après le 1<sup>er</sup> janvier 1997.

[54] Voici l'extrait du rapport de la conseillère en assurance du preneur :

## **2. Coût de l'exonération des primes**

Considérant que la garantie d'assurance maladie de base est soumise à des critères contraignants édictés par la Loi sur l'assurance médicaments, la marge de manœuvre du CPI-FTQ pour modifier le contrat avec un impact suffisamment important sur les primes en est d'autant plus limitée. Le CPI-FTQ désirait également que la modification apportée soit la plus équitable possible et ce, pour l'ensemble des participants. Sachant que le bénéfice d'exonération des primes du régime FTQ était, à ce moment, plus généreux que celui généralement offert aux salariés des secteurs public et parapublic, en ce sens qu'il ne prévoyait pas de durée maximale autre que l'atteinte de l'âge de 65 ans alors que celui des autres groupes prévoyait une limite de 3 ans, le CPI-FTQ a décidé d'explorer cette avenue.

Ainsi, à partir des statistiques fournies par La Capitale, le CPI-FTQ a pu connaître la proportion des prestations encourues associée aux participants invalides. Le Tableau 1 présente les prestations encourues en assurance maladie de base par les participants invalides à compter de leur premier jour d'invalidité en comparaison de celles encourues par les participants actifs ainsi que leur impact en pourcentage. Le nombre de participants au 31 décembre est également présenté. Ces statistiques couvrent les années 2001 à 2005.

[...]

## **5. Conclusion**

À la lumière de ces résultats et considérant que les bénéfices d'exonération des primes et de participation applicables par les régimes d'assurance collective offerts aux salariés des mêmes secteurs d'activités se terminent généralement après 3 ans d'invalidité (s'il y a rupture du lien d'emploi), le CPI-FTQ a donc décidé de requérir la modification du bénéfice d'exonération des primes du contrat sous sa responsabilité en introduisant une période maximale de 3 ans pour les garanties d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance soins dentaires, ce qui amène la terminaison de la participation à cette date lorsqu'il y a également rupture du lien d'emploi.

Le maintien du bénéfice d'exonération des primes et, par conséquent, de participation, des participants invalides sans limite de temps autre que l'âge de 65 ans, aurait fait progresser les coûts du régime à un rythme toujours supérieur à la tendance observée, amplifiant le mécontentement des salariés qui paient les primes. Sachant que ces derniers auraient supporté une charge de plus en plus importante liée au bénéfice d'exonération des primes et de

participation accordé aux participants invalides depuis plus de 36 mois (sans lien d'emploi), alors que les salariés des mêmes secteurs d'activités n'ont pas à supporter une telle charge, l'écart de coût avec les autres groupes serait devenu de plus en plus difficile à justifier par le CPI-FTQ.<sup>8</sup>

[Je souligne]

[55] Les adhérents qui sont devenus invalides avant la modification ont-ils droit de continuer à jouir de l'exonération malgré l'avenant de 2008? Leurs droits sont-ils « cristallisés »? Je suis d'avis que non.

[56] Les termes exprès du contrat autorisent non seulement le preneur à modifier le contrat : 1- concernant les catégories de personnes admissibles; 2- l'étendue des protections; 3- le partage des coûts entre les catégories d'adhérents<sup>9</sup>, mais ils lui permettent, en outre, d'appliquer les modifications à tous les adhérents qu'ils soient actifs, invalides ou retraités :

#### ARTICLE 9 – MODIFICATION AU CONTRAT

Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à toutes les personnes assurées, qu'elles soient actives, invalides ou retraitées. [Je souligne]

[57] La question de l'opposabilité d'une modification à l'adhérent qui bénéficie de l'ancien contrat a déjà été tranchée par la Cour dans *Lachapelle c. Croix Bleue (La Mutuelle-vie du Québec)*<sup>10</sup>. Dans cette affaire, il s'agissait de décider si une limitation de garantie comprise dans un nouveau contrat collectif d'assurance maladie était opposable à un adhérent qui bénéficiait, aux termes du contrat antérieur, d'une garantie illimitée pour des frais identiques.

[58] D<sup>r</sup> Lachapelle avait été victime d'un grave accident le 7 janvier 1977. À cette époque, il avait adhéré à un contrat collectif d'assurance maladie complémentaire qui couvrait les honoraires d'une infirmière spécialisée. Le contrat d'assurance a été renouvelé chaque année sans modification importante. Le 1<sup>er</sup> janvier 1984, un nouveau contrat est entré en vigueur. À la demande du preneur, les honoraires de l'infirmière ont été limités à 5 000 \$ par invalidité et par personne assurée.

[59] La société d'assurance a payé 5 000 \$ pour la période du 4 janvier 1984 au 13 mars 1986, puis elle a cessé les paiements invoquant la limitation précitée.

<sup>8</sup> Jugement dont appel, paragr. 97.

<sup>9</sup> Que le preneur et l'assureur nomment assurés.

<sup>10</sup> *Supra*, note 2.

[60] La curatrice du D<sup>r</sup> Lachapelle a donc poursuivi la société d'assurance. Elle a fait valoir, comme les appelants le font dans le présent appel, que l'accident subi par le D<sup>r</sup> Lachapelle avait eu pour effet de « cristalliser » ses droits selon le contrat alors en vigueur, et qu'il pouvait bénéficier de frais illimités pour une infirmière spécialisée.

[61] Le juge Fish, alors à la Cour, a rejeté l'argument. Il a été d'avis que l'adhérent était visé par les nouvelles dispositions négociées par le preneur en se fondant sur l'article 2482 C.C.B.-C.

[62] De plus, il a exprimé l'avis selon lequel la protection accordée par l'article 273 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*<sup>11</sup>, applicable en cas de décès ou de mutilation, ne devait pas être étendue aux indemnités non fondées sur le décès ou la mutilation :

Suivant l'article 273, l'expiration d'un contrat d'assurance collective ou celle d'une de ses garanties n'est opposable « à aucune demande d'indemnité fondée sur **les décès ou la mutilation** résultant d'un accident survenu ou d'une maladie contractée durant l'effet de la garantie... »

Or, de toute évidence il ne s'agit pas ici d'un cas qui répond à ces conditions. Aussi, dans un domaine aussi réglementé par le législateur que l'est l'assurance, il ne me paraît pas justifié d'élargir par « analogie », ou par interprétation judiciaire, le régime d'exception énoncé à l'article 273 du **Règlement**.

[...]

Comme en font foi les articles 2483 et 2505 **C.C.B.C.**, le preneur en assurance collective est l'association de personnes qui contracte avec l'assureur, et non pas l'assuré, qui est plutôt qualifié d'« adhérent ».

En l'espèce, le preneur a non seulement **consenti** au changement, il l'a en fait **sollicité**.

[...]

Enfin, il est manifeste à la lecture tant de l'ancien contrat que du nouveau, que l'objet d'une telle entente est de garantir le remboursement par l'assureur des frais admissibles encourus par les souscripteurs **pendant la période où la police est en vigueur**. Cette garantie porte tant sur des dépenses occasionnées par un accident ou une maladie que sur les frais de lunettes et d'appareils acoustiques. Elle ne se limite point aux accidents survenus ni aux maladies contractées pendant la durée du contrat. Ce sont les frais admissibles qui doivent être encourus durant la période visée.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> L.R.Q., c. A-32, r.1.

<sup>12</sup> *Lachapelle c. Croix-Bleue (La) (Mutuelle vie du Québec)*, supra, note 2, p. 304-305.

[63] Il ressort des articles 269 et 273 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* que le législateur a prévu une « cristallisation » des droits de l'adhérent dans la mesure prévue à ces articles :

**269.** Tout contrat d'assurance collective sur la vie doit stipuler que son expiration ou celle d'une de ses garanties n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un événement garanti à l'époque de sa survenance ou sur un décès consécutif à une invalidité garantie à l'époque de sa survenance s'il s'agit d'une invalidité prévue dans une garantie d'exonération du paiement des primes ou de versement du capital assuré.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une rechute de l'affection invalidante après l'expiration de la garantie si l'assuré n'est pas invalide depuis plus de 90 jours et, dans tous les cas, la garantie cesse dès que la personne est prise en charge par un autre assureur au titre d'un contrat-cadre comportant des garanties comparables.

[...]

**273.** Tout contrat d'assurance collective contre la maladie ou les accidents doit stipuler que son expiration ou celle d'une de ses garanties n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur les décès ou la mutilation résultant d'un accident survenu ou d'une maladie contractée durant l'effet de la garantie et que l'assureur demeure garant de l'indemnité perte de salaire pour une invalidité qui dure encore après l'expiration de la garantie.

Toutefois, l'assureur n'est pas garant d'une rechute de l'affection invalidante après l'expiration de la garantie si l'assuré n'est plus invalide depuis plus de 90 jours et, dans tous les cas, la garantie cesse dès que la personne est prise en charge par un autre assureur au titre d'un contrat-cadre comportant des garanties comparables.

[64] Les protections prévues à ces dispositions sont d'ordre public. Selon la preuve, les obligations qui en découlent entraînent de la part des assureurs la constitution de réserves pour faire face aux réclamations futures, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

[65] Dans notre dossier, je rappelle que, en application de ces dispositions, les membres des groupes représentés par les appelants Tremblay et Beaver continuent de bénéficier de l'assurance vie avec exonération des primes.

#### **4.3 La modification apportée au contrat en 2001 est-elle valable?**

[66] Les appelants plaident que la disposition mettant fin au contrat d'assurance en cas de changement d'affiliation syndicale dénature le contrat. Cette modification aurait dû être portée à leur connaissance selon les termes de l'article 2405 C.c.Q.

[67] Le contrat d'assurance collective repose sur la définition d'un groupe déterminé au profit duquel il est négocié (art. 2392 C.c.Q.). Le preneur a l'autorité pour négocier

en faveur d'un groupe. Ici, ce sont les conventions collectives qui lui ont permis de négocier un contrat en faveur des personnes à qui ces conventions s'appliquaient. À cet égard, les articles 15, 15.1 et 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments*<sup>13</sup> prévoient qu'un groupe de personnes peut être déterminé sur la base de l'appartenance syndicale.

[68] Les facteurs de lien d'emploi et d'appartenance syndicale sont des critères pertinents pour définir les conditions d'admissibilité de l'adhérent<sup>14</sup>. De plus, ceux-ci ne constituent pas des facteurs qui ne pouvaient pas être considérés aux termes de l'article 41 de la *Loi sur l'assurance médicaments*<sup>15</sup>:

**41.** Pour l'application du régime général, nul ne peut, en assurance collective ou dans un régime d'avantages sociaux, déterminer un groupe en utilisant le critère de l'âge, du sexe ou de l'état de santé des adhérents ou des participants.

[69] En conséquence, l'assureur et le preneur pouvaient convenir d'une modification concernant les catégories de personnes admissibles et une telle modification pouvait s'appliquer à toutes les personnes assurées, même aux personnes invalides, selon les termes de la clause 9 du contrat dont j'ai discuté dans la section précédente des présents motifs.

[70] Qu'en est-il de l'argument selon lequel la modification aurait dû être portée à la connaissance des adhérents? Je précise d'abord que la clause 9 qui permet d'apporter des modifications au contrat et de les appliquer aux employés invalides figure dans les brochures transmises aux adhérents.

[71] L'article 2405 C.c.Q. énonce :

**2405.** En matière d'assurance terrestre, les modifications que les parties apportent au contrat sont constatées par un avenant à la police.

Toutefois, l'avenant constatant une réduction des engagements de l'assureur ou un accroissement des obligations de l'assuré autre que l'augmentation de la prime, n'a d'effet que si le titulaire de la police consent, par écrit, à cette modification.

Lorsqu'une telle modification est faite à l'occasion du renouvellement du contrat, l'assureur doit l'indiquer clairement à l'assuré dans un document distinct de l'avenant qui la constate. La modification est présumée acceptée par l'assuré 30 jours après la réception du document.

---

<sup>13</sup> L.R.Q., c. A-29.01.

<sup>14</sup> Michel Gilbert, *L'assurance collective en milieu de travail*, 2<sup>e</sup> éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2006, n<sup>o</sup> 24, p. 16.

<sup>15</sup> L.R.Q., c. A-32.

[72] L'auteur Michel Gilbert exprime l'avis suivant sur l'application de cet article aux contrats d'assurance collective :

273. *Applicabilité en assurance collective* – L'insertion au Code civil du troisième alinéa de l'article 2405 C.c.Q., de droit nouveau, avait pour but, selon les dires du ministre de la Justice de l'époque, d'établir « lors d'un renouvellement, dans le cas où l'assuré ne se manifeste pas, une date précise à partir de laquelle le contenu de l'avenant prend effet ». Pour le professeur Lluelles, l'objectif de cette disposition consisterait plutôt à « rendre inopposable les nouveautés imposées, sans mesure de publicité, par l'assureur au stade du renouvellement ».

L'applicabilité de l'article 2405 al. 3 C.c.Q. en assurance collective nous apparaît pour le moins incertaine. Si, comme le suggère le ministre de la Justice, son but consiste à favoriser la prise d'effet de l'avenant dans les cas où l'assuré ne se manifeste pas, il ne pourrait alors s'appliquer qu'à l'assurance individuelle, car on ne peut s'attendre à ce que l'adhérent se manifeste à propos d'une modification à laquelle il demeure étranger. De plus, la faculté de dénoncer la modification dans les 30 jours de la réception du document équivaldrait à conférer à l'adhérent un droit de regard sur le contenu du contrat, ce qui contreviendrait aux règles applicables en la matière.<sup>16</sup>

[Je souligne]

[73] Je suis d'accord. L'assureur n'était pas tenu de porter à l'attention de tous les adhérents les modifications demandées et convenues avec le preneur.

#### 4.4 La responsabilité de l'assureur

[74] Les appelants plaignent que l'assureur a commis une faute. Ils font référence à plusieurs événements distincts.

[75] Ils reprochent à l'assureur d'avoir fait parvenir l'avis de fin d'exonération des primes à l'appelant Tremblay un mois après la date de changement d'affiliation syndicale. Comme l'explique l'assureur, ce changement s'est fait à l'occasion de l'application de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*<sup>17</sup>. Dans ces circonstances, le délai d'un mois n'est pas déraisonnable, même si l'assureur avait été informé des changements quelques mois auparavant.

[76] Les appelants font grief à l'assureur d'avoir mis fin au régime d'assurance maladie de l'appelant Beaver. Cette décision était erronée.

<sup>16</sup> M. Gilbert, *supra*, note 14, n° 273, p. 177.

<sup>17</sup> L.R.Q., c. U-0.1.

[77] L'assureur admet son erreur, mais il nie l'existence d'un préjudice. Si l'exonération des primes a pris fin, l'appelant Beaver avait l'obligation de payer ses primes pour continuer à être assuré. L'assureur a d'ailleurs corrigé son erreur le 25 février 2008 et il n'a pas réclamé de primes pour les mois de janvier et février.

[78] Les appelants blâment l'assureur pour leur avoir appliqué de façon rétroactive l'avenant n° 6 du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Ils ont tort. L'assureur a informé l'appelant Beaver de l'existence de la modification en novembre 2007 et celle-ci lui a été appliquée à compter de la date de son entrée en vigueur, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

[79] Les appelants n'ont pas établi l'existence d'une faute ni de mauvaise foi de la part de l'assureur.

[80] En conclusion, je suis d'avis 1) que l'exonération des primes ne constitue pas une garantie à laquelle l'assureur s'est obligé; 2) que la modification apportée aux contrats qui limite l'exonération des primes des adhérents invalides à une période de 36 mois leur est opposable, 3) que les parties pouvaient convenir de la terminaison du contrat dans le cas où le syndicat a changé d'affiliation syndicale et 4) que l'assureur n'a commis aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité.

[81] Pour ces motifs, je propose de rejeter l'appel, avec dépens.

---

FRANCE THIBAUT, J.C.A.



**AUTORITÉ  
DES MARCHÉS  
FINANCIERS**

# **LIGNE DIRECTRICE SUR LES SAINES PRATIQUES COMMERCIALES**

**JUIN 2013**

---

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Préambule</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>Champ d'application</b> .....	<b>4</b>
<b>Mise en œuvre</b> .....	<b>5</b>
<b>Notions abordées dans le cadre de la ligne directrice</b> .....	<b>6</b>
Les pratiques commerciales .....	6
Le traitement équitable des consommateurs.....	7
La gouvernance et la culture d'entreprise .....	8
La responsabilisation des intervenants .....	8
<b>Gouvernance et culture d'entreprise</b> .....	<b>9</b>
<b>Conception et commercialisation des produits</b> .....	<b>11</b>
<b>Gestion des incitatifs</b> .....	<b>13</b>
<b>Information destinée aux consommateurs</b> .....	<b>15</b>
<b>Publicité relative aux produits</b> .....	<b>17</b>
<b>Traitement et règlement des demandes d'indemnités</b> .....	<b>18</b>
<b>Traitement des plaintes et règlement des différends</b> .....	<b>19</b>
<b>Protection des renseignements personnels</b> .....	<b>20</b>
<b>Surveillance des pratiques commerciales</b> .....	<b>21</b>

---

## Préambule

En vertu des lois qui régissent leurs activités respectives<sup>1</sup>, les institutions financières ont l'obligation de suivre de saines pratiques commerciales et notamment d'informer adéquatement les personnes à qui elles offrent un produit ou un service<sup>2</sup> et agir équitablement dans leurs relations avec celles-ci.

Dans le cadre de cette ligne directrice, l'Autorité communique ses attentes quant aux résultats attendus en matière de traitement équitable des consommateurs. L'Autorité confère aux institutions financières la latitude nécessaire leur permettant de déterminer elles-mêmes les stratégies, politiques et procédures pour favoriser l'atteinte de ces résultats et de voir à leur application en regard de la nature, de la taille et de la complexité de leurs activités.

### Note de l'Autorité :

L'Autorité considère la gouvernance, la gestion intégrée des risques et la conformité (GRC) comme les assises sur lesquelles doivent reposer les saines pratiques commerciales d'une institution financière et, conséquemment, les bases sur lesquelles l'encadrement des pratiques commerciales donné par l'Autorité s'appuie.

La présente ligne directrice s'inscrit dans cette perspective et énonce les attentes de l'Autorité à l'égard du traitement équitable des consommateurs<sup>3</sup> de produits et utilisateurs de services financiers, une saine pratique commerciale attendue de la part des institutions financières.

---

<sup>1</sup> *Loi sur les assurances*, L.R.Q., c. A-32, article 222.2;  
*Loi sur les coopératives de services financiers*, L.R.Q., c. C-67.3, article 66.1;  
*Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, L.R.Q., c. S-29.01, article 177.3.

<sup>2</sup> Le terme générique « produit » est utilisé dans le cadre de la présente ligne directrice pour désigner tant les produits que les services financiers.

<sup>3</sup> Le terme générique « consommateur » est utilisé dans le cadre de la présente ligne directrice pour désigner tant les consommateurs de produits que les utilisateurs de services financiers.

---

## Introduction

Le développement rapide des marchés financiers et des technologies, la complexité croissante des produits financiers et le transfert accru de risques aux consommateurs sont parmi les facteurs qui ont contribué à accroître les risques que ceux-ci soient exposés à des mauvaises pratiques, abus ou fraudes.

L'encadrement et la surveillance des pratiques commerciales des institutions financières visent à protéger les consommateurs des risques inhérents aux produits et à promouvoir la confiance de ces derniers dans le système financier québécois.

Par ailleurs, la mondialisation des marchés financiers, le décloisonnement de l'offre de produits financiers, le recours accru à l'ingénierie financière, l'évolution des technologies de l'information et les questions d'éthique, de probité et de compétence sont parmi les facteurs qui ont contribué à créer un environnement à plus haut risque pour les institutions financières.

L'encadrement et la surveillance prudentielle exercée par l'Autorité visent à favoriser la solvabilité des institutions financières et, ultimement, à maintenir la stabilité du système financier québécois pour la protection des intérêts des consommateurs. C'est d'ailleurs sous cet angle que l'Autorité s'assurera que les risques résultants des pratiques commerciales soient pris en considération dans la gestion intégrée des risques des institutions.

La combinaison de ces deux rôles, jumelé à la surveillance macroprudentielle du risque systémique et le rôle que joue l'Autorité en matière d'éducation financière au Québec, ont pour objectif d'identifier et d'atténuer les risques menaçant la stabilité financière et la confiance du public, prévenir les effets négatifs sur les consommateurs, favoriser la discipline de marché et rendre le système financier québécois plus résilient, plus stable.

C'est dans cette optique et en vertu de son habilitation prévue aux diverses lois<sup>4</sup> qu'elle administre, que l'Autorité précise ses attentes. Ainsi, l'Autorité vise à ce que le traitement équitable des consommateurs soit un élément central de la culture d'entreprise des institutions financières.

---

<sup>4</sup> *Loi sur les assurances*, L.R.Q., c. A-32, articles 325.0.1 et 325.0.2;  
*Loi sur les coopératives de services financiers*, L.R.Q., c. C-67.3, article 565;  
*Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, L.R.Q., c. S-29.01, article 314.1.

---

## Champ d'application

La présente ligne directrice est applicable aux assureurs de personnes, aux assureurs de dommages, aux sociétés de gestion de portefeuille contrôlées par un assureur, aux sociétés mutuelles d'assurance, aux coopératives de services financiers, aux sociétés de fiducie et aux sociétés d'épargne régis par les lois suivantes :

- *Loi sur les assurances*, L.R.Q., c. A-32
- *Loi sur les coopératives de services financiers*, L.R.Q., c. C-67.3
- *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, L.R.Q., c. S-29.01.

Cette ligne directrice s'applique tant à l'institution financière qui opère de façon autonome qu'à celle qui fait partie d'un groupe financier<sup>5</sup>. Dans le cas des coopératives de services financiers et des sociétés mutuelles d'assurance membres d'une fédération, les normes ou politiques adoptées à leur intention par la fédération doivent être cohérentes, voire convergentes, avec les résultats attendus en matière de traitement équitable des consommateurs énoncés à la présente ligne directrice.

Les expressions génériques « institution financière » ou « institution » sont utilisées pour faire référence à toutes les entités visées<sup>6</sup> par le champ d'application.

---

<sup>5</sup> Aux fins d'application de la présente, est considéré comme « groupe financier », tout ensemble de personnes morales formé d'une société mère (institution financière ou holding) et de personnes morales qui lui sont affiliées.

<sup>6</sup> La ligne directrice ne s'applique pas à un assureur qui ne fait que de la réassurance.

---

## Mise en œuvre

La présente ligne directrice exprime les attentes de l'Autorité en date du 13 juin 2013.

En regard de l'obligation légale des institutions de suivre de saines pratiques commerciales, l'Autorité s'attend à ce que chaque institution s'approprie les attentes de la présente ligne directrice en élaborant des stratégies, politiques et procédures adaptées à sa nature, sa taille, la complexité de ses activités et son profil de risque et qu'elles soient mises en œuvre dès sa publication au Bulletin de l'Autorité le 13 juin 2013.

Dans la mesure où une institution a déjà mis en place un tel encadrement, l'Autorité pourra vérifier si celui-ci permet à l'institution de rencontrer les exigences prescrites par la loi.

Cette ligne directrice sera actualisée en fonction des développements en matière de pratiques commerciales et de traitement équitable des consommateurs, des constats dégagés dans le cadre des travaux de surveillance menés auprès des institutions financières, des données recueillies sur les plaintes et des enquêtes ou sondages auprès des acteurs de l'industrie et des consommateurs.

---

## Notions abordées dans le cadre de la ligne directrice

### ***Les pratiques commerciales***

Les pratiques commerciales englobent la conduite de l'institution à l'égard de ses clients ou de tout autre participant au marché ayant un intérêt dans l'institution (p.ex. : actionnaires, partenaires, contreparties, analystes de marché, autorités de réglementation). Avoir de saines pratiques commerciales, c'est notamment agir équitablement et d'une manière responsable.

Les résultats auxquels l'Autorité s'attend en matière de pratiques commerciales s'expriment comme suit :

- le traitement équitable des consommateurs est un élément central de la gouvernance et de la culture d'entreprise de l'institution financière;
- la conception et la commercialisation des nouveaux produits prennent en considération les besoins des différents groupes de consommateurs ciblés;
- les consommateurs disposent d'une information qui leur permet, avant, au moment et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant au produit;
- les incitatifs ne nuisent pas au traitement équitable des consommateurs;
- la publicité relative aux produits est exacte, claire et non trompeuse;
- les demandes d'indemnités sont traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants;
- les plaintes sont traitées avec diligence et de façon équitable, selon une procédure simple et accessible pour les consommateurs;
- la politique de protection de la confidentialité des renseignements personnels adoptée par l'institution permet d'assurer la conformité de celle-ci aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>7</sup> et reflète les meilleures pratiques dans ce domaine.

---

<sup>7</sup> *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1.

---

## ***Le traitement équitable des consommateurs***

Le traitement équitable des consommateurs fait partie intégrante de saines pratiques commerciales et constitue un enjeu fondamental pour la réputation de toute institution financière et pour le maintien de la confiance des consommateurs envers le système financier. Il met en cause la conduite de l'institution à tous les stades du cycle de vie d'un produit, de la naissance des obligations qui en découlent jusqu'à leur extinction.

Le traitement équitable des consommateurs s'inspire de principes fondamentaux et d'orientations énoncés par diverses instances internationales<sup>8</sup> pour guider les pays dans l'amélioration de la protection des consommateurs dans tous les secteurs des services financiers. Pour les fins de la présente ligne directrice, les principes fondamentaux et orientations retenus se résument ainsi :

- les consommateurs sont confiants de faire affaires avec une institution financière pour laquelle le traitement équitable des consommateurs est un élément central de sa gouvernance et de sa culture d'entreprise;
- la conception et la commercialisation des nouveaux produits prennent en considération les besoins des différents groupes de consommateurs ciblés;
- les consommateurs disposent d'une information qui leur permet, avant, au moment et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant aux produits;
- les consommateurs disposent de produits ainsi que de services associés à ces produits qui correspondent aux représentations de l'institution. Lorsque les consommateurs souhaitent changer de produits, changer d'institution ou encore présenter une demande d'indemnités ou une plainte, les procédures en place au sein de l'institution facilitent de telles opérations.

---

<sup>8</sup> Notamment, les principes relatifs à la protection des consommateurs en matière financière élaborés conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économique et le Conseil de la stabilité financière qui chapeaute l'Association internationale des contrôleurs d'assurance, le Comité de Bâle sur le contrôle bancaire et l'Organisation internationale des commissions de valeurs. D'autres organismes concernés, tels que la Banque Mondiale et le Fonds monétaire international doivent également rendre compte des progrès de mise en œuvre de ces principes.

---

### ***La gouvernance et la culture d'entreprise***

La culture d'entreprise se développe à partir d'une combinaison de valeurs. Ces valeurs<sup>9</sup> et leur degré d'intégration dans la culture d'entreprise sont des composantes essentielles du système de gouvernance. Ce sont ces valeurs qui dictent le comportement des personnes au sein d'une organisation.

Il appartient au conseil d'administration de définir la culture d'entreprise et à la haute direction de la promouvoir, notamment en intégrant les valeurs au sein d'un code, de sorte que tout le personnel soit pleinement conscient des normes de conduite que l'on attend de lui.

### ***La responsabilisation des intervenants***

En matière d'offre de produits et services, l'institution prend, dès le premier contact avec le consommateur, un engagement auprès de celui-ci et le conserve jusqu'à l'extinction de toutes ses obligations, peu importe que son réseau d'offre soit ou non indépendant de lui. Dans cette optique, l'institution devrait adopter une conduite qui assure le traitement équitable du consommateur à toutes les étapes de leur relation contractuelle.

Partant, l'institution devrait s'assurer de contrôler la conformité du processus d'offre de produits et services (choix des intermédiaires, ententes contractuelles, suivi de la prestation de service, etc.).

---

<sup>9</sup> P.ex. : l'honnêteté, l'intégrité, l'indépendance de la pensée, l'ouverture, la transparence, la confiance.

---

## Gouvernance et culture d'entreprise

L'Autorité s'attend à ce que le traitement équitable des consommateurs soit un élément central de la gouvernance et de la culture d'entreprise des institutions financières.

L'intégration d'une culture du traitement équitable des consommateurs à tous les stades du cycle de vie d'un produit, de sa conception jusqu'aux services après-vente, de la naissance des obligations jusqu'à leur extinction, implique tous les niveaux et tous les processus de l'institution, de la planification stratégique aux prises de décision et des structures de gouvernance aux opérations.

L'Autorité s'attend à ce que le traitement équitable des consommateurs soit mis en œuvre dans tous les secteurs d'activités de l'institution par des mesures concertées, un engagement ferme et un leadership affirmé de la part des instances décisionnelles de l'institution.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes:

- le développement d'objectifs, de stratégies et d'initiatives en lien avec la vision et les valeurs de l'institution au chapitre du traitement équitable des consommateurs;
- la désignation d'un haut dirigeant responsable de veiller au développement, à la mise en œuvre et au respect des politiques et pratiques opérationnelles en matière de traitement équitable des consommateurs;
- un programme de rémunération cohérent avec les objectifs de l'institution et les résultats attendus en matière de traitement équitable des consommateurs;
- des codes de déontologie qui préservent et renforcent une culture de traitement équitable des consommateurs, qui valorise une conduite responsable et le respect des obligations internes et externes et, qui permet de maintenir de hauts standards en matière d'éthique, de probité et de compétence;
- des mécanismes et des contrôles pour s'assurer que les dérogations aux stratégies, politiques et procédures de l'institution, les conflits d'intérêts ou toutes autres situations susceptibles de nuire au traitement équitable des consommateurs soient identifiés et traités;

- 
- la production d'une information de gestion qui permet :
    - d'apprécier la performance de l'institution en matière de traitement équitable des consommateurs;
    - de réagir, en temps opportun, aux changements ou aux risques susceptibles d'avoir un impact négatif sur ses clients;
    - de démontrer que le traitement équitable des consommateurs est intégré à la culture d'entreprise de l'institution;

Enfin, l'Autorité est d'avis que la divulgation publique d'une information globale concernant les initiatives, les outils de mesure et les résultats de l'institution en matière de traitement équitable des consommateurs pourrait être une source de motivation à l'atteinte ou à l'amélioration des résultats de l'institution et de l'industrie en général, en plus de favoriser une meilleure discipline de marché.

---

## Conception<sup>10</sup> et commercialisation des produits

L'Autorité s'attend à ce que la conception et la commercialisation des nouveaux produits prennent en considération les besoins des différents groupes de consommateurs ciblés.

Avec le développement de produits complexes, parfois risqués, ou qui peuvent être difficiles à comprendre, un manquement dans les processus de conception et de commercialisation peut accroître la probabilité de choix inappropriés de la part des consommateurs.

L'Autorité s'attend notamment à ce que les institutions :

- conçoivent et commercialisent des produits ayant de longs cycles de vie dans le marché;
- identifient des groupes de consommateurs auxquels les produits sont susceptibles de convenir, tout en limitant l'accès des consommateurs auxquels les produits sont susceptibles de ne pas convenir;
- utilisent des méthodes de distribution adaptées aux produits et aux consommateurs ciblés, c'est-à-dire, tenant compte du besoin en information et en conseil ainsi que de l'impact potentiel du produit sur la situation financière des consommateurs.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes:

- avoir un processus formel d'approbation de nouveaux produits<sup>11</sup>;
- utiliser une information adéquate pour évaluer les besoins des différents groupes de consommateurs;
- faire l'évaluation des risques inhérents aux nouveaux produits tenant compte des changements liés à l'environnement<sup>12</sup> qui pourraient nuire aux consommateurs;

---

<sup>10</sup> Incluant la sélection de produits en provenance de tierces parties.

<sup>11</sup> Incluant des changements importants à des produits existants susceptibles d'avoir un impact sur les clients.

<sup>12</sup> P.ex. : l'environnement économique, juridique ou lié au marché.

- 
- procéder à une évaluation des nouveaux produits et des documents d'information s'y rapportant par des personnes compétentes provenant des services impliqués de l'institution<sup>13</sup>;
  - former la force de vente pour qu'elle ait une connaissance adéquate des produits de l'institution, des documents d'information et des marchés cibles;
  - élaborer des ententes d'impartition le cas échéant qui n'entravent pas la qualité des services ou ne compromettent pas les capacités de l'institution à assumer ses obligations en matière de traitement équitable des consommateurs<sup>14</sup>;
  - faire le suivi des produits après leur mise en marché pour s'assurer qu'ils répondent effectivement aux besoins des consommateurs initialement ciblés et pour effectuer les changements requis, le cas échéant;
  - faire l'évaluation des méthodes de distribution utilisées, notamment au chapitre du traitement équitable des consommateurs.

---

<sup>13</sup> P. ex. : Conformité, gestion intégrée des risques, finances, ventes, fiscalité, actuariat.

<sup>14</sup> Autorité des marchés financiers, Ligne directrice sur la gestion des risques liés à l'impartition, Décembre 2010.

---

## Gestion des incitatifs

L'Autorité s'attend à ce que les incitatifs ne nuisent pas au traitement équitable des consommateurs.

Le terme « incitatif » réfère à son sens large. Il vise par exemple les bonis, commissions, salaires, primes, honoraires présents dans les programmes de rémunération, ainsi que les autres avantages (concours, promotions, privilèges, cadeaux).

L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- les consommateurs soient confiants que les produits qui leur sont conseillés conviennent véritablement à leurs besoins;
- l'incitatif ne porte pas atteinte à l'obligation de l'institution ou de tout intermédiaire qui interagit entre l'institution et le client, d'agir équitablement dans ses relations avec les consommateurs.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes:

- les critères de performance rattachés à la rémunération variable sont clairement définis et mesurables;
- l'institution adopte des incitatifs non susceptibles d'avoir une influence sur l'exécution des obligations d'un représentant au préjudice de son client;
- l'institution élabore les incitatifs de manière à éviter les conflits d'intérêts, par exemple en tenant compte de la personne visée et de son rôle au sein de l'institution;<sup>15</sup>
- l'institution financière favorise l'élaboration d'incitatifs axés sur le traitement équitable des consommateurs; à l'inverse, un incitatif orienté uniquement vers la vente de produits spécifiques peut nuire au traitement équitable des consommateurs;
- les incitatifs versés prennent en considération notamment la performance du personnel des ventes et des directeurs des ventes au chapitre du traitement équitable des consommateurs;
- l'interdiction de certains types d'incitatifs à haut risque, comme des incitatifs reposant strictement sur des volumes de ventes ou des incitatifs pour stimuler la vente de produits d'investissement à risque pour les consommateurs;

---

<sup>15</sup> P. ex. : le directeur des ventes par rapport à son personnel des ventes, le personnel responsable du traitement des demandes d'indemnités ou encore, du traitement des plaintes.

- 
- le maintien d'un registre des incitatifs, lequel décrit notamment les conditions et modalités des incitatifs, leur durée, les produits, services et personnes visées par ces incitatifs;
  - une réévaluation fréquente des risques inhérents aux incitatifs présents dans la structure de rémunération en considérant des facteurs tels que le produit et la méthode de distribution, pour s'assurer de l'efficacité des contrôles mis en place.

---

## Information destinée aux consommateurs

L'Autorité s'attend à ce que les consommateurs disposent d'une information qui leur permette, avant, au moment et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant aux produits.

### **Information avant ou au moment de l'achat d'un produit**

L'Autorité s'attend à ce que l'institution financière mette en place un régime d'information appropriée pour une prise de décision éclairée par le consommateur, et que les représentants, le cas échéant, puissent également s'appuyer sur ce régime d'information lorsqu'une prestation de conseils est requise. Le niveau d'information à l'égard d'un produit varie selon sa nature et sa complexité.

L'Autorité s'attend notamment à ce que l'information transmise aux consommateurs :

- identifie clairement l'institution et fournisse les coordonnées pour la joindre;
- identifie clairement le produit et fasse état de ses principales caractéristiques<sup>16</sup>;
- identifie clairement les risques associés au produit;
- indique clairement tout droit de résiliation ou de résolution;
- soit rédigée dans un langage simple et clair, et de façon à ne pas induire en erreur;
- soit présentée dans un format qui en facilite la lecture et la compréhension<sup>17</sup>;
- soit à jour et disponible au moment opportun, sur support papier ou sur tout autre médium durable;
- divulgue toute situation qui pourrait potentiellement placer l'institution en situation de conflit d'intérêts.

---

<sup>16</sup> P. ex. : Les conditions, les exclusions, les restrictions, les frais, incluant la variation des taux d'intérêt. Pour l'octroi d'un crédit, il pourrait s'agir notamment des éléments pris en compte dans l'évaluation de la capacité de remboursement de l'emprunteur. Pour une offre de produits groupés, le consommateur devrait être en mesure d'en comprendre les diverses composantes.

<sup>17</sup> Dans certains cas, l'Autorité peut prévoir des formats pour permettre des comparaisons entre des produits et services concurrents de même nature. P. ex. : Autorité des marchés financiers, Ligne directrice sur les contrats individuels à capital variable afférents aux fonds distincts, Janvier 2011.

---

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, l'institution peut soumettre l'information relative à un produit à des tests auprès des consommateurs ciblés pour le produit, afin de s'assurer que l'information est intelligible et qu'elle répond à leurs besoins.

### **Information après l'achat d'un produit**

L'Autorité s'attend à ce le régime d'information mis en place par l'institution permette aux consommateurs de vérifier si le produit continue de répondre à leurs besoins et attentes. Ce régime devrait notamment prévoir la communication d'une information :

- sur les opérations après-vente;
- sur les rendements;
- sur les modifications contractuelles pendant la durée du contrat;
- le cas échéant, sur les droits et obligations des consommateurs en lien avec les changements apportés;
- advenant la substitution ou le remplacement d'un produit;
- advenant un transfert de portefeuille;
- advenant des changements dans l'environnement, tels que des amendements aux lois ayant un impact sur les produits qu'ils détiennent;
- advenant tout changement organisationnel ou opérationnel de l'institution ayant un impact sur les clients, les produits ou les services.

Lorsque les consommateurs souhaitent remplacer ou substituer un produit ou encore changer d'institution, l'Autorité s'attend à ce que les procédures en place au sein de l'institution facilitent de telles opérations.

---

## Publicité relative aux produits

L'Autorité s'attend à ce que la publicité relative aux produits soit exacte, claire et non trompeuse.

L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- le nom de l'institution soit mis en évidence et indiqué conformément à la loi;
- les coordonnées complètes de l'institution pour la joindre sont indiquées;
- la publicité soit adaptée au groupe de consommateurs ciblé;
- la publicité écrite soit présentée dans un format qui en facilite la lecture et la compréhension;
- les messages diffusés par voie électronique soient affichés clairement et demeurent accessibles pendant une durée raisonnable;
- la source des statistiques utilisées, le cas échéant, soit révélée;
- les témoignages utilisés soient authentiques et si l'institution paie pour obtenir un témoignage, une mention est effectuée.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes:

- le matériel publicitaire relatif aux produits de l'institution est revu par une tierce partie indépendante de celle qui a préparé ou conçu le matériel pour l'institution, et ce, avant d'être diffusé;
- toute publicité relative à un produit qui est trompeuse ou qui n'est pas claire ou exacte est retirée immédiatement.

---

## Traitement et règlement des demandes d'indemnités<sup>18</sup>

L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants.

Le traitement et le règlement des demandes d'indemnités sont des activités déterminantes pour apprécier la performance d'un assureur au niveau du traitement équitable des consommateurs.

L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- les consommateurs connaissent l'existence de son service de traitement et de règlement des demandes d'indemnités ainsi que les coordonnées pour y accéder;
- les réclamants connaissent les principales étapes de la procédure de traitement et les délais de traitement prévus;
- les réclamants soient informés en temps opportun de leurs droits et obligations;
- les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnité, le cas échéant. Si leurs demandes ne peuvent être traitées à l'intérieur des délais prévus, les réclamants sont informés des causes du délai et du moment où leurs traitements seront complétés.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent s'assurer que les comportements inappropriés du personnel chargé du traitement et du règlement des demandes d'indemnités sont détectés et que des mesures appropriées sont prises.

---

<sup>18</sup> Applicable au secteur des assurances seulement.

---

## Traitement des plaintes et règlement des différends

L'Autorité s'attend à ce que les plaintes soient traitées avec diligence et de façon équitable, selon une procédure simple et accessible pour les consommateurs.

En vertu des dispositions législatives prévues aux lois administrées par l'Autorité<sup>19</sup>, les institutions<sup>20</sup> sont tenues de se conformer à des obligations en matière de traitement de plaintes. Pour plus de détails sur ces obligations, veuillez consulter le site Web de l'Autorité à l'adresse suivante : [www.lautorite.qc.ca/fr/traitement-plaintes.html](http://www.lautorite.qc.ca/fr/traitement-plaintes.html).

Le traitement des plaintes et le règlement des différends sont des activités déterminantes pour apprécier la performance d'une institution au niveau du traitement équitable des consommateurs. L'Autorité s'attend notamment à ce que les consommateurs connaissent l'existence du service de traitement des plaintes et règlement des différends ainsi que les coordonnées pour y accéder;

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes:

- les causes communes sous-jacentes aux plaintes reçues sont identifiées et des mesures appropriées sont prises pour les éliminer sinon les atténuer;
- les comportements inappropriés du personnel chargé du traitement des plaintes et du règlement des différends sont détectés et des mesures appropriées sont prises.

---

<sup>19</sup> *Loi sur les assurances*, L.R.Q., c.A-32, articles 285.29 à 285.36;  
*Loi sur les coopératives de services financiers*, L.R.Q., c.C-67.3, articles 131.1 à 131.7;  
*Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, L.R.Q., c.S-29.01, articles 153.1 à 153.7.

<sup>20</sup> À l'exception des sociétés de gestion de portefeuille contrôlées par un assureur.

---

## Protection des renseignements personnels

L'Autorité s'attend à ce que la politique de protection de la confidentialité des renseignements personnels adoptée par l'institution permette d'assurer la conformité aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>21</sup> et reflète les meilleures pratiques dans ce domaine.

Le vol, la perte et l'usage inapproprié des renseignements personnels<sup>22</sup> obtenus des consommateurs représentent un risque pour ces derniers et une menace pour la réputation de l'institution.

La protection des renseignements personnels est un enjeu prédominant pour une institution financière. La pérennité de ses opérations dépend entre autres de la confiance du public à cet égard. Les consommateurs s'attendent à ce que leurs renseignements personnels demeurent confidentiels et soient traités en conséquence.

L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- les consommateurs soient avisés en temps opportun de tout bris de confidentialité susceptible de nuire à leurs intérêts ou à leurs droits;
- l'institution informe l'Autorité de tout manquement à la protection des renseignements personnels susceptible de nuire aux intérêts et aux droits des consommateurs ainsi qu'à la réputation de l'institution;
- les personnes responsables au sein de l'institution sont avisées en temps opportun de tout bris de confidentialité.

---

<sup>21</sup> *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1

<sup>22</sup> La définition des « renseignements personnels » se retrouve à l'article 2 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1.

---

## Surveillance des pratiques commerciales

En lien avec sa volonté de favoriser l'instauration de saines pratiques commerciales au sein des institutions financières, l'Autorité entend, dans le cadre de ses travaux de surveillance, évaluer dans quelle mesure les institutions rencontrent les résultats attendus à la présente ligne directrice, en considérant les attributs propres à chaque institution. Pour ce faire, l'Autorité utilisera les outils de surveillance traditionnels prévus à son cadre de surveillance<sup>23</sup>. De plus, l'Autorité entend revoir ses normes relatives à la divulgation et faire appel à d'autres outils de surveillance<sup>24</sup>. Le tout permettra à l'Autorité d'être proactive dans l'identification des risques liés à de mauvaises pratiques et qui sont susceptibles de nuire au traitement équitable des consommateurs.

Le niveau des activités de surveillance à l'égard des pratiques commerciales d'une institution donnée dépendra notamment du niveau de risque auquel elle fait face et qu'elle représente pour les consommateurs, les autres participants au marché et le système financier québécois.

L'efficacité et la pertinence des stratégies, politiques et procédures mises en place par l'institution ainsi que la qualité de la supervision et du contrôle qu'elle exerce seront évaluées en considérant les résultats obtenus par cette dernière en matière de traitement équitable des consommateurs.

---

<sup>23</sup> *Cadre de surveillance des institutions financières*, Surintendance de la solvabilité, Octobre 2011.

<sup>24</sup> P.ex. : Enquêtes ou sondages auprès des acteurs de l'industrie et des consommateurs.

Québec, le 27 août 2019

**PAR COURRIEL**

Madame Josée Dixon  
Vice-présidente principale  
Assurance pour les groupes et les entreprises  
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie  
200, avenue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

**Objet : Assurance collective de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie offerte aux associations étudiantes**

---

Madame Dixon,

La présente fait suite aux récentes communications avec l'Autorité des marchés financiers (l'« Autorité ») relatives à l'assurance collective offerte par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (« DSF ») aux associations étudiantes. Aux termes de celles-ci, vous nous faisiez part de changements apportés par certaines associations étudiantes quant à ce produit.

**Travaux et discussions antérieurs**

Depuis les premiers échanges intervenus dans le cadre de ce dossier, la position de l'Autorité demeure inchangée, à savoir que le mode de distribution du produit d'assurance collective de santé complémentaire aux étudiants ne respecte pas les dispositions de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*<sup>1</sup> (la « LDPSF »). De ce fait, nous réitérons que ce produit devrait faire l'objet d'une adhésion volontaire par chacun des étudiants désirant bénéficier des protections offertes par cette assurance et non d'une adhésion automatique, assortie d'un droit de retrait.

Toutefois, dans le cadre de nos échanges, et considérant non seulement la particularité du produit, mais également la clientèle à laquelle il s'adresse, l'Autorité avait consenti à adopter une approche progressive, basée sur le maintien de l'adhésion automatique en autant qu'elle soit facultative et assortie d'un véritable droit de retrait, et que la communication d'informations soit plus claire et transparente aux étudiants des diverses associations étudiantes.

À cet effet, par un courriel daté du 3 novembre 2017, l'Autorité avait requis de DSF l'amélioration de la communication selon trois (3) volets, à savoir :

- 1) La facturation émise par l'établissement d'enseignement devait indiquer clairement, de manière distincte des autres éléments facturés, la prime d'assurance pour chaque produit, la mention à l'effet que ces produits d'assurance sont facultatifs et la possibilité pour l'étudiant de se retirer, incluant le mécanisme pour ce faire;

---

<sup>1</sup> RLRQ, c. D-9.2

- 2) Une documentation simplifiée et plus accessible relative aux caractéristiques du produit, tant en format numérique que papier. Notamment, les étudiants devaient être avisés qu'il s'agit d'une assurance facultative et qu'il ne s'agit pas d'une assurance médicaments;
- 3) Une communication simplifiée et accessible quant au droit de retrait, incluant notamment le délai imparti (lequel devait être raisonnable) pour se prévaloir de son droit de retrait et le mécanisme pour y arriver.

Cette approche plus souple avait été adoptée par l'Autorité en raison des représentations de DSF et des diverses associations étudiantes, à l'effet que l'assurance santé était une assurance facultative et que tous s'engageaient à améliorer la communication liée à ce produit d'assurance, sans par ailleurs que l'Autorité ne renonce à exercer quelque recours que ce soit quant au mode de distribution de ce produit.

### **Faits nouveaux**

Récemment, vous nous avez informés que la Confédération des associations d'étudiants et d'étudiantes de l'Université Laval (la « CADEUL ») aurait procédé à un vote afin de rendre l'assurance collective obligatoire pour tous les étudiants, ces derniers ne pouvant s'exclure de ce régime d'assurance qu'en démontrant qu'ils sont autrement couverts par une assurance comportant les mêmes garanties.

Lors d'une discussion subséquente, vous nous avez informés que d'autres associations étudiantes auraient déjà adopté une telle pratique, rendant obligatoire l'assurance collective aux étudiants, l'exclusion de cette dernière étant possible suivant la démonstration qu'ils sont autrement couverts.

Or, cette position constitue une modification importante à ce qui a été discuté lors de nos échanges antérieurs, lesquels étaient tous basés sur une prémisse fondamentale, à savoir le caractère facultatif de l'assurance santé complémentaire offerte par DSF aux diverses associations étudiantes.

L'Autorité est donc d'avis qu'une telle façon de distribuer une assurance collective de santé comporte plusieurs éléments de non-conformité aux dispositions législatives applicables pour les motifs ci-après énoncés.

### **Position de l'Autorité**

Une assurance collective implique une relation tripartite impliquant l'assuré, l'assureur et une tierce partie, tels un employeur ou, comme en l'espèce, une association étudiante. Or, l'adhésion d'un assuré est à la base de l'assurance collective<sup>2</sup> et cette dernière ne peut se manifester que par un geste positif de sa part, sauf lorsque la participation à l'assurance collective, ou à certaines de ses garanties, est obligatoire. Dans ce dernier cas seulement, l'adhésion se limitera à la transmission par le preneur à l'assureur de la liste des membres du groupe admissibles à l'assurance.

En l'espèce, la seule circonstance justifiant qu'une adhésion à une assurance soit obligatoire est lorsqu'une disposition législative le prévoit de façon explicite. Les articles 15.1 et 16 de la *Loi sur l'assurance médicaments*<sup>3</sup> (la « LAM ») en sont des exemples. Or, une association étudiante ne fait pas partie des groupes énumérés à la LAM pour lesquels la participation d'une personne justifie l'adhésion obligatoire au régime d'assurance offert.

Compte tenu de ce qui précède, l'Autorité est d'avis que vous ne pouvez pas vous appuyer sur la *Loi sur l'accréditation des associations d'élèves et d'étudiants* pour justifier l'imposition d'une assurance santé obligatoire et automatique (c.-à-d. sans adhésion volontaire) aux étudiants, membres de la CADEUL ou de toute autre association étudiante qui distribue ce produit d'assurance.

<sup>2</sup> Code civil du Québec, article 2392

<sup>3</sup> RLRQ, c. A-29.01

Finalement, bien que l'Autorité ne remette pas en question le pouvoir d'une association étudiante de fixer et de prélever une cotisation auprès des étudiants sur une base automatique, celle-ci se distingue d'une prime d'assurance qui ne peut être exigée sans adhésion sur une base volontaire.

### **Conclusion**

Considérant les éléments notés précédemment et afin de poursuivre l'approche progressive, DSF doit s'assurer que l'offre du produit d'assurance santé complémentaire aux étudiants membres de la CADEUL demeure facultative avec un droit de retrait clair et simple sans la démonstration d'autres couvertures. Elle doit également modifier l'offre du produit auprès des autres associations étudiantes ayant déjà décrété que l'assurance santé complémentaire était obligatoire pour tous les membres, sauf si ces derniers démontrent être autrement couverts pour le même risque.

À cet effet, nous vous demandons de nous transmettre, d'ici le 3 septembre 2019, une confirmation à l'effet que tout produit d'assurance collective de santé complémentaire aux étudiants sera offert sur une base facultative à compter de la session d'automne 2019, et que tout étudiant pourra se prévaloir d'un droit de retrait d'une telle assurance, sans qu'il ne lui soit nécessaire de démontrer qu'il détient une telle couverture par un autre régime.

Au surplus, veuillez également prendre les mesures nécessaires afin que toute la documentation afférente à ce produit soit modifiée d'ici le 3 septembre 2019, y incluant les sites Internet, afin d'indiquer le caractère facultatif de l'assurance santé complémentaire et nous en fournir une confirmation écrite. À cet effet, un avis devra également être transmis par DSF aux étudiants des diverses associations ayant rendu l'assurance obligatoire avant septembre 2019, afin qu'ils soient informés de leur droit de retrait sans preuve d'une couverture d'assurance comportant les mêmes garanties.

À défaut, l'Autorité se réserve le droit d'entreprendre toutes les mesures qui s'imposent, sans autre avis ni délai, y incluant une ordonnance interdisant la distribution d'une assurance santé obligatoire aux étudiants. Au surplus, et considérant les faits nouveaux portés à notre attention, sous réserve des actions qui seront prises par DSF, l'Autorité envisage également revoir son approche progressive, ne plus tolérer l'adhésion automatique avec droit de retrait sans preuve d'assurance et exiger que l'adhésion volontaire des étudiants soit mise en place.

Soyez avisée que d'autres informations pourront vous être demandées par l'Autorité dans le cadre de l'analyse et du traitement du présent dossier.

Veuillez recevoir, Madame Dixon, nos salutations distinguées.

La directrice de la surveillance prudentielle des assureurs,



Isabelle Berthiaume, CPA, CA

c. c. Madame Nathalie Sirois, directrice principale de la surveillance des assureurs et du contrôle du droit d'exercice, Autorité des marchés financiers



1200 avenue McGill College, Bureau 2200