



CIRANO

Allier savoir et décision

Fonctionnement du marché des assurances privées de personnes dans le cadre de l'assurance médicaments et son encadrement réglementaire au Québec

MÉLANIE BOURASSA FORCIER

PIERRE-CARL MICHAUD

AURÉLIE CÔTÉ-SERGENT

STÉPHANIE BOULENGER

CAMILLE LACHANCE GABOURY

CLAIRE ABBAMONTE

2017RP-04
RAPPORT DE PROJET

RP

**Fonctionnement du marché des assurances privées
de personnes dans le cadre de l'assurance médicaments
et son encadrement réglementaire au Québec**

*Claire Abbamonte, Stéphanie Boulenger, Mélanie Bourassa Forcier,
Aurélie Côté-Sergent, Camille Gaboury Lachance,
Pierre-Carl Michaud*

Rapport de projet
Project report

Montréal
Juillet 2017

© Claire Abbamonte, Stéphanie Boulenger, Mélanie Bourassa Forcier, Aurélie Côté-Sergent, Camille Gaboury Lachance, Pierre-Carl Michaud. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act.

Les partenaires du CIRANO

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Innovation, Sciences et Développement économique
Intact
Investissements PSP
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École de technologie supérieure (ÉTS)
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique (INRS)
McGill University
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Fonctionnement du marché des assurances privées de personnes dans le cadre de l'assurance médicaments et son encadrement réglementaire au Québec¹

Sous la direction de Mélanie Bourassa Forcier et de Pierre-Carl Michaud²

RAPPORT FINAL

¹ Nous tenons à remercier l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes d'avoir accepté de nous transmettre certaines données requises afin de réaliser cette étude. Cette étude a été financée par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

² Les auteurs du présent rapport sont, en ordre alphabétique, ABBAMONTE, Claire, BOULENGER, Stéphanie, BOURASSA FORCIER, Mélanie, CÔTÉ-SERGENT, Aurélie, LACHANCE GABOURY, Camille et MICHAUD, Pierre-Carl.

Sommaire exécutif

Dans un contexte où la population vieillit et où les innovations médicales et pharmaceutiques soutiennent une croissance élevée de la consommation des ménages en matière de santé, il apparaît primordial d'avoir un marché des assurances qui soit efficace et qui réponde aux besoins de la population. Ce rapport vise donc à porter un éclairage sur le fonctionnement et l'encadrement réglementaire du marché des assurances privées de personnes au Québec dans le contexte où l'assurance privée de personnes s'inscrit dans le RGAM du Québec. Puisque les données publiques sur ce marché sont limitées, nous avons conduit une enquête unique auprès des employeurs québécois de 50 employés ou plus afin de mieux analyser les enjeux de ce marché. L'enquête, réalisée par Léger Marketing, inclut deux volets. Le premier volet est adressé aux directeurs, aux directeurs généraux, aux présidents ou aux vice-présidents des entreprises (« DG ») et vise à connaître leur vision des enjeux qui entourent les assurances collectives. Le second volet est celui qui permet d'avoir des détails précis sur les caractéristiques des contrats d'assurance. En plus de questions quantitatives sur les assurances, il inclut les questions du premier volet. Il est mené auprès de la personne la plus au fait des contrats d'assurance collective dans les entreprises (responsables des assurances collectives, ou « RAC »).

Dans un premier temps, nous procédons à une analyse du fonctionnement général de l'assurance collective et privée de personnes et faisons ressortir l'ensemble des droits et obligations des acteurs. Dans un deuxième temps, nous analysons l'offre et la rentabilité des produits offerts par les assureurs dans ce marché, le niveau de compétition dans le marché, l'élasticité de la demande d'assurance ainsi qu'une appréciation globale de la relation entre assureurs et assurés telle que perçue par les employeurs. Les principaux constats émanant de l'analyse sont les suivants :

- **Tout d'abord, nous notons que les obligations de conformité et de solvabilité des assureurs sont importantes.**
 - En effet, annuellement, tout assureur doit préparer et déposer auprès de l'Autorité de marchés financiers (AMF) un état des résultats qui expose sa situation financière.
 - L'état des résultats et le bilan doivent notamment comprendre les placements et prêts de l'assureur, les espèces en caisse et en banque, les revenus en primes et cotisations et les autres actifs de l'assureur.
 - L'AMF ne fixe aucune limite aux bénéfices qu'une société d'assurance peut faire, du moment où elle reste solvable et en mesure d'assumer tous les risques prévus dans ses contrats d'assurance. D'ailleurs, les assureurs sont légalement requis de mettre un certain pourcentage de fonds de côté pour le versement des prestations et des rentes.

- **Cependant, les obligations légales au niveau de la transparence sont limitées, tant pour l'assureur que le courtier en assurances.**
 - Nous notons que la réglementation prévoit que « l'assureur ne doit pas exagérer l'étendue des protections offertes ou le montant des prestations payables, ni en minimiser le coût » (Règlement d'application de la Loi sur les assurances, article 35).
 - Selon la loi, le courtier doit « décrire au client et lui préciser la nature de la garantie ». Il doit aussi indiquer au client « les exclusions de garantie pour [lui] permettre [...] de discerner s'il ne se trouve pas dans une situation d'exclusion ».

- **De plus, à ce jour, rien n'indique que les acteurs qui peuvent exiger des informations supplémentaires sur les contrats d'assurance collective aient usé de ce pouvoir.**
 - Selon l'article 70.3 de la Loi sur l'assurance médicaments (LAM), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a la capacité d'exiger de tous assureur ou représentant en assurance « la production de tout contrat d'assurance collective ou régime d'avantages sociaux en vigueur et de tout autre document explicatif s'y rapportant. »
 - Nous considérons que le ministre de la Santé et des Services sociaux devrait adopter un règlement afin de préciser les pouvoirs de la RAMQ quant à la portée de l'application de l'article 70. 3 de la LAM.
 - En outre, en vertu de l'article 78 (9.2) de la LAM, le ministre a le pouvoir d'adopter un règlement pour « prescrire, aux fins des articles 70.1 à 70.3, les modalités de communication des listes des contrats d'assurance collective et des régimes d'avantages sociaux, ainsi que des contrats d'assurance collective et des régimes d'avantages sociaux, l'information concernant toute modification à ces contrats ou régimes ayant pour effet de transférer des personnes admissibles au régime public, de même que la fréquence de communication et le contenu des listes ».

- **Il semble plutôt y avoir des obligations de transparence au niveau des contrats entre assureurs, courtiers et preneurs (employeurs).**
 - Selon les résultats de l'enquête :
 - Plus de 80 % des assureurs ont l'obligation, en vertu du contrat d'assurance, de divulguer le montant des prestations par type de protection offert. Ils sont aussi nombreux à devoir fournir des explications lorsque le montant des primes change.
 - Environ 60 % des répondants ont indiqué que leurs contrats prévoyaient la divulgation du pourcentage des primes qui est dédié aux frais administratifs.
 - Enfin, 53 % des courtiers en assurances qui sont rémunérés en pourcentage des primes totales dévoilent ce pourcentage, mais près de 40 % des répondants ont dit ignorer le mode de rémunération de l'intermédiaire.

- **Il est particulièrement difficile d'étudier le marché de l'assurance privée en raison d'un manque de données publiques non agrégées.**
- **Un élément qui ressort particulièrement de l'enquête auprès des employeurs est le manque de connaissance des caractéristiques des contrats d'assurance collective.**
 - Ainsi, 33 % des responsables des assurances collectives ignorent le montant total des primes versées pour l'assurance collective. Ce pourcentage grimpe à 76 % lorsqu'il s'agit des prestations totales. De plus, la majorité des répondants n'était pas en mesure d'identifier la coassurance applicable à l'achat de médicaments.
 - Malgré cette lacune, la plupart des répondants considèrent avoir suffisamment d'information pour bien comprendre les contrats d'assurance collective.
 - Étant donné que plus de 50 % des employeurs considèrent que les assurances collectives sont coûteuses, il est étonnant de constater ce manque d'intérêt envers les caractéristiques des contrats. Ceci pourrait suggérer que les employés qui désirent mieux comprendre leurs contrats d'assurance pourraient avoir des difficultés à obtenir des réponses satisfaisantes. De plus, un tel manque d'intérêt des employeurs pourrait être symptomatique de difficultés pour ces derniers à poser les bonnes questions aux courtiers et aux assureurs.
- **Nous notons également que le marché de l'assurance est relativement compétitif.**
 - L'indice de Herfindahl-Hirschmann et le ratio de concentration des quatre plus grands assureurs sur le marché montrent que le marché est relativement peu concentré, indiquant qu'il y a peu d'inquiétudes quant à la compétitivité dudit marché.
 - Cependant, ceci ne suffit pas pour affirmer que le pouvoir de marché ne permet pas aux assureurs de faire des profits économiques anormaux. Une des sources les plus communes de pouvoir de marché concerne la possibilité que les preneurs puissent faire face à des contraintes importantes pour changer d'assureur (*switching costs* en anglais). Si c'est le cas, ces employeurs sont peu susceptibles de changer d'assureur si les primes augmentent.
 - Les résultats de l'enquête montrent qu'il y a peu de contraintes associées à un changement d'assureur. Les directeurs généraux sondés ont indiqué que, pour une augmentation des primes de 10 %, ils avaient 36 % de chances de changer d'assureur. Pour les responsables des assurances collectives, la probabilité de changer d'assureur si les primes augmentent de 10 % est de 44 %.
- **Dans un tel contexte, un assureur qui augmente ses primes de manière injustifiée risque de voir ses revenus (et ses profits) diminuer, puisqu'il perdrait une partie de sa clientèle.**
 - Il nous apparaît donc probable que la compétition dans ce marché soit assez élevée et qu'elle se fasse en grande partie sur les prix.
 - Les résultats de l'enquête semblent d'ailleurs confirmer que les assureurs se font compétition au niveau des prix, puisque 49 % des DG et 47 % des RAC ont

indiqué qu'ils considéreraient rester avec leur assureur parce que les prix sont similaires entre les différents assureurs.

- **Toutefois, les employeurs ont peu de chances de cesser d'offrir des assurances collectives, puisqu'elles sont considérées comme nécessaires pour attirer et retenir les meilleurs employés.**
 - Les directeurs généraux ont indiqué qu'ils avaient seulement 5 % de chances d'arrêter d'offrir des assurances collectives si les primes augmentaient de 10 %. Pour les responsables des assurances collectives, ce pourcentage est de 7 %.

- **Enfin, la rentabilité des produits d'assurances collectives au Québec et Canada semble être similaire** si on se fie uniquement à la proportion des primes payées qui est reversée sous la forme de prestations. En 2015, pour les contrats d'assurance maladie qui font partie de régimes assurés, 79 % des primes étaient reversées en prestations au Québec. Ce pourcentage était de 77 % pour l'ensemble du Canada.
 - Bien qu'il n'y ait pas de réglementation concernant le pourcentage des primes qui devrait être reversé aux assurés au Canada, d'autres pays ont choisi de réglementer un peu plus le marché de l'assurance privée en santé.
 - Aux États-Unis, l'Affordable Care Act (« Obama Care ») - si cette réforme demeure en vigueur avec la nouvelle administration - vise à mettre en place un dispositif de contrôle des compagnies d'assurance privées sous la forme d'une obligation de reddition de comptes. Les fournisseurs d'assurances privées américains sont, depuis, légalement tenus de payer de 80 à 85 % des primes qu'ils perçoivent sous forme de prestations aux assurés ou, à défaut, de fournir des remises à leur clientèle.
 - En Australie, les assureurs qui souhaitent être désignés comme des assureurs qui offrent des produits d'assurance santé ne peuvent effectuer aucune modification quant au montant de la prime de l'assuré. Toute hausse doit être demandée au préalable au ministre de la Santé de l'Australie et cette demande est accompagnée d'information financière qui favorise la transparence des compagnies d'assurance vis-à-vis le public.

Liste des acronymes

ACCAP	Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes
AMF	Autorité des marchés financiers
APP	Alliance pancanadienne pharmaceutique
CELI	Compte d'épargne libre d'impôt
CEPMB	Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
DG	Directeur général (enquête Volet A)
DSF	Desjardins Sécurité financière
FSL	Financière Sun Life
GGW	Groupe Great West
IA	Industrielle Alliance
IHH	Indice de Herfindahl-Hirschman
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LAM	Loi sur l'assurance médicaments
LDPSF	Loi sur la distribution des produits et services financiers
MMPRCE	Montant minimal permanent requis pour le capital et l'excédent
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIB	Produit intérieur brut
RAC	Responsable des assurances collectives (enquête Volet B)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RASNA	Régimes d'avantages sociaux non assurés
RC4	Ratio de concentration des quatre plus grandes entreprises sur le marché
REER	Régimes enregistrés d'épargne-retraite
RGAM	Régime général d'assurance médicaments

Table des matières

INTRODUCTION	13
Méthodologie de recherche	15
PARTIE I. ENCADREMENT LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE APPLICABLE À L’OFFRE D’ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC ET AU CANADA	18
1.1. LE RÉGIME GÉNÉRAL D’ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC	18
1.1.1. Mise en contexte.....	18
1.1.2. Contexte historique et législatif canadien.....	20
1.1.3. L’émergence de l’assurance médicaments au Québec.....	23
1.1.4. L’admissibilité au régime public.....	25
1.2. LES RÔLES DES DIFFÉRENTS ACTEURS	26
1.2.1. L’assureur public - RAMQ.....	26
1.2.2. Les assureurs privés	27
1.2.3. Les intermédiaires.....	30
1.2.4. Les preneurs.....	33
1.2.5. Les services pharmaceutiques.....	39
1.2.6. Les adhérents (ou consommateurs)	41
1.2.7. Les autres acteurs.....	43
1.3. LA CONTRIBUTION DE L’ADHÉRENT ET LA PRIME	45
1.3.1. La contribution maximale	45
1.3.2. La prime	46
PARTIE 2 : L’ASSURANCE DE PERSONNES.....	50
2.1. LE FONCTIONNEMENT ET LE MODÈLE D’AFFAIRES DES COMPAGNIES D’ASSURANCE	51
2.1.1. Le marché des assureurs privés au Canada	51
2.1.2. Les types de produits d’assurance.....	56
2.2. LA DÉFINITION DU CONTRAT D’ASSURANCE	60
2.2.1. La titularité de la gestion	62
2.2.2. Le cas particulier des régimes d’avantages sociaux non assurés.....	63
2.2.3. Le titulaire de la gestion.....	65
2.3. LES CHANGEMENTS DE COUVERTURE APPORTÉS AU CONTRAT	69
2.4. LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE DES COMPAGNIES D’ASSURANCE.....	70
2.4.1. Mise en contexte.....	70
2.4.2. Les revenus.....	71
2.4.2.1. Les revenus-primés	71

2.4.2.3. Les revenus-placements.....	72
2.4.2.4. Les autres recettes.....	74
2.4.3. Les dépenses.....	74
2.4.3.1. Les prestations versées.....	74
2.4.3.2. Les commissions et bonus.....	76
2.4.3.3 Comparaisons pertinentes.....	77
2.4.4. La rentabilité par produit d'assurance.....	78
2.5. LA PERFORMANCE ÉCONOMIQUE DES ASSUREURS.....	90
2.6. LES OBLIGATIONS DE REDDITION DE COMPTE DES ASSUREURS PRIVÉS ET TENDANCES EN TERMES DE REMISES AUX EMPLOYEURS	102
2.7. ÉLASTICITÉ-PRIX DE LA DEMANDE DE MÉDICAMENTS	107
CONCLUSION	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison des critères d'inclusion et d'exclusion des sources documentaires	16
Tableau 2 : Nombre d'assurés par type de produits et montants d'assurance vie au Québec et au Canada en 2015	58
Tableau 3 : Proportion des répondants qui considèrent que l'augmentation des primes est justifiée en fonction du pourcentage d'augmentation	68
Tableau 4 : Ratio des prestations versées aux assurés sur les primes reçues par les assureurs au Québec et au Canada en 2015	79
Tableau 5 : Coût brut, contribution des personnes assurées, prestations et primes totales pour les assurés du régime public d'assurance médicaments	88
Tableau 6 : Probabilité de changer d'assureur en fonction du pourcentage d'augmentation des primes totales.....	91
Tableau 7: Performance financière de certains assureurs, ensemble des activités.....	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition au sein du régime public du coût par clientèle (2014-2015).....	25
Figure 2 : Répartition des entreprises par assureur	30
Figure 3 : Degré avec lequel les répondants considèrent que l'intermédiaire travaille suffisamment fort pour trouver des assurances à un prix raisonnable	32
Figure 4 : Proportion d'entreprises qui offrent des assurances collectives	34
Figure 5 : Vision des assurances collectives	35
Figure 6 : Pourcentage de contribution des employeurs aux assurances collectives	38
Figure 7 : Pourcentage de contribution de l'employeur à l'assurance médicaments	49
Figure 8 : Pourcentage de coassurances pour les médicaments et les services pharmaceutiques..	50
Figure 9 : Types de protection offerts dans les contrats d'assurance collective	59
Figure 10 : Raisons fournies par l'assureur pour expliquer l'augmentation des primes	66
Figure 11 : Raisons pour lesquelles les répondants restent avec leur assureur alors qu'ils considèrent l'augmentation des primes non justifiée	68

Figure 12 : Primes annuelles par employé en fonction du nombre de protections offertes	71
Figure 13 : Évolution des primes et des prestations pour les contrats d'assurance maladie collectifs (qui font partie de régimes assurés seulement) au Québec entre 1993 et 2012.....	85
Figure 14 : Raisons pour lesquelles les répondants choisissent de rester avec leur assureur actuel	94
Figure 15 : Informations obligatoirement divulguées par les assureurs en vertu du contrat d'assurance	105
Figure 16 : Niveau d'information fourni par l'assureur et l'intermédiaire	107

INTRODUCTION

Dans un contexte où la population vieillit et où les innovations médicales et pharmaceutiques soutiennent une croissance élevée de la consommation des ménages en matière de santé, il apparaît primordial d'avoir un marché des assurances qui soit efficace et qui réponde aux besoins de la population. La fonction principale d'un tel marché est de protéger les Canadiens contre le risque financier associé à la maladie, et son efficacité doit être évaluée sous plusieurs angles. Bien que le Canada se soit muni d'instruments légaux afin d'offrir une couverture publique des services médicaux et hospitaliers à tous les Canadiens, ce régime s'articule différemment selon les provinces puisqu'il s'agit d'une compétence partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Au Québec, contrairement à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation, qui sont exclusivement publiques et permettent une couverture de services médicaux considérés comme « médicalement requis », le régime d'assurance médicaments oblige les résidents du Québec à se munir d'une assurance médicaments privée ou, à défaut, publique. La *Loi sur l'assurance médicaments* (ci-après « LAM »)³ stipule que seuls les résidents n'ayant pas accès à une assurance collective de personnes⁴ peuvent bénéficier de l'assurance médicaments publique. Cette loi crée le Régime général d'assurance médicaments (ci-après « RGAM ») qui édicte la couverture minimale devant être offerte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après « RAMQ » ou la « Régie ») qui est responsable de l'administration de ce régime⁵. Par conséquent, puisque l'adhésion à une assurance collective offrant au moins les mêmes garanties que le régime public est obligatoire lorsqu'accessible, les assureurs privés deviennent des acteurs incontournables du RGAM. Effectivement, ils couvrent à eux seuls environ 60 % de la population québécoise⁶.

³ *Loi sur l'assurance médicaments*, 2002, c. 27, ch. A-29.01.

⁴ À l'exception des personnes âgées de 65 ans et plus. Plus particulièrement, selon la LAM, des « groupes de personnes déterminées », que sont les ordres professionnels, les associations professionnelles, les employeurs regroupant plusieurs membres d'ordres professionnels ou plusieurs personnes effectuant le même travail, ainsi que les syndicats, doivent rendre accessible à leurs membres un contrat d'assurance collective qui comprend la protection universelle de base. Notons que les employeurs n'ont aucune obligation d'offrir une assurance collective de personnes à leurs employés. Voir notamment les articles 15 et suivants de la LAM.

⁵ LAM, à l'article 1. De manière générale, la RAMQ couvre seulement les personnes qui ne sont pas tenues d'adhérer à un contrat d'assurance collectif, qui ne le désirent pas (comme les personnes âgées de 65 ans ou plus bénéficiant déjà d'une assurance collective) ou celles qui bénéficient d'un traitement particulier (tels que les prestataires de l'aide financière, les détenteurs d'un carnet de réclamation ou encore les artisans), voir LAM, articles 15 et suivants.

⁶ Régime de l'assurance maladie du Québec, Rapport de gestion annuel 2015-2016; Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, Mémoire présenté à la commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières portant sur le projet de loi 92, *Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives*, 10 mai 2016, à la page 2.

Au Québec, la surveillance du secteur des assurances est effectuée par l’Autorité des marchés financiers (ci-après « AMF »). La Régie a par ailleurs le pouvoir d’exiger que les assureurs lui transmettent tout document lui permettant de s’assurer de la conformité du régime d’assurance avec les obligations imposées par le RGAM⁷.

L’assurance collective de personnes permet la couverture d’adhérents (assurés ou consommateurs), en échange d’une participation financière de l’adhérent et, souvent, d’un preneur (généralement l’employeur, le syndicat ou l’ordre professionnel). Cette participation financière se traduit par une prime annuelle payée par l’adhérent (et, souvent aussi, par le preneur) ainsi que par le paiement d’une coassurance et/ou d’une franchise par l’assuré au comptoir lors de l’achat de médicaments. Comme il s’agit d’assurance « collective » et non « individuelle », la prime est le reflet du niveau de risque associé au groupe selon le régime d’assurance qui lui est offert (bien que ce risque soit tempéré par une obligation de mutualisation des assureurs). Au Québec, un régime d’assurance collective de personnes peut inclure, entre autres, l’assurance invalidité, l’assurance vie et une assurance permettant de couvrir différents services de santé (p. ex. services dentaires, d’optométrie, de physiothérapie, de psychothérapie) non assurés par l’assurance maladie du Québec. Depuis la décision de la Cour suprême dans l’affaire *Chaoulli*⁸, certaines chirurgies prévues par règlement peuvent aussi désormais faire l’objet d’une assurance privée supplémentaire⁹. Au Québec, la loi interdit l’offre d’assurance collective de personnes pour des services de santé qui ne comprend pas une couverture de médicaments. Toutefois, une assurance collective de personnes peut ne couvrir que les médicaments.

Alors que la teneur de la « participation financière » de l’assuré à l’assurance publique est strictement encadrée par la LAM, il existe certaines zones grises quant à la participation financière de l’assuré et du preneur, lorsque ceux-ci sont associés à un régime collectif d’assurance privée. En effet, cette participation est souvent jumelée à une participation financière

⁷ LAM, l’article 70.3 prévoit que tout assureur en assurance collective, représentant en assurance de personnes ou administrateur de régime d’avantages sociaux doit produire tout contrat d’assurance collective ou de régime d’avantages sociaux en vigueur et de tout autre document explicatif si la Régie en fait la demande. À notre connaissance, la RAMQ n’a jamais usé de ce pouvoir pour obtenir le détail de contrats d’assurance.

⁸ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, [2005] 1 RCS 791.

⁹ *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d’autres dispositions législatives*, 2006, chapitre 43, *Loi sur l’assurance maladie*, RLRQ, ch. A-29, à l’article 15. Voir aussi : Marie-Claude PRÉMONT, *L’affaire Chaoulli et le système de santé du Québec : cherchez l’erreur, cherchez la raison*, (2006) 51 R.D. McGill 167, consulté en ligne : <http://lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/8209509-1224869708_Prmont.pdf>; Yannick LABRIE, *Le Point – L’arrêt Chaoulli et les réformes en santé : un rendez-vous manqué?*, (2015) IDEM, consulté en ligne : <<http://www.iedm.org/fr/53615-1-arret-chaoulli-et-les-reformes-en-sante-un-rendez-vous-manque>>.

plus large qui vise l'ensemble de l'offre assurantielle comprenant souvent des services de santé non assurés par le régime public (physiothérapie, massothérapie, etc.)¹⁰.

Notre étude dénote une opacité importante quant aux facteurs qui expliquent la différence entre les revenus provenant des primes et des prestations versées. À ce sujet, certains concluent que l'assurance privée de personnes serait de plus en plus profitable pour des assureurs¹¹. Cette situation nous pousse donc à nous questionner sur les obligations des assureurs en matière de transparence et de redditions de comptes auprès des preneurs et des adhérents.

Ce rapport vise donc à porter un éclairage sur le fonctionnement et l'encadrement réglementaire du marché des assurances privées de personnes au Québec dans le contexte où l'assurance privée de personnes s'inscrit dans le RGAM du Québec. Puisque les données sur ce marché sont limitées, nous avons conduit deux enquêtes uniques auprès des employeurs afin de mieux analyser ces enjeux. Nous procédons, dans un premier temps, à l'analyse des spécificités du RGAM afin de bien mettre en lumière les rôles des différents acteurs touchés par l'assurance privée de personnes (partie 1). Dans un deuxième temps, nous procédons à une analyse du fonctionnement général de l'assurance collective et privée de personnes et faisons ressortir l'ensemble des droits et obligations des acteurs (partie 2). En particulier, nous analysons l'offre et la rentabilité des produits offerts par les assureurs dans ce marché, le niveau de compétition dans le marché, l'élasticité de la demande d'assurance ainsi qu'une appréciation globale de la relation entre assureurs et assurés telle que perçue par les employeurs.

Méthodologie de recherche

Cette recherche a été initiée autour du mot clé principal : « assurance (médicament ou maladie ou santé) »/« (drug or health) insurance ». Au fil des recherches, nous avons appliqué ces critères de recherche :

¹⁰ Stéphanie GRAMMOND, *Confusion à la pharmacie*, *La Presse*, 4 novembre 2015; *Médicaments : les assureurs doivent être plus transparents*, Lettre ouverte d'un groupe de pharmaciens, *Le Soleil*, 7 mars 2016; Lettre-réplique de Lyne Duhaime de l'ACCAP, au texte de Jean Bourcier, *Comment préserver les acquis*, *La Presse*, 29 juillet 2016.

¹¹ Michael LAW, M. R., KRATZER, J., et I.A. DHALLA, *The increasing inefficiency of private health insurance in Canada*, *Canadian Medical Association Journal*, 186(12), 2014.

Tableau 1 : Comparaison des critères d'inclusion et d'exclusion des sources documentaires

Critères d'inclusion des sources documentaires	Critères d'exclusion des sources documentaires
<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre réglementaire et législatif - Le fonctionnement - Les études économiques sur la profitabilité des assurances médicaments et sur l'établissement des primes - Toute étude sur la gestion, la transparence ou l'imputabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Le caractère non discriminatoire de l'assurance - Les études sur la notion de « risque » en assurance

Ces recherches nous ont menés à collecter et à consulter diverses sources documentaires (lois, recueils de jurisprudence, journaux des débats récents de l'Assemblée nationale, divers rapports et documents gouvernementaux et paragouvernementaux, sites internet des organismes clés en matière d'assurance de personnes et d'assurance médicaments, monographies et articles doctrinaux issus de recueils juridiques, des sciences de la vie ou spécialisés en technologies de l'information et journaux ou magazines populaires). Cette sélection a principalement été effectuée par l'entremise des banques de données *Cochrane*, *CanLII*, *ComLaw*, *HeinOnline*, *CAIJ*, *Legifrance*, *LexisNexis*, *MedLine*, *PubMed* et *ScienceDirect*.

Par contre, beaucoup de données ont été impossibles à colliger ou à vérifier, puisque les enquêtes fournies par Statistique Canada contiennent rarement des questions sur les assurances complémentaires. **Un premier constat que nous voulons établir est que, malgré son importance dans la vie des Canadiens, le marché des assurances complémentaires est peu analysé, en grande partie parce que les chercheurs n'ont pas accès à des données exhaustives, tant au niveau de l'offre (assureurs) qu'au niveau de la demande (employeurs et employés).**

Devant ce constat, nous avons mis sur pied une enquête, unique au Canada, sur les assurances collectives offertes par les entreprises québécoises de 50 employés ou plus. Il nous apparaît que l'employeur est l'acteur le mieux susceptible de nous éclairer sur l'offre et la demande, étant à la fois un offreur d'assurance auprès de ses employés et un demandeur de contrat d'assurance auprès des assureurs. De plus, il est susceptible d'être mieux informé des couvertures offertes que l'employé.

Enquête auprès des employeurs

Volet A : Le volet A est adressé aux directeurs, aux directeurs généraux, aux présidents ou aux vice-présidents des entreprises. Il vise à connaître leur vision des enjeux qui entourent les assurances collectives. Il est un sous-ensemble du volet B.

Volet B : Le volet B permet de collecter des informations précises sur les caractéristiques des contrats d'assurances collectives et sur les enjeux qui les entourent. Il est dirigé vers la personne la plus au fait des contrats d'assurance collective dans les entreprises.

Population : Les deux volets de l'enquête sont menés dans des entreprises québécoises de 50 employés ou plus. Il n'y a pas de restrictions concernant le secteur d'activité de l'entreprise.

Échantillonnage : Les questionnaires des deux volets ont été administrés par entrevue téléphonique par la firme de sondage, de recherche et de stratégie *Léger Marketing*. L'échantillonnage a été effectué à partir des listes d'entreprises de Léger. L'objectif initial était d'avoir 700 répondants pour le premier volet et 300 répondants pour le second. Le nombre de répondants a été fixé de manière à avoir suffisamment d'observations pour faire une analyse statistique pertinente et pour respecter le temps imparti au projet et le budget de celui-ci. Au terme de l'enquête, nous avons 300 observations pour le premier volet et 700 observations pour le second.

Pondération : Les données collectées par Léger proviennent, dans la mesure du possible, d'un échantillon d'entreprises qui est représentatif de l'ensemble des entreprises québécoises de 50 employés ou plus. Afin de transposer les résultats obtenus au niveau du Québec, nous pondérons l'ensemble des résultats. La pondération se fait en fonction de la taille de l'entreprise (nombre d'employés) et du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord. Les tailles d'entreprises considérées sont les suivantes : 1) de 50 à 99 employés, 2) de 100 à 199 employés, 3) de 200 à 499 employés et 4) de 500 employés ou plus. Nous considérons tous les secteurs (codes à deux chiffres) du SCIAN. Les entreprises qui font partie d'un secteur « non classifié » ont été classées dans la catégorie « Ne sait pas ». Le nombre d'entreprises dans chacune des catégories provient du Tableau 552-0002 de Statistique Canada pour l'année 2015.

Cette enquête, réalisée par Léger Marketing, inclut deux volets. Le premier volet, le volet A, est adressé aux directeurs, aux directeurs généraux, aux présidents ou aux vice-présidents des entreprises, ci-après « directeurs généraux » ou « DG », et vise à connaître leur vision des enjeux qui entourent les assurances collectives. Le second volet, le volet B, est celui qui permet d'avoir

des détails précis sur les caractéristiques des contrats d'assurance. En plus de questions quantitatives sur les assurances, il inclut les questions du volet A. Il est mené auprès de la personne la plus au fait des contrats d'assurance collective dans les entreprises, ci-après « responsables des assurances collectives » ou « RAC ». Nous avons choisi d'inclure deux volets à l'enquête afin de nous assurer que les réponses aux questions d'ordre plus stratégique, par exemple celles concernant le choix d'offrir des assurances collectives, étaient similaires entre les DG et les RAC. Les résultats montrent peu de différences entre les deux volets. La méthodologie concernant la création de l'enquête et la collecte de données est présentée dans l'encadré ci-dessus. Les résultats des deux volets de l'enquête sont présentés tout au long de ce rapport. Cependant, pour les questions objectives (par opposition aux questions subjectives ou d'opinion), par exemple celles concernant la proportion d'entreprises qui offrent des assurances collectives ou encore le pourcentage de coassurance pour l'assurance médicaments, nous nous basons seulement sur les résultats du volet B, puisque le nombre d'observations est plus élevé. Par ailleurs, les questionnaires ainsi que des statistiques sommaires sur les réponses sont disponibles en annexe.

PARTIE I. ENCADREMENT LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE APPLICABLE À L'OFFRE D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC ET AU CANADA

1.1. Le régime général d'assurance médicaments au Québec

1.1.1. Mise en contexte

Au Québec, le gouvernement prend en charge les services hospitaliers, les services de santé offerts au sein d'un établissement de santé ainsi que les services médicaux offerts par les médecins participants au régime public d'assurance maladie lorsque ces services sont médicalement requis¹². Ce pouvoir d'établir, d'entretenir et d'administrer les hôpitaux est confié exclusivement aux législatures provinciales par l'entremise du paragraphe 92(7) de la *Loi constitutionnelle* de 1867. Conformément à la Constitution, il incombait également au

¹² *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, chapitre A-28, au paragraphe 1c) (ci-après « LAH ») et *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28, r. 1, aux articles 2 et 3 (ci-après « Règlement d'application de la LAH »). La définition de « résident » est retrouvée au paragraphe 1m) du *Règlement d'application de la LAH*. Un « résident » est une personne qui réside au Québec ou qui séjourne au Québec au sens des articles 5 à 8 de la LAM et de la section II du *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec*, RLRQ, c. A-29, r. 1. Voir aussi BOURASSA FORCIER *et al.*, *L'encadrement juridique du panier public des services de santé et services sociaux*, Éd. Yvon Blais, 2016.

gouvernement fédéral de s'occuper des hôpitaux de la marine, des mesures de mises en quarantaine¹³ et de prélever des impôts et de dépenser les sommes ainsi générées¹⁴. Sans vouloir empiéter sur les pouvoirs provinciaux, le Canada a donc introduit depuis les années 1960 diverses politiques en matière de santé.

Depuis la fin des années 1990 jusqu'à aujourd'hui, les dépenses en santé ont été partagées entre le secteur public et le secteur privé. Le financement public du système de santé s'élève à 70,7 % en 2015, dont 66 % sont assumés par les gouvernements provinciaux et territoriaux et 5 % par les autres acteurs du public tels le gouvernement fédéral, les commissions des accidents du travail ou divers régimes de sécurité sociale¹⁵. La balance est financée par le secteur privé (29,3 %), où 14,2 % des dépenses reviennent à la charge du patient, 11,9 % aux assureurs privés (qui inclut la contribution de l'employeur) et le 3,2 % restant constitue des dépenses autres que celles se rapportant aux patients, par exemple les dépenses en immobilisations des établissements privés et en recherche en santé.

Les dépenses liées aux médicaments prescrits en 2014 sont équivalentes à 13,4 % des dépenses nationales en santé (les dépenses pour les médicaments consommés dans les hôpitaux sont exclues de cette catégorie). La répartition est la suivante : 42 % de ces dépenses sont assumées par le secteur public, 35,8 % par les assureurs privés et les derniers 22,2 % par les ménages canadiens¹⁶. Les assurances privées occupent donc une place importante dans les dépenses en médicaments prescrits au Canada.

Ce secteur, comme celui de la santé, est réglementé à l'échelle nationale et provinciale. En plus des régimes d'assurance médicaments publics, plus de 1 000 régimes d'assurance médicaments sont offerts par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles à la population canadienne¹⁷. Les niveaux de couverture de ces régimes varient considérablement d'une province à l'autre en raison, entre autres, des différences au point de vue de l'admissibilité, de l'établissement des primes, de la structure de prestations, de la coassurance ou du plafond des

¹³ *Loi constitutionnelle*, 1867, au paragraphe 91(11).

¹⁴ *Loi constitutionnelle*, 1867, au paragraphe 91(3).

¹⁵ Base de données des dépenses nationales de santé, Institut canadien d'informations sur la santé, à la page 11, consulté en ligne <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex_trends_narrative_report_2015_fr.pdf>.

¹⁶ ICIS, Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2013 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments, données tirées de la Base de données sur les dépenses nationales de santé BDDNS, 28 mai 2015, consulté en ligne <https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2014_FR.pdf>.

¹⁷ Valérie PARIS et Elizabeth DOCTEUR, *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada*, Document de travail de l'OCDE, n 24, DELSA/HEA/WD/HWP (2006) 4, 15 février 2007, à la page 18, tiré de Karin PHILLIPS, *La couverture des médicaments onéreux au Canada* – Publication n 2016-10-F, le 4 février 2016, Division des affaires juridiques et sociales - Service d'information et de recherches parlementaires, à la page 6, consulté en ligne, <<http://www.lop.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2016-10-f.pdf>>.

dépenses à charge des assurés. Par exemple, les régimes publics d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique, du Manitoba ou de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits offrent la même couverture pour toutes les tranches d'âges, alors que les autres provinces et territoires proposent plutôt un régime distinct pour les personnes âgées¹⁸.

1.1.2. Contexte historique et législatif canadien

Le ministère fédéral de la Santé a été créé dès 1919, mais ce n'est que plusieurs dizaines d'années plus tard que le gouvernement décidera de mettre en place un accès universel aux soins de santé. En effet, avant la Deuxième Guerre mondiale, les soins de santé étaient en grande partie financés et offerts par des organismes privés. En 1947, la Saskatchewan est la première province à se doter d'un régime public universel provincial d'assurance hospitalisation; trois ans plus tard, c'est au tour de la Colombie-Britannique et de l'Alberta de se munir d'un régime similaire.

En 1957, le gouvernement fédéral décide finalement de se doter de son propre régime afin d'inciter tous les membres de la fédération à se munir d'un régime public universel. C'est ainsi que la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques* est née. Celle-ci prévoyait que le fédéral allait financer la moitié des coûts assumés par les provinces et territoires en matière de services hospitaliers. L'année suivante, le Manitoba, Terre-Neuve, l'Alberta, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ajustent ou mettent en place leur propre régime afin de se conformer au régime fédéral de partage des coûts. En 1959, c'est au tour de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard de mettre sur pied des régimes d'assurance hospitalisation selon la formule du partage des coûts. L'année suivante, ce sera aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon de se doter d'un tel régime, et c'est finalement en 1961 que le Québec se dote de son propre système¹⁹.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé mise en place par le gouvernement fédéral recommande dans son rapport la mise sur pied d'un programme national de soins de santé. Deux ans plus tard, le Parlement fédéral se dote de la *Loi sur les soins médicaux* et s'engage à assumer 50 % des coûts des régimes d'assurance provinciaux et territoriaux pour les services de santé offerts à l'extérieur des murs d'un hôpital, c'est-à-dire en milieu ambulatoire (ou communautaire)²⁰. À cette époque, le gouvernement fédéral s'engage encore une fois à

¹⁸ ICIS, Dépenses en médicaments prescrits au Canada 2013 : regard sur les régimes publics d'assurance médicaments, données tirées de la Base de données sur les dépenses nationales de santé BDDNS, 28 mai 2015, à la page 35.

¹⁹ Gouvernement du Canada, *Le système des soins de santé au Canada*, consulté en ligne <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>>.

²⁰ *Loi sur les soins médicaux*, [1966-1967], S.C., c. 64.

assumer 50 % des dépenses en santé des provinces résultant de la couverture publique de ces soins²¹. Au cours des années suivantes, l'ensemble des provinces et territoires instaurent un régime d'assurance universel quant aux services offerts par les médecins.

Dans les années 1970 et 1980, le gouvernement fédéral commence également à offrir un régime d'assurance médicaments aux membres de divers groupes dont il a la responsabilité : les Premières Nations et les Inuits, les anciens combattants, les détenus des pénitenciers fédéraux, les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et certains demandeurs d'asile²².

En adoptant la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* en 1977, le gouvernement fédéral décide d'abolir le partage des coûts pour se doter plutôt d'un mécanisme de financement global par un transfert de points d'impôt du fédéral au provincial et des versements en espèces²³. En 1979, M. Emmet M. Hall est nommé commissaire spécial afin de réévaluer le système de soins de santé public. Dans son rapport, il recommande d'abolir les frais modérateurs et la surfacturation des services et d'établir des normes nationales²⁴.

Adoptée en 1984, la *Loi canadienne sur la santé* combine les lois fédérales sur l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, tout en consolidant les principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, d'accessibilité et de transférabilité. La loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à favoriser le bien-être des habitants du Canada et à leur faciliter l'accès aux services de santé, « sans obstacles d'ordre financier ou autre²⁵. » Cette loi prévoit également qu'une province a la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral seulement si elle ne permet ni la surfacturation ni l'imposition de frais modérateurs pour la prestation de services assurés²⁶.

²¹ SANTÉ CANADA, *Le système des soins de santé au Canada*, Québec, Publications du Québec, (2011), consulté en ligne : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>> et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, Publications du Québec, (2008), à la page 188, consulté en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-731-01F.pdf>>.

²² Santé Canada, *Programmes publics d'assurance médicaments du gouvernement fédéral*, consulté en ligne <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pharma/acces/fedprog-fra.php>>.

²³ Gouvernement du Canada, *Le système des soins de santé au Canada*, consulté en ligne <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>>.

²⁴ Gouvernement du Canada, *Le système des soins de santé au Canada*, consulté en ligne <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>>.

²⁵ *Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaire de santé*, L.R.C., 1985, ch. C-6, à l'article 3.

²⁶ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, chapitre C-6, aux articles 18 et 19.

En 1988, les gouvernements provinciaux et territoriaux, à l'exclusion du gouvernement de Québec, concluent une entente de facturation réciproque pour les services fournis à l'extérieur de la province ou du territoire. Onze ans plus tard, les provinces et territoires, encore à l'exception du Québec, s'engagent à adopter une approche commune dans l'élaboration de politiques et de programmes sociaux, y compris en santé.

En 2001, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (comité Kirby) publie ses recommandations dans un rapport intitulé « La santé des Canadiens : Le rôle du gouvernement fédéral – Volume VI : Recommandations en vue d'une réforme ». C'est ensuite au tour de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow) de proposer ses recommandations dans son rapport intitulé « Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada²⁷ ». Au cours de leur mandat respectif, le Comité Kirby et la Commission Romanow se sont penchés sur la nécessité de fournir aux Canadiens une plus grande couverture nationale des médicaments onéreux, en raison d'une augmentation rapide du prix des médicaments délivrés hors du milieu hospitalier²⁸. *L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* permet de reconnaître officiellement qu'aucun Canadien ou Canadienne ne devrait assumer un fardeau financier excessif lorsqu'il doit recourir à la pharmacothérapie²⁹.

À l'heure actuelle, Santé Canada réglemente les essais cliniques et autorise l'entrée sur le marché des produits en se basant sur des évaluations d'innocuité et d'efficacité des médicaments. Une fois les médicaments brevetés entrés sur le marché, leur coût est contrôlé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) afin d'éviter que les prix ne soient excessifs.

Le gouvernement fédéral offre également une couverture de médicaments à certaines tranches de la population dont il est responsable, soit les membres des Premières Nations, les vétérans, les membres de forces armées et les détenus fédéraux, en plus de soutenir considérablement la recherche en santé³⁰.

Pour leur part, les provinces et territoires établissent eux-mêmes quels médicaments seront remboursés en vertu de leur régime public et s'occupent d'établir une structure réglementaire qui

²⁷ SANTÉ CANADA, *Le système des soins de santé au Canada*, consulté en ligne <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>>.

²⁸ Karin PHILLIPS, *La couverture des médicaments onéreux au Canada* – Publication n 2016-10-F, Division des affaires juridiques et sociales - Service d'information et de recherches parlementaires, 4 février 2016, à la page 8.

²⁹ Gouvernement du Canada, *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, 5 février 2003.

³⁰ Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial, *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques - Rapport d'étape*, juin 2006, à la page 20, consulté en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-nps-snpp/2006-nps-snpp-fra.pdf>.

leur est propre. Quoique les listes provinciales de médicaments remboursés soient indépendantes les unes des autres, elles contiennent toutes la majorité des médicaments les plus vendus³¹. Alors qu'en moyenne un peu plus de 20 % des médicaments homologués par Santé Canada sont remboursés par les régimes publics provinciaux, cette proportion grimpe à près 40 % au Québec³².

1.1.3. L'émergence de l'assurance médicaments au Québec

Dès les années 1930, plusieurs sources de financement privé émergent pour subventionner les soins de santé offerts dans les hôpitaux du Québec. Les hôpitaux agissent à la fois comme assureurs et comme fournisseurs de services : une personne paie une cotisation à un hôpital en échange de services reçus³³. Ce modèle de financement sera repris à la fin de la décennie suivante par des compagnies, telle la Croix bleue, qui proposeront des régimes d'assurance privée, tant et si bien qu'en 1945, celle-ci devient « une entreprise florissante » au Québec³⁴. Face à l'inégalité de la population en matière d'accès, le gouvernement fédéral de l'époque propose, par l'entremise de la *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques*³⁵, la mise en place d'un programme d'assurance maladie à frais partagés couvrant les services d'hospitalisation et de diagnostics, soit essentiellement des services de laboratoire et de radiologie³⁶. Le Québec est une des dernières provinces à mettre en place en 1961 la *Loi sur l'assurance hospitalisation*³⁷, qui assure la gratuité des services de santé offerts au sein d'un centre hospitalier québécois³⁸. Le gouvernement du Québec choisit alors d'exclure expressément tout financement privé de son régime d'assurance publique pour ce qui a trait aux services hospitaliers couverts.

³¹ Steven MORGAN et al., *Étendue, profondeur et concordance des listes provinciales de médicaments au Canada*, Politiques de santé, vol. 4, n 4, 2009.

³² Canadian Health Policy Institute, *Comparing Access to New Drugs in Canada's Federal and Provincial Public Drug Plans*, Canadian Health Policy, juin 2014, p. 9.

³³ Jeremiah HURLEY et G. Emmanuel GUINDON, *Private Health Insurance in Canada*, CHEPA Work Paper 08-04, Hamilton, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, (2008), à la page 13, citant : E. HALL, *Report of the Royal Commission on Health Services*, Vol. 1, Queen's Printer, Ottawa, 1964.

³⁴ Groupe Ultra-vie inc, *Petit historique de l'assurance collective*, 2002, consulté en ligne : <http://www.alaquebec.org/documents/publications/Historique_assurance_collective.pdf>.

³⁵ *Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques*, S.C. 1957, c. H-8 (entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1958).

³⁶ *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, c. C-6. Consulter pour plus de détails sur ce sujet : Patrick A. MOLINARI, *L'interprétation de la Loi canadienne sur la santé : Repères et balises*, Groupe de travail sur le financement des services de santé du ministère des Finances du Québec, (2007), aux pages 16 à 20, consulté en ligne :

<http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/etudes/pdf/Etude_PMolinari.pdf>. Voir aussi, BOURASSA FORCIER, Mélanie, « Quand les failles législatives du système de santé mènent à la résistance et à la subversion » dans Vincente Fortier et Sébastien Lebel-Grenier (dir.), *Rencontres juridiques Montpellier-Sherbrooke/Droit, résistance et subversion*, Montpellier, Sherbrooke, Édition R.D.U.S. 2014. 14 pages.

³⁷ *Loi sur l'assurance hospitalisation*, RLRQ, c. A-28.

³⁸ *Id.*, à l'article 1.

Au moment de l'entrée en vigueur de la *Loi fédérale sur les soins médicaux*, le premier ministre du Québec, Daniel Johnson, confie à M. Claude Castonguay la présidence de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social dont le mandat, extrêmement large, est de « réexaminer de fond en comble les secteurs de la santé, des services sociaux et de la sécurité du revenu au Québec et [de] faire les recommandations appropriées³⁹ ». Le premier volume de la Commission, paru en 1967, plaide en faveur d'un régime d'assurance maladie universel. Cette recommandation sera suivie en 1969, alors que l'Assemblée nationale du Québec sanctionne le Projet de loi 30 créant la RGAM⁴⁰. Le premier mandat de l'organisme est d'implanter le régime d'assurance maladie qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 1970, date à laquelle est adoptée la *Loi sur l'assurance maladie*⁴¹.

Malgré les recommandations du rapport Castonguay, l'assurance maladie ne comprend ni les médicaments ni les lentilles et verres de contact. Ce n'est qu'en 1997 que la *Loi sur l'assurance médicaments* est adoptée pour offrir à l'ensemble de la population l'accès aux médicaments à des coûts raisonnables⁴². Tout résident du Québec doit se conformer à cette nouvelle loi, soit en adhérant à une assurance collective s'il fait partie d'un « groupe de personnes déterminé » au sens de la LAM⁴³ ou en s'inscrivant au régime public.

Au Québec, le Code civil régleme la formation et le contenu des contrats d'assurance : les articles 2389 à 2414 sont des dispositions générales, alors que les articles 2415 à 2462 s'adressent plus concrètement à l'assurance de personnes. Quelques articles (2427 à 2434) s'intéressent aux primes, mais seulement en ce qui a trait à la corrélation entre leur paiement et l'entrée en vigueur du contrat. La *Loi sur les assurances* et les directives de l'AMF complètent les dispositions du Code. La LAM octroie également un pouvoir de vérification des contrats d'assurance collective à la RAMQ pour lui permettre de s'assurer de l'application de la loi⁴⁴.

³⁹ Joseph FACAL, *Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États-Unis*, Montréal, Boréal, (2006), à la page 40.

⁴⁰ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Historique*, consulté en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>>.

⁴¹ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, ch. A-29.

⁴² LAM, à l'article 2. Voir aussi, Mathieu GAGNÉ, *Précis du droit des médicaments au Québec*, collaboration avec Mélanie Bourassa Forcier, Éditions Yvon Blais, janvier 2013. Notons qu'en 1997 l'assurance médicaments devient universelle du fait qu'elle couvre dorénavant les travailleurs autonomes. Bien avant 1997 des résidents du Québec pouvaient bénéficier de l'assurance publique médicaments. Ainsi, en 1972 une couverture était offerte aux prestataires d'aide sociale; en 1974, aux 65 ans et plus et à faible revenu; en 1977 la couverture est étendue à toutes les personnes âgées de 65 ans et plus. Une coassurance de 25 % est introduite en 1996. Voir Bourassa Forcier et al. *Le panier de services de santé et de services sociaux au Québec. Rapport présenté au Commissaire à la santé et au bien-être*. Octobre 2016.

⁴³ LAM, à l'article 3.

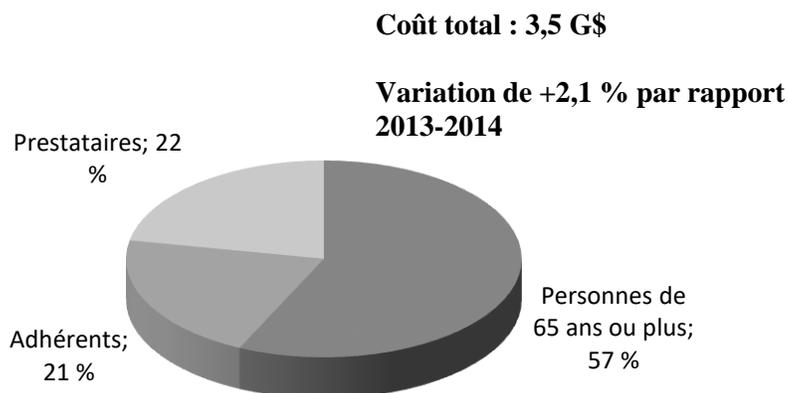
⁴⁴ LAM, à l'article 70.3.

Selon le dernier Rapport de gestion annuel de la RAMQ (2014-2015), 3,5 millions de résidents du Québec (sur 7,9 millions couverts par l'assurance maladie) sont assurés par le régime public d'assurance médicaments⁴⁵.

1.1.4. L'admissibilité au régime public

Pour être admissible à l'assurance médicaments publique, il faut soit être âgée de plus de 65 ans (« personnes de 65 ans et plus »), soit être admissible à un programme d'aide financière de dernier recours (« prestataires »), soit ne pas avoir accès à une assurance privée collective de personnes (« adhérents ») (ci-après communément désignés comme « adhérents⁴⁶ »). À cet égard, la LAM prévoit que les personnes affiliées à un syndicat ou à un ordre professionnel ou dont l'employeur a souscrit une assurance médicaments privée pour ses employés sont dans l'obligation de participer à cette assurance privée et d'en faire bénéficier leur conjoint et leurs enfants et/ou personnes à charge⁴⁷. Nul ne peut refuser l'adhésion d'une personne admissible, de son conjoint ou de son enfant en raison d'un risque particulier associé à son âge, son sexe ou son état de santé⁴⁸.

Figure 1 : Répartition au sein du régime public du coût par clientèle (2014-2015)



Note : Cette figure présente le coût pour la RAMQ et non pour les assurés du régime public.

Source : Calculs des auteurs à partir de : Régie de l'Assurance Maladie du Québec, Rapport annuel de gestion 2014-2015, à la page 55, consulté en ligne.

⁴⁵ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, Rapport annuel de gestion 2014-2015, à la page 4, consulté en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/rapports/rappann1415.pdf>>.

⁴⁶ LAM, aux articles 15 et 15.1.

⁴⁷ LAM, à l'article 15.1.

⁴⁸ LAM, à l'article 37.

Toutes les « garanties » qui touchent le service d'exécution, par un pharmacien, d'une ordonnance ou de son renouvellement, ainsi que les médicaments prescrits figurant sur la *Liste de médicaments*, dressée par règlement, doivent être prises en charge par les deux régimes⁴⁹. Les régimes d'assurance privés doivent répondre à ces exigences, mais peuvent toutefois élargir leur couverture à des médicaments non inscrits sur la *Liste des médicaments*, c'est-à-dire des médicaments qui ne sont pas remboursés par le régime public⁵⁰.

Pour ce qui est du régime privé, un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux doit minimalement comporter la protection prévue par le régime général offert par l'entremise de la RAMQ. Qu'un assureur soit enregistré sous la loi fédérale ou provinciale ou sous une loi étrangère, et qu'il offre ou non une couverture nationale (c'est-à-dire la même dans plusieurs provinces), celui-ci se doit de respecter toutes les dispositions législatives et réglementaires du Québec lorsqu'il y fait affaire.

1.2. Les rôles des différents acteurs

Le marché des assurances médicaments est composé de six acteurs principaux : la RAMQ, qui joue le rôle d'assureur public, les assureurs privés, les actuaires et les courtiers en assurances (c'est-à-dire les intermédiaires), les employeurs (ou les preneurs), les consommateurs d'assurance médicaments (ou les adhérents) et les pharmaciens. L'effet des entreprises pharmaceutiques, des grossistes et des médecins sur le marché n'est pas présenté afin de simplifier l'analyse.

1.2.1. L'assureur public - RAMQ

L'assureur public, ou la RAMQ, tient un rôle de premier plan sur le marché québécois de l'assurance médicaments. Ses décisions – qui découlent en partie de l'exercice du pouvoir discrétionnaire du ministre – ont des effets directs ou indirects sur les pharmaciens, les employeurs, les consommateurs et les assureurs privés.

Un des rôles principaux de la RAMQ est d'effectuer le paiement des honoraires aux pharmaciens. Le processus permettant à un médicament d'être ajouté à la liste des médicaments, donc d'être remboursé par la RAMQ, est pour sa part administré par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (ci-après « INESSS »). Ce processus d'évaluation peut s'échelonner sur

⁴⁹ LAM, à l'article 35.

⁵⁰ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Rapport sur l'application de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, à la page 1.

une période d'environ six mois. Avant d'être évalué, le médicament doit d'abord avoir été approuvé par Santé Canada, ce qui garantit que le médicament est efficace, sécuritaire et de qualité. Une fois qu'un fabricant fait une demande d'inscription, l'INESSS évalue la valeur thérapeutique du médicament et, si cette valeur est démontrée, d'autres aspects, tels la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament ou encore les conséquences de l'inscription du médicament à la liste sur la santé de la population. L'INESSS formule ensuite ses recommandations au ministre, qui décidera d'ajouter ou non le médicament à la liste garantie par le régime général⁵¹. Ce sera également au ministre de conclure avec les pharmaciens une entente afin de fixer le tarif pouvant être réclamé pour le service d'exécution ou de renouvellement d'une ordonnance⁵². C'est ce tarif qui sera remboursé par la RAMQ.

Pour les assurés de régimes privés, il n'y a pas d'entente entre le ministre et les pharmaciens concernant le tarif qui peut être réclamé pour l'exécution d'une ordonnance. Cette différence entre les deux types de régimes implique que le tarif établi dans le cadre du régime public a potentiellement un effet sur celui imposé aux assurés de régimes privés. Par exemple, si les pharmaciens considèrent que les tarifs qui leur sont remboursés pour les assurés du régime public sont trop bas, il est possible que les honoraires chargés aux assurés de régimes privés soient plus élevés qu'ils ne devraient l'être si les tarifs remboursés aux assurés du régime public étaient considérés adéquats, afin de compenser cette perte de revenus.

Cette tarification a par la suite un effet sur les assureurs privés, qui basent, en partie, le prix des assurances sur le prix total de l'exécution d'une ordonnance.

1.2.2. Les assureurs privés

Les assureurs ou compagnies d'assurance sont des entreprises constituées en sociétés par actions ou en sociétés mutuelles qui visent à offrir principalement des produits d'assurance. Les compagnies d'assurance peuvent être constituées en vertu des lois étrangères, des lois fédérales ou des lois provinciales, mais doivent toutes se soumettre à la réglementation québécoise. Selon la *Loi sur les assurances*, les assureurs englobent plusieurs catégories de personnes morales ou de sociétés : les sociétés par actions constituées pour pratiquer les assurances (permis depuis 1998 pour les sociétés à charte fédérale⁵³, mais depuis 2002 au Québec⁵⁴), les sociétés de gestion de portefeuille contrôlées par un assureur, les sociétés mutuelles d'assurance, les fédérations de

⁵¹ LAM, à l'article 60.

⁵² LAM, à l'article 8.1. Voir aussi l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

⁵³ *Loi sur les sociétés d'assurance*, L.C. 1991, c. 47, art. 1.

⁵⁴ *Loi sur les compagnies*, RLRQ, c-38.

sociétés mutuelles d'assurance, les fonds de garantie, les sociétés de fiducie⁵⁵ et les ordres professionnels à l'égard de leur fonds d'assurance.

Dans la province de Québec, seules peuvent agir à titre d'assureur les personnes morales autorisées en vertu de la *Loi sur les assurances* et titulaires d'un permis faisant mention des catégories d'assurances dont il autorise la pratique. Les assureurs se spécialisent généralement soit dans l'assurance de personnes (qui comprend l'assurance vie et l'assurance maladie et accidents), soit dans l'assurance de dommages (automobile, propriété, etc.). Cependant, certains détiennent un permis leur permettant d'effectuer les deux. Ces permis sont délivrés par l'AMF⁵⁶. La demande d'un tel permis doit se conformer au chapitre IV du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, ch. A-32, r.1.

Seuls les assureurs de dommages n'ayant pas d'établissement au Québec peuvent émettre des contrats d'assurance sans permis pourvu que ce soit par l'intermédiaire d'un cabinet qui agit par l'entremise d'un courtier spécial visé par la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*⁵⁷. Les personnes morales qui ne sont pas constituées en vertu de la loi québécoise et qui ne possèdent pas de siège au Québec doivent, pour obtenir un permis, nommer un représentant principal. Ce représentant doit résider au Québec et agir à titre de fondé de pouvoir autorisé à recevoir tous les actes de procédure destinés à la personne morale⁵⁸. L'AMF publie annuellement dans la *Gazette officielle du Québec* une liste des assureurs titulaires d'un permis valide⁵⁹.

C'est à l'AMF, après consultation du ministre, que revient le pouvoir d'émettre les lignes directrices applicables à l'ensemble de ces institutions financières⁶⁰. Ces lignes directrices ne sont pas des règlements, mais peuvent porter sur l'exécution, l'interprétation ou l'application du maintien des actifs, de la suffisance du capital ou sur toutes autres pratiques de gestion saine et prudente, notamment relativement aux placements ou à la divulgation de conflit d'intérêts⁶¹. Toute personne morale ou société ne se conformant pas à ces lignes directrices est présumée ne pas suivre des pratiques de gestion saine et prudente⁶² et pourra voir prononcer à son égard une injonction relative à l'application de la *Loi sur les assurances* ou à ses règlements⁶³.

⁵⁵ *Loi sur les assurances*, ch. A-32, à l'article 44.

⁵⁶ *Id.*, aux articles 201 et 202.

⁵⁷ *Id.*, à l'article 204.

⁵⁸ *Id.*, à l'article 207.

⁵⁹ *Id.*, à l'alinéa 222(2).

⁶⁰ *Loi sur les assurances*, ch. A-32, à l'article 325.0.1.

⁶¹ *Id.*, à l'article 325.0.2

⁶² *Id.*, à l'article 325.0.3

⁶³ *Id.*, à l'article 325.5

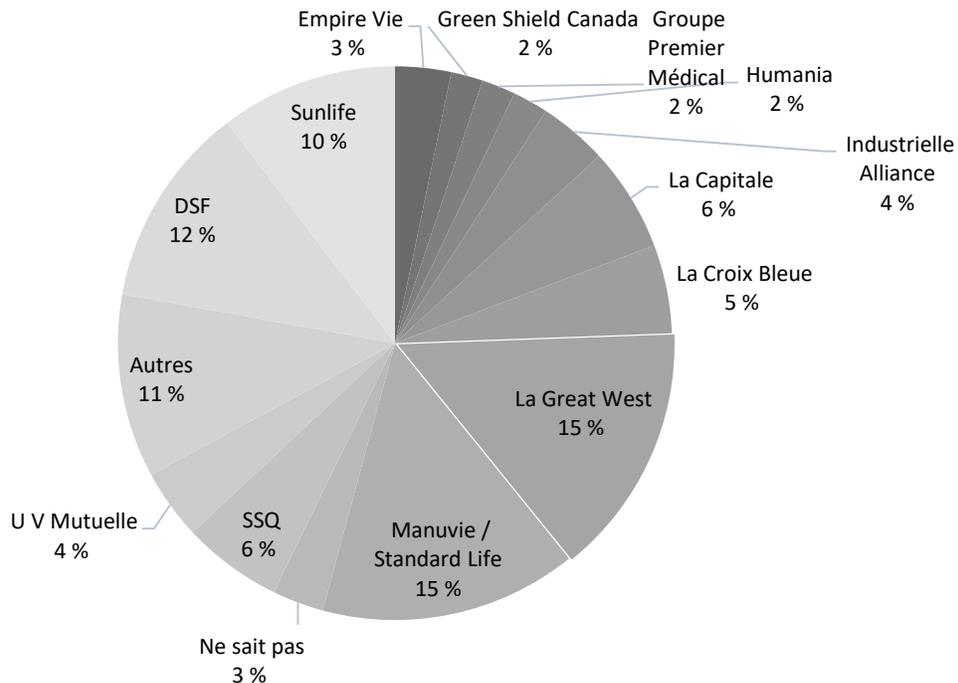
Le nombre total d'assureurs de personnes ou de dommages à charte québécoise, donc constitués en vertu de la loi québécoise, est passé de 86 à 74, entre 2000 et 2010, tandis que le nombre d'assureurs à chartes canadiennes et d'autres provinces est passé de 126 à 114. Cette diminution ne représente pas une baisse d'activités, mais suggère plutôt une concentration un peu plus importante dans ce secteur⁶⁴. Nous analyserons cette structure du marché plus loin dans ce rapport. Il importe de mentionner que les assureurs à charte québécoise ne sont pas les seuls à pouvoir faire affaire au Québec. En effet, les assureurs à charte canadienne, à charte d'autres provinces ou à charte d'un autre pays peuvent également offrir des assurances à la population québécoise.

Les résultats du volet B de l'enquête montrent que 80 % des entreprises sondées ont indiqué faire affaire avec neuf assureurs, malgré la présence de plusieurs dizaines d'assureurs actifs sur le marché québécois. La Figure 2 illustre cette répartition. Les assureurs les plus importants sont Manuvie / Standard Life, Desjardins Sécurité financière et La Great West. Ces résultats sont semblables à ce qui était observé au Québec en 2015, alors que 82 % des primes étaient partagées par huit assureurs principaux⁶⁵.

⁶⁴ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Rapport sur l'application de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, à la page 6.

⁶⁵ Le Journal de l'assurance, *Parts de marché des principaux assureurs de personnes au Québec et au Canada*, Journal Assurance, 2016, consulté en ligne <http://journal-assurance.ca/article/parts-de-marche-des-principaux-assureurs-de-personnes-au-quebec-et-au-canada/>.

Figure 2 : Répartition des entreprises par assureur



Source : Calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises

Notes : La Great-West et Canada-Vie font partie du Groupe Great-West. DSF : Desjardins Sécurité financière.

1.2.3. Les intermédiaires

Selon la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, les représentants en assurance collective sont des personnes physiques qui offrent des produits d'assurance collective de personnes d'un ou de plusieurs assureurs et agissent comme conseillers en assurance collective de personnes⁶⁶.

Le représentant en assurance de personnes est pour sa part une personne physique autorisée à offrir directement au public, à un cabinet, à un représentant autonome ou à une société autonome des produits d'assurance individuelle de personnes ou des rentes individuelles d'un ou de plusieurs assureurs⁶⁷. Celui qui travaille pour le compte d'un employeur, d'un syndicat, d'un ordre professionnel, d'une association ou d'un syndicat professionnel constitué en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels* (ch. S-40) n'est pas considéré comme un représentant en

⁶⁶ *Loi sur la distribution des produits et services financiers*, L.R.Q., c. D-92 (ci-après « LDPSF »), à l'article 3.

⁶⁷ LDPSF, à l'article 3.

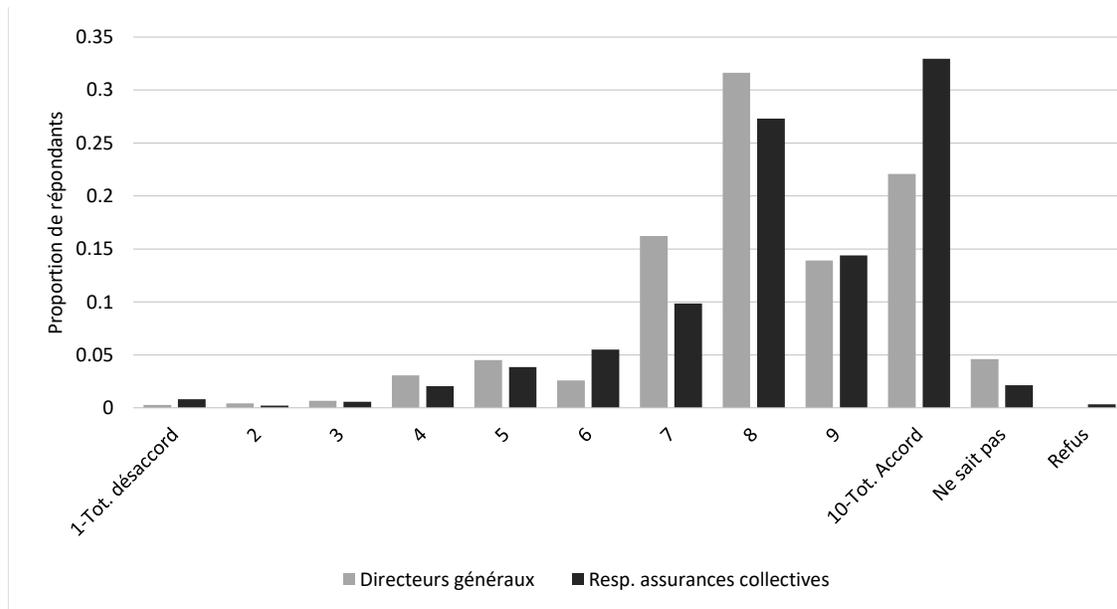
assurance de personnes lorsqu'il fait adhérer un employé ou un membre au contrat d'assurance collective de personnes ou de rentes collectives de cet employeur ou de ce syndicat, ordre ou association professionnelle⁶⁸. Donc, il n'est pas soumis aux mêmes obligations et responsabilités que les représentants en assurance de personnes.

Selon l'Association des courtiers d'assurance du Canada, le rôle des courtiers (ou représentants) d'assurances est de trouver la meilleure protection au meilleur prix pour son client, un preneur d'assurance, et ainsi de comparer les garanties offertes par différents assureurs afin de faire des recommandations objectives et de veiller plus tard au suivi administratif et au traitement équitable des réclamations. Cependant, le contrôle des coûts pourrait ne pas constituer pour certains une priorité du fait que ces derniers tirent généralement une partie de leurs revenus de la commission qui s'établit quant à un pourcentage de la prime versée par les assurés. Certains ont ainsi avancé que réduire les primes de ces derniers n'est donc pas à leur avantage⁶⁹. Les résultats du volet B de l'enquête indiquent qu'environ 40 % des intermédiaires sont rémunérés en pourcentage des primes totales, contre 20 % qui ont une rémunération fixe et 3 % qui sont rémunérés selon une autre méthode. Ainsi, 37 % des RAC sondés ne sont pas en mesure de déterminer la manière dont l'intermédiaire est rémunéré, ce qui indique soit un manque de transparence de la part de ces derniers ou bien un niveau de connaissance sommaire du régime d'assurance collective de la part du RAC. Il apparaît également qu'environ 50 % des intermédiaires qui sont rémunérés en fonction d'un pourcentage des primes totales divulguent ce pourcentage.

⁶⁸ LDPSF, à l'alinéa 3(3). Le membre d'une société de secours mutuels ne garantissant pas le versement d'une prestation dans le cas de la réalisation d'un risque qui place des polices pour celle-ci n'est pas considéré non plus comme un représentant en assurance de personnes. Un représentant exerce ses activités selon la ou les catégories de discipline pour laquelle ou lesquelles il est autorisé à agir par certificat de l'AMF. L'assurance de personnes, l'assurance collective de personnes, l'assurance de dommages, l'expertise en règlement des sinistres et la planification financière constituent toutes des disciplines supervisées par l'AMF. Voir la LDPSF, à l'article 13. Le représentant est libre d'exercer ses activités de manière autonome ou pour le compte d'un cabinet ou de plusieurs cabinets. LDPSF, à l'article 14.

⁶⁹ Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, *Prendre en main nos assurances collectives : C'est dans notre intérêt!*, 2013, à la page 7.

Figure 3 : Degré avec lequel les répondants considèrent que l'intermédiaire travaille suffisamment fort pour trouver des assurances à un prix raisonnable



Source : Calcul des auteurs à partir de l'enquête auprès des entreprises.

Malgré cela, notre enquête montre que les répondants sont généralement satisfaits des efforts déployés par les intermédiaires pour leur trouver des contrats d'assurance collective à des prix raisonnables. La Figure 3 montre le degré avec lequel les répondants sont d'accord avec l'affirmation suivante : l'intermédiaire avec lequel vous faites affaire travaille suffisamment fort pour vous offrir le meilleur produit d'assurance à un prix raisonnable. Une valeur de 1 indique qu'ils sont totalement en désaccord avec l'affirmation, et une valeur de 10 indique qu'ils sont totalement en accord avec l'affirmation. Les barres grises présentent l'information fournie par les directeurs généraux (ci-après « DG ») et les barres noires, celle fournie par les personnes responsables des assurances collectives (ci-après « RAC »). Dans les deux cas, on note que la majorité des répondants sont en accord avec l'affirmation présentée, puisque la réponse moyenne est de 8,04 pour les DG et de 8,30 pour les RAC. En moyenne, les DG sont donc légèrement plus critiques que les RAC envers le travail de l'assureur, mais cette différence n'est pas significative⁷⁰.

⁷⁰ La statistique t calculée est inférieure à 1,96.

Ajoutons que le courtier, ou représentant, est toujours considéré comme l'agent de l'assureur relativement au paiement de la prime⁷¹, ce qui a pour but de protéger l'assuré contre, notamment, la fraude d'un courtier qui déciderait de disparaître avec le montant des primes payées par ses clients. Un représentant a également des obligations de continuité du service à offrir au client. Il est tenu d'offrir un traitement équitable, c'est-à-dire de faire preuve de diligence et de disponibilité à l'égard de son client et d'agir avec célérité dans l'exécution des mandats qui lui sont confiés⁷².

Il est également possible pour un assureur d'offrir des produits d'assurance par l'entremise d'un distributeur. Un distributeur est une personne qui offre, pour le compte d'un assureur et de manière accessoire à ses activités, un produit d'assurance afférent uniquement à un bien qu'elle vend⁷³. Lorsque le distributeur reçoit pour la vente une rémunération qui excède 30 % de son coût, il doit la dévoiler au client⁷⁴. Étrangement, une telle obligation n'existe pas pour les représentants d'assurances de personnes. À la demande de l'AMF, l'assureur doit également déclarer la rémunération qu'il accorde à un distributeur pour la vente d'un produit⁷⁵.

1.2.4. Les preneurs

Les preneurs sont des groupes déterminés selon la LAM qui ont à charge l'étude et la conclusion des propositions des intermédiaires d'assurance et des compagnies d'assurance pour leurs membres. Les preneurs de régime sont habituellement les organisations qui offrent des programmes d'assurance collective à leurs employés ou à leurs membres. Ceux-ci font généralement affaire avec des conseillers spécialisés et des actuaires afin de trouver les régimes offrant les meilleurs prix. Les preneurs sont libres de définir les protections, de choisir l'assureur, de mener les négociations et d'utiliser les ristournes à leur guise si celles-ci sont prévues au contrat d'assurance. Le preneur a également accès à toute l'information relative à l'administration du régime, à la gestion des réclamations ou encore au rapport d'expérience de groupe, mais cette gestion requiert du temps et des ressources, surtout qu'en cas de manquement le preneur sera le premier à être poursuivi par l'adhérent. Des compagnies s'occupant uniquement de

⁷¹ LDPSF, à l'article 102.

⁷² Ces obligations découlent en particulier de l'article 16 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, L.R.Q., c. D-9.2., ainsi que des articles 4, 23 et 24 du *Code de déontologie de la Chambre de la sécurité financière*, R.R.Q., c. D-9.2, r.3, tiré de l'Avis relatif aux obligations des représentants et des assureurs quant au service offert aux clients en vertu de contrats d'assurance de personnes - clientèle orpheline, 23 mai 2013, consulté en ligne :

<<https://www.lautorite.qc.ca/files//pdf/reglementation/distribution/avis/2013mai23-avis-clients-orphelins-fr.pdf>>.

⁷³ LDPSF, à l'article 408.

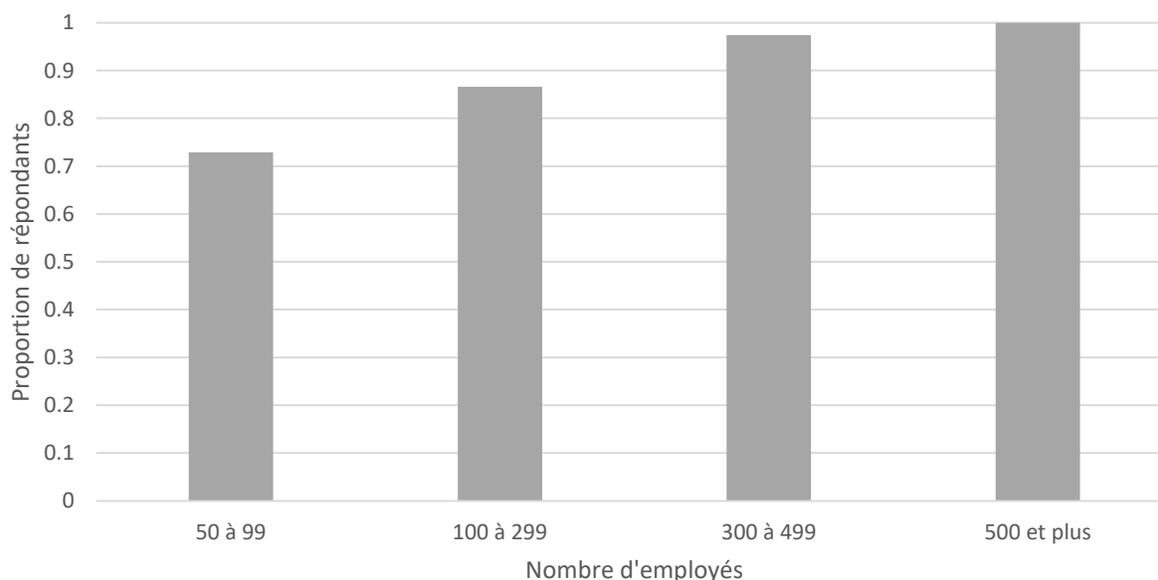
⁷⁴ LDPSF, à l'article 431.

⁷⁵ LDPSF, à l'article 432.

l'administration des régimes d'assurance collective offrent donc leurs services afin de libérer le preneur de cette gestion.

Selon le degré d'implication syndicale, les syndicats, qui ont comme principale tâche de défendre les intérêts de leurs membres, peuvent eux aussi collaborer avec l'employeur, devenir copreneur d'un régime ou même preneur. Bien que la loi oblige l'assureur à fournir la police aux adhérents, toutes autres informations, tels les détails du groupe ou le contrat-cadre, n'ont pas à être divulguées aux employés si le syndicat n'est pas copreneur⁷⁶.

Figure 4 : Proportion d'entreprises qui offrent des assurances collectives



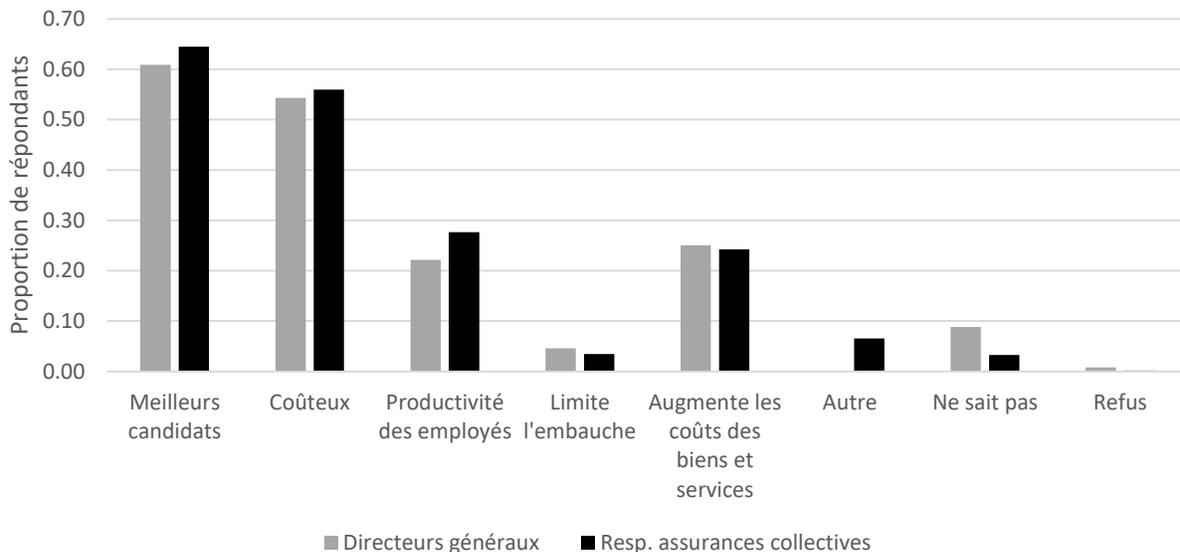
Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Les résultats du volet B de l'enquête indiquent que 80 % des entreprises sondées offrent des assurances collectives à leurs employés. La Figure 4 montre que plus la taille de l'entreprise augmente plus la proportion d'entreprises qui offrent des assurances augmente. Au total, nous comptons 2,4 millions d'employés assurés par les entreprises sondées dans l'enquête. En guise de comparaison, selon les données de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ci-après « ACCAP »), 7,4 millions de personnes détenaient une assurance privée, qu'elle soit collective ou individuelle, au Québec en 2015. Nous savons que 67 % des primes totales ont été versées par les détenteurs d'assurances collectives. Si nous supposons que 67 %

⁷⁶ Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, *Prendre en main nos assurances collectives : C'est dans notre intérêt!* 2013, à la page 18.

des assurés ont donc souscrit une assurance collective, ceci implique que 4,9 millions de personnes sont couvertes par ce type d'assurance. Cependant, ce nombre n'est pas directement comparable avec les résultats de l'enquête, puisqu'il inclut les employés des entreprises de moins de 50 employés. Au total, en 2015, les entreprises de cette taille employaient environ 2,6 millions de personnes⁷⁷. Bien qu'il ne semble pas exister de chiffres sur le nombre d'entreprises de moins de 50 employés qui offrent des assurances collectives, une étude datant de 2008 montre que 24 % des entreprises de 1 à 4 employés offrent un régime de retraite à leurs employés⁷⁸. Pour les entreprises de 5 à 19 employés, ce pourcentage passe à 26 %. Il est de 52 % pour celles qui ont de 20 à 99 employés. Si nous supposons que ce pourcentage capte la proportion d'entreprises de moins de 50 employés qui offrent des assurances collectives, ceci implique que 731 000 personnes sont assurées. En soustrayant ce nombre des 4,9 millions d'assurés, nous constatons que les entreprises de 50 employés ou plus offrent une assurance collective à 4,2 millions de Québécois. Notre enquête, avec un échantillon de seulement 700 répondants, nous permet donc de capter environ 60 % du total.

Figure 5 : Vision des assurances collectives



Source : calculs des auteurs à partir de l'enquête auprès des entreprises.

⁷⁷ Statistique Canada, Tableau 552-0002 - Nombre d'entreprises canadiennes, emplacements avec employés, selon les tranches d'employés et le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), Canada et Provinces, juin 2015.

⁷⁸ Régie des rentes du Québec, *Profil des PME aptes à implanter un instrument d'épargne retraite pour leurs employés*, 2008, consulté en ligne : <<https://www.rrq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/www.rrq.gouv.qc/Francais/publications/rcr/etudes/EtudePME2008.pdf>>.

Puisque les employeurs n'ont pas l'obligation d'offrir des assurances collectives, qu'est-ce qui les motive à le faire? L'enquête montre qu'environ 60 % des RAC et des DG considèrent qu'elles sont un outil nécessaire pour attirer les meilleurs candidats (voir Figure 5). En contrepartie, ils sont presque aussi nombreux à trouver que les assurances collectives sont très coûteuses, même si l'employeur peut déduire les primes du revenu de l'entreprise. Les résultats entre les DG et les RAC sont très similaires, indiquant que la vision globale des assurances collectives ne change pas en fonction du rôle du répondant au sein de l'entreprise. Parmi les entreprises qui n'ont jamais offert d'assurances collectives, c'est principalement le refus des employés (27 % des RAC et 21 % des DG ont sélectionné cette réponse) et le coût élevé des assurances qui expliquent la décision de ne pas en offrir (41 % des RAC et 55 % des DG ont sélectionné cette réponse).

Selon le Code civil du Québec, « le contrat d'assurance est formé dès que l'assureur accepte la proposition du preneur⁷⁹ ». Pour être en mesure d'établir une proposition à la hauteur de ses besoins, le preneur peut, comme nous l'avons indiqué, avoir recours aux conseils d'un représentant qui s'en chargera. En outre, le preneur (ou son représentant) peut fonctionner par appels d'offres ou invitations à soumissionner aux assureurs. Si le preneur fonctionne par un appel d'offres, il sera requis de la part du représentant d'inclure à son rapport une comparaison des garanties et des coûts et les divergences observées d'une offre à l'autre⁸⁰. Au moment de rendre ces services, le représentant en assurance collective devra remettre à la personne ressource désignée auprès du preneur un rapport écrit de ses recommandations⁸¹. Le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* interdit au contrat-cadre de prévoir une rémunération au preneur « autre que le remboursement des frais réellement engagés par lui pour l'administration du contrat⁸² ». Il est également prévu que :

[a]ucune participation aux profits ni aucune ristourne sur l'expérience d'un contrat d'assurance collective sur la vie ou la santé des débiteurs ne peuvent être versées, directement ou indirectement au preneur, que ce soit pendant la durée du contrat ou après son échéance, sauf lorsque les primes sont entièrement payées par le preneur. Toutefois, le contrat-cadre peut stipuler que des ristournes sur l'expérience ou des participations aux profits sont payables rétroactivement aux adhérents, qu'elles peuvent

⁷⁹ Code civil du Québec, (ci-après « CcQ »), à l'article 2398.

⁸⁰ LDPSF au paragraphe 8.1 (2) 2) b).

⁸¹ LDPSF, à l'article 9.1. Un représentant en assurance de personnes faisant souscrire un produit d'assurance individuelle de personnes ou une rente individuelle doit remettre au client, au plus tard au moment de la livraison de la police, un document indiquant les coûts payables, les rendements qui sont garantis ou non, si le capital est garanti ou s'il peut fluctuer, les exclusions particulières dont le contrat est affecté et les frais de rachat ou des pénalités exigibles en cas de retrait. Voir la LDPSF, à l'article 16.

⁸² *Règlement sur l'application de la Loi sur les assurances*, ch. A-32, r. 1, à l'article 85.

servir à réduire les primes ou qu'elles sont laissées en dépôt chez l'assureur dans le but de réduire des primes futures⁸³.

Pour toutes les formes d'assurances, l'article 60 du *Règlement d'application de la loi sur les assurances*⁸⁴ prévoit qu'un groupe déterminé doit répondre à la définition d'un employeur, d'un syndicat, etc., mais que « nul ne peut constituer un groupe déterminé de personnes dans le seul but de conclure un contrat d'assurance collective⁸⁵ ». Depuis l'adoption de cet article en 2009, les preneurs ne peuvent donc plus se regrouper aussi aisément pour obtenir un plus grand nombre d'adhérents et une force économique plus importante et attrayante auprès des assureurs. Aux yeux de la LAM, un groupe de personnes déterminé représente soit un ordre professionnel, une association professionnelle qui regroupe des membres d'un ou de plusieurs ordres professionnels, une association qui regroupe des membres exerçant un même métier ou un même travail ou un syndicat ou une association de salariés⁸⁶.

Il est important de mentionner qu'aucune disposition n'oblige les employeurs à offrir une assurance à leurs employés. Nous rappelons toutefois que l'employeur qui offre une assurance collective doit offrir, par le fait même, l'assurance médicaments à ses employés⁸⁷. Par ailleurs, nous ne notons aucune obligation légale pour l'employeur – ou le preneur – de contribuer au régime collectif d'assurance de ses employés. L'ampleur de la contribution de ces derniers sera considérée comme des avantages sociaux offerts lors de l'embauche. Nécessairement, la teneur de la contribution du preneur aura un impact direct sur la teneur de la participation financière de l'adhérent.

⁸³ *Id.*, à l'article 84.

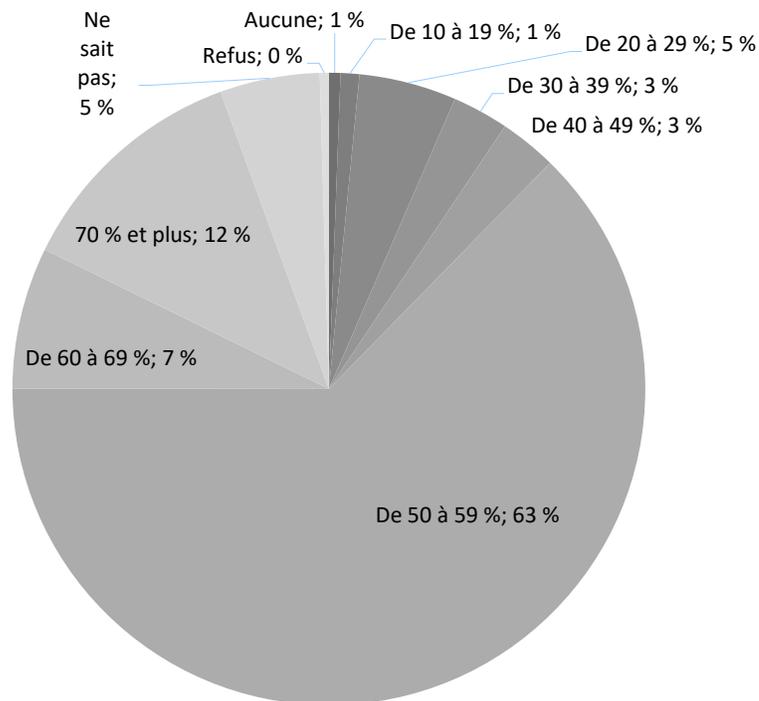
⁸⁴ *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, RLRQ, chapitre A-32, r.1., à l'article 60.

⁸⁵ *Id.*, note 67, à l'alinéa 60(2).

⁸⁶ LAM, à l'article 15.1.

⁸⁷ LAM, à l'article 35.

Figure 6 : Pourcentage de contribution des employeurs aux assurances collectives



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Notes : Le pourcentage qui suit le nom de la catégorie correspond au pourcentage de répondants qui se trouvent dans chaque catégorie.

Bien que les employeurs ne soient pas obligés de contribuer aux assurances collectives des employés, les résultats du volet B de l'enquête montrent que la majorité (99 %) d'entre eux le font. Tel qu'illustré à la Figure 6, la plupart d'entre eux participent à la hauteur de 50 à 59 %.

La décision de l'employeur d'offrir ou non une assurance a un effet sur la population assurée par le régime public. Si les employeurs qui offrent un régime d'assurance médicaments sont ceux qui ont les employés en meilleure santé, le régime public se retrouve avec une population qui, en moyenne, coûte plus cher que celle couverte par les régimes privés. Nous reviendrons sur ce point dans l'analyse économique du marché.

Il est pertinent et intéressant de noter que, pour faire face à ce problème d'accès à l'information quant aux produits d'assurance, l'*Obama Care* a mis en place des processus « d'échange » inter-états visant à subventionner et à offrir à des individus et à des petites et moyennes entreprises des

mécanismes facilitant la comparaison des prix des couvertures d'assurance collective à l'échelle du pays⁸⁸.

1.2.5. Les services pharmaceutiques

Au Québec, en 2016, la quasi-totalité des 2 048 pharmaciens propriétaires exerce leur profession sous l'une des vingt bannières affiliées à l'un des six regroupements de pharmacies, soit le Groupe Jean-Coutu, Uniprix, Familiprix, Proxim, Brunet et Pharmaprix. On compte uniquement 33 pharmacies indépendantes dans toute la province de Québec⁸⁹. Ces bannières offrent aux pharmaciens propriétaires un soutien logistique et promotionnel et s'approvisionnent de plus en plus souvent en vrac auprès des fabricants, afin de redistribuer ces médicaments sous leur marque privée.

Selon les données du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation, il y aurait 33 entreprises pharmaceutiques innovatrices⁹⁰ au Québec et 50 entreprises de fabrication de médicaments (dont 11 entreprises qui fabriquent des médicaments génériques et 39 entreprises de fabrication à contrat) en 2016⁹¹. On dénombre 12 grossistes-distributeurs autorisés par la RAMQ sur le territoire de la province en 2015⁹². Le service de grossiste-distributeur est également offert par certaines bannières, dont le Groupe Jean-Coutu et Pharmaprix. Ces grossistes s'approvisionnent et distribuent les médicaments des fabricants aux pharmacies communautaires et hospitalières, partout au Québec. Depuis le 1^{er} avril 2012 leur marge bénéficiaire est fixée par le gouvernement à 6,5 % du prix de vente garanti payé par le pharmacien et est plafonnée à 39 \$ pour certains médicaments dispendieux (produits dont le prix de vente garanti est de 600 \$ ou plus⁹³). Pour se distinguer de leurs compétiteurs, les grossistes et les chaînes et bannières cherchent de plus en plus à conclure des ententes d'exclusivité avec les fabricants de génériques, bien que cela soit reproché par l'Ordre des pharmaciens, qui juge ces pratiques susceptibles de

⁸⁸ Mark A.Hall, Ira ark Ellman et David Orentlicher, *Health Care Law and Ethics in a Nutshell*, 3^e édition, West-Thomson Reuters, 2011, à la page 234.

⁸⁹ Association québécoise des pharmaciens propriétaires, *Portrait de la pharmacie au Québec*, 2014, à la page 10.

⁹⁰ Les entreprises pharmaceutiques innovatrices sont des entreprises qui « réalisent ou gèrent toutes les étapes du développement d'un nouveau médicament, de la R-D à la commercialisation, ou qui concentrent la majeure partie de leurs dépenses à la commercialisation de médicaments de marque ». Ministère de l'Économie de la Science et de l'Innovation, *Entreprises pharmaceutiques innovatrices (produits brevetés)*, Gouvernement du Québec, décembre 2016.

⁹¹ Ministère de l'Économie de la Science et de l'Innovation, *Entreprises pharmaceutiques génériques et fabrication à contrat*, gouvernement du Québec, décembre 2016.

⁹² Régie de l'assurance maladie du Québec, *Liste de médicaments*, Annexe III, juillet 2015, aux pages 8-10.

⁹³ Cambourieu, C., Hollis, A., Grootendorst, P. et Pomey, M.-P., Fixation des prix des médicaments génériques au Québec, 2013, à la page 13, consulté en ligne <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/Medicaments/CSBE_Politiques_prix_generique_juin_2013.pdf>. *Liste des médicaments*, mise à jour le 3 octobre 2016, aux pages 3 et 5, consulté en ligne <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/liste_med/liste_med_2016_10_03_fr.pdf>.

miner l'indépendance professionnelle des pharmaciens, qui se voient influencés dans le choix de certains médicaments génériques⁹⁴.

Le pharmacien ou une chaîne de pharmacies peuvent-ils revêtir le rôle d'assureur? Nous savons que les employeurs peuvent offrir une assurance à leurs employés (voir la section 2.2.2. de ce rapport). L'article 2 du *Règlement sur l'exercice des activités des représentants* mentionne certaines occupations dites incompatibles avec l'exercice des activités des représentants en assurance. L'exercice d'une profession de la santé régie par le *Code des professions*⁹⁵, y compris de la profession de pharmacien, est l'une d'entre elles. Le *Code de déontologie des pharmaciens* prévoit également que :

Le pharmacien doit s'assurer qu'aucune des activités qu'il exerce dans le cadre d'une fonction ou d'une entreprise, et qui ne constituent pas l'exercice de la pharmacie, ne compromette le respect de ses obligations déontologiques, notamment celle de préserver l'honneur, la dignité et l'intégrité de la profession⁹⁶.

Par ailleurs, bien que rien ne proscrive expressément aux chaînes et aux bannières d'offrir des produits d'assurance, dans la mesure où un pharmacien en est propriétaire, il est pertinent d'envisager la présence d'un conflit d'intérêts potentiel. En effet, nous pouvons lire dans un avis de l'AMF ce qui suit :

Les incompatibilités prévues aux articles 2 et 3 du Règlement sont des cas où le conflit d'intérêts ou l'apparence de conflit d'intérêts est évident et sans équivoque. La liste n'est cependant pas exhaustive : d'autres occupations peuvent être considérées incompatibles.

L'évaluation de l'incompatibilité de ces autres occupations ou situations s'effectue notamment en fonction de la détermination de l'existence ou non d'un conflit d'intérêts ou d'apparence de conflit d'intérêts.

Lorsqu'une personne est autorisée par l'Autorité à exercer comme représentant tout en ayant d'autres occupations, il est de son devoir de s'assurer de respecter en tout temps les règles qui régissent ses activités

⁹⁴ Vincent Larouche, *200 pharmaciens dans l'embaras*, La Presse, 19 février 2015.

⁹⁵ *Code des professions*, chapitre C-26.

⁹⁶ *Code de déontologie des pharmaciens*, chapitre P-10, r. 7, à l'article 12.

de représentant, dont ses obligations déontologiques. En effet, même si un double emploi est permis parce que jugé *a priori* non incompatible, un représentant doit s'assurer, en tout temps, de ne pas se placer dans une situation de conflit d'intérêts. Ceci peut vouloir dire, par exemple, de ne pas agir auprès de la même clientèle dans l'exercice de ses deux occupations⁹⁷.

Considérant ce qui précède, nous pourrions envisager que, dans l'éventualité où une chaîne de pharmacies (bannière ou franchise) souhaiterait offrir des produits d'assurance à ses clients, l'AMF pourrait considérer que cette activité fait double emploi et implique un conflit d'intérêts. À notre connaissance, aucune chaîne ou bannière n'a encore proposé de produits d'assurance de personnes. Nous pourrions par ailleurs nous demander si l'AQPP pourrait revêtir le chapeau d'assureur de personnes. Cette question mérite d'être étudiée plus amplement, particulièrement à la lumière du mandat de l'AQPP qui lui est conféré par ses membres.

1.2.6. Les adhérents (ou consommateurs)

Les adhérents (ou pour les fins de la présente étude, les consommateurs) sont membres d'un groupe déterminé qui, en échange du paiement d'une prime, reçoit la couverture d'une police d'assurance. Cette police peut être individuelle, c'est-à-dire choisie directement par l'assuré, ou collective, c'est-à-dire choisie et négociée par le preneur.

Les adhérents, ou consommateurs de produits d'assurance, ont très peu de choix dans le marché de l'assurance médicaments. Si leur employeur leur offre une assurance privée, ils sont dans l'obligation d'y souscrire à moins qu'une autre assurance privée leur soit accessible (p. ex. par leur ordre professionnel ou l'entremise de leur conjoint) et que leur employeur accepte qu'ils y souscrivent. Le contribuable type de ces régimes d'assurance collective est un travailleur syndiqué dont le salaire médian est de 40 000 \$ par année⁹⁸. Comme nous l'avons indiqué, ce n'est que lorsqu'aucune assurance privée ne leur est accessible qu'ils doivent adhérer au régime public d'assurance médicaments.

⁹⁷ Autorité des marchés financiers, *Avis relatif à l'application du Règlement sur l'exercice des activités de représentants*, RRQ, c.9.2, r.10 (*Loi sur la distribution de produits et services financiers*), à la page 1, consulté en ligne :

<<https://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/reglementation/distribution/avis/2013juil25-avis-interpretation-exerciceRep-fr.pdf>>.

⁹⁸ Tiré d'Extraits tirés du journal des débats, 41^e législature, 1^{re} session (début 20 mai 2014), séance du mercredi 24 février 2016, vol. 44 no 96, Consultation particulières et auditions publiques sur le projet de loi no 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres, à partir de 16 h 4, échange entre Lynn Duhaime, présidente de l'ACCAP et le ministre Barrette, consulté en ligne <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-41-1/journal-debats/CSSS-160224.html#debut_journal>.

Une des décisions que peut toutefois prendre l'adhérent est celle du lieu de prestation du service pharmaceutique. Il s'agit d'ailleurs d'un droit reconnu que celui de pouvoir choisir le pharmacien de son choix. Pour les adhérents qui sont couverts par le régime public, ce choix n'aura pas d'effets sur le coût final du médicament, puisque les honoraires du pharmacien sont les mêmes au sein de toute pharmacie⁹⁹. Pour les adhérents à une assurance privée, le coût des médicaments peut varier d'une pharmacie à l'autre, puisque les honoraires des pharmaciens ne sont pas balisés. Cependant, au sein d'une même pharmacie, les honoraires pour les patients qui détiennent une assurance privée doivent être les mêmes. Plusieurs raisons existent pour expliquer l'écart d'honoraires entre les pharmacies, que ce soit l'ampleur des services offerts par les pharmaciens ou les écarts observés dans les loyers payés par les pharmacies. Il importe de mentionner que les pharmaciens ne sont pas les seuls professionnels de la santé dont les honoraires varient d'un établissement à l'autre. En effet, les dentistes et les physiothérapeutes, par exemple, se trouvent dans la même situation.

Les adhérents qui prendraient le temps d'évaluer le coût des médicaments dans différentes pharmacies pourraient choisir celle où les honoraires des pharmaciens sont les moins élevés pour les médicaments qu'ils consomment, en fonction de la qualité des services offerts. Mais en réalité, nous notons que les consommateurs font peu souvent cette démarche de comparaison des prix entre les pharmacies du fait qu'elle implique de faire remplir une prescription dans différentes pharmacies et de comparer la facture, le montant des honoraires n'étant pas, au moment d'écrire ce rapport, spécifié sur la facture du client, ni divulgué au comptoir. Le coût, en temps, de comparer les prix est donc important. Bien entendu, ce coût est également présent pour les autres services couverts par les assurances collectives (examen chez le dentiste ou séance de physiothérapie, par exemple).

Les adhérents auront en fait plutôt tendance à choisir une pharmacie selon son emplacement et selon la qualité des services qui y sont offerts. D'ailleurs, environ 71 % des gens effectuent leurs achats courants (alimentation et pharmacie) dans deux magasins ou moins en 2007. Une étude portant sur la situation québécoise, qui est en ligne avec ce qui est rapporté dans la littérature¹⁰⁰ sur le sujet, montre que, pour une augmentation des prix des médicaments (payés à la pharmacie) de 10 %, l'achat est susceptible de diminuer de 1,2 à 1,6 % seulement¹⁰¹. D'un point de vue de la

⁹⁹ Voir section 3.1. relative à l'écart du coût entre le secteur public et le secteur privé.

¹⁰⁰ Ringel, Jeanne S., Hosek, Susan D., Vollaard, Ben A. and Mahnovski, S, *The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*, National Defense Research Institute, RAND Health.

¹⁰¹ Contoyannis, P., Hurley, J., Grootendorst, P., Jeon, S.-H., et Tamblyn, R., Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada, 2005. *Health Economics*, 14(9), 909–923.

théorie économique, il s'agit d'une élasticité faible et donc qui donne droit, en l'absence de compétition sur les prix, à des marges bénéficiaires plus importantes. Le concept d'élasticité-prix des médicaments est repris plus en détail à la page 107.

Enfin, l'adhérent peut aussi choisir de travailler pour une entreprise qui offre ou non des assurances médicaments. Les résultats de l'enquête montrent d'ailleurs que les employeurs considèrent que les assurances collectives sont très importantes pour les employés et qu'elles sont un outil nécessaire pour attirer et retenir les meilleurs travailleurs. Cependant, un tel choix n'est pas réaliste pour l'ensemble de la population.

1.2.7. Les autres acteurs

De nombreux autres acteurs de cette vaste industrie peuvent être identifiés. Dans le domaine de la pharmacie, nous retrouvons, par exemple, l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), qui mène des négociations communes provinciales-territoriales pour les médicaments novateurs au Canada afin que les programmes publics d'assurance médicaments et les patients en obtiennent plus pour leur argent. En date du 1^{er} avril 2016, ces efforts de collaboration entre les provinces et les territoires ont permis de conclure 95 négociations communes (ententes d'inscription confidentielles) pour des médicaments novateurs et des réductions de prix pour 18 médicaments génériques, générant ainsi des économies annuelles combinées de plus de 712 millions de dollars¹⁰².

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires a quant à elle le mandat de négocier des ententes collectives avec le MSSS, les tiers payeurs et le Partenariat fédéral (Anciens combattants, membres de la Gendarmerie Royale du Canada, représentants des Premières Nations et des Forces canadiennes) au nom des 2 048 pharmaciens propriétaires qu'elle représente. L'Ordre des pharmaciens du Québec a quant à lui pour mission de veiller à la qualité des soins et des services pharmaceutiques offerts par les pharmaciens au Québec et est responsable des normes professionnelles et de la discipline des pharmaciens. L'Association des bannières et chaînes de pharmacie du Québec a pour sa part comme mandat d'étudier, de défendre et de développer les intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres et de leurs pharmacies affiliées.

¹⁰² Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, *Leadership en matière de santé - Rapport aux premiers ministres des provinces et territoires sur les réalisations du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé 2013-2016*, juillet 2016, à la page 2, consulté en ligne <http://www.pmprovincesterritoires.ca/phocadownload/publications/fr-july_2016_hciwg_report.pdf>.

Dans le domaine des assurances, les acteurs et associations sont d'autant plus nombreux. On retrouve bien entendu l'AMF, mais également la Chambre de la sécurité financière. Cette dernière représente les intérêts des représentants en assurances et a pour mission d'assurer la protection du public en maintenant la discipline et en veillant à la formation et à la déontologie des représentants¹⁰³ par l'entremise d'un comité de discipline formé d'avocats¹⁰⁴.

Au Canada, on retrouve le pendant fédéral de l'AMF, soit le Bureau du surintendant des institutions financières, qui est responsable de la surveillance de la solidité des institutions financières en vertu des lois fédérales ou provinciales, à l'exception du Québec. L'AMF et le bureau du surintendant sont tous deux membres de l'Association des contrôleurs d'assurances, une association internationale, ainsi que du Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance (<http://www.ccir-ccrra.org/fr/about/>).

Tous les assureurs de personnes du Canada doivent également être membres d'Assuris (anciennement la Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes), une société à but non lucratif chargée de protéger les assurés canadiens en cas de faillite de leur compagnie d'assurance vie.

Au Québec, le fonctionnement et la gestion du système de mutualisation sont confiés à la Société de compensation en assurance médicaments du Québec, une entité sans but lucratif qui relève de l'industrie des assurances de personnes (<http://mutualisation.ca/>), alors qu'à l'échelle canadienne, on retrouve également l'ACCAP, une association à but non lucratif dont les membres détiennent des assurances vie et maladie au Canada et se consacrent au développement du marché de l'assurance¹⁰⁵.

Plus globalement, il est possible d'identifier d'autres acteurs tels l'Association canadienne des institutions financières en assurance, une association sans but lucratif qui se consacre au développement d'un marché de l'assurance ouvert et flexible (<http://www.cafii.com/fr/about>), l'Association professionnelle des Conseillers en Services financiers (<http://www.regroupement.ca/index.php>), l'Association des courtiers d'assurances du Canada, dont est membre le Regroupement des cabinets de courtage d'assurance du Québec (<http://www.ibac.ca/About-IBAC/Regional-Associations.aspx>), le Conseil canadien sur la

¹⁰³ LDPSF, à l'article 312.

¹⁰⁴ LDPSF, à l'article 353.

¹⁰⁵ ACCAP, *Faits et statistiques Québec*, consulté en ligne : <<http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=mo&sqcid=412>>.

reddition de comptes (<http://www.cpab-ccrc.ca/>) ou encore l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières, qui est un organisme qui surveille les courtiers en placement et les opérations effectuées sur le marché boursier, y compris au Québec.

1.3. La contribution de l'adhérent et la prime

En matière d'assurance médicaments, la participation financière d'un assuré prend deux formes : une prime annuelle et une contribution financière maximale – établie mensuellement pour les adhérents du régime public¹⁰⁶. Cette contribution est composée d'une coassurance et/ou d'une franchise, selon que l'adhérent fait partie du régime public ou d'un régime privé d'assurance¹⁰⁷. Bien entendu, la coassurance et la franchise ne sont pas nécessairement égales pour tous les assurés du régime public ou du régime privé. Au public, le gouvernement québécois prélève les primes des assurés par la voie de la déclaration de revenus. Au privé, la prime est prélevée à même la paie des employés (les adhérents) et est souvent partagée avec l'employeur, le syndicat ou l'ordre professionnel (le preneur ou copreneur)¹⁰⁸.

1.3.1. La contribution maximale

Le RGAM garantit une contribution maximale pour tout adhérent. Selon l'article 11 de la LAM :

La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts.

La coassurance est la proportion du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui demeure à la charge de la personne couverte jusqu'à concurrence de la contribution maximale, une fois le montant de la franchise dépassé.

La contribution maximale est le montant total assumé par une personne couverte, au-delà duquel le coût des services pharmaceutiques et des médicaments est assumé entièrement par la Régie, l'assureur ou le régime d'avantages sociaux, selon le cas.

¹⁰⁶ LAM, à l'article 44.

¹⁰⁷ LAM, à l'article 11.

¹⁰⁸ LAM, à l'article 44.1.

En fonction du régime d'assurance, l'assuré paiera ainsi une coassurance, c'est-à-dire un pourcentage sur le montant de chacune de ses factures, et/ou une franchise, c'est-à-dire un montant forfaitaire entièrement à sa charge, payable avant que l'assuré reçoive un quelconque financement de la part de son régime d'assurance collective. Ces contributions sont mises en place pour que l'assuré, qui bénéficie des soins, participe au paiement des coûts. Ceci permet d'éviter que la répartition des montants de participation des assurés soit répercutée sur tous les assurés, indépendamment de leur utilisation des services. De plus, en fonction du montant de la franchise et de la coassurance, la prime sera plus ou moins élevée.

La LAM distingue clairement les dispositions particulières applicables pour le secteur public et le secteur privé. Au public, la contribution mensuelle maximale est de 87,16 \$ jusqu'au 30 juin 2017, pour une contribution annuelle maximale de 1 046 \$¹⁰⁹. En outre, la franchise et la coassurance sont plafonnées et déterminées par la LAM : 18,5 \$ par mois (pour un total de 226,50 \$ par année) pour la franchise¹¹⁰ et 34,5 % pour la coassurance¹¹¹.

1.3.2. La prime

En 2016, la prime annuelle maximale pour un assuré du secteur public est de 660 \$ par personne admissible. Les mineurs et les personnes atteintes de déficience fonctionnelle sont exemptés de payer une prime. Dans le secteur privé, la prime est variable et est ajustée sur une base annuelle par l'assureur au moment du renouvellement¹¹². Elle est établie en fonction d'une étude actuarielle portant sur « l'expérience du groupe », c'est-à-dire des montants réclamés par les assurés. Autrement dit, « l'expérience du groupe révèle des paiements de prestations élevées, plus la tarification des couvertures d'assurance sera dispendieuse¹¹³ ». En plus de devoir prélever sur la rémunération de chaque employé le montant de la prime¹¹⁴, l'employeur, nous l'avons indiqué, contribue fréquemment au copaiement de celle-ci; c'est pourquoi ce dernier a un intérêt certain à la voir diminuer plutôt qu'augmenter¹¹⁵.

¹⁰⁹ Régie de l'Assurance maladie du Québec, *Montants à payer pour les médicaments*, consulté en ligne : <<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/montant-a-payer-medicaments.aspx>>.

¹¹⁰ LAM, à l'article 26.

¹¹¹ LAM, à l'article 27.

¹¹² LAM, aux articles 23 et 24. Normadin BEAUDRY, *Un remède aux régimes privés d'assurance médicaments*, septembre 2013, à la page 4.

¹¹³ *Moreau c. Excellence, compagnie d'assurance*, 1999 CanLII 11490, QC CS, au paragraphe 14.

¹¹⁴ LAM, à l'article 44.1.

¹¹⁵ Ils ont fait part de leurs préoccupations à l'ACCAP. Voir projet de loi 81. En outre, aux États-Unis, une étude estime que le fait que les employeurs qui ne demandent pas une participation sur la prime ont diminué de 34 % en 2001 à 9 % en 2016. Sy Mukherjee, *Here's What's Really Making Your Health Insurance Premiums Go Up*, Fortune.com, 3 août 2016, consulté en ligne : <<http://fortune.com/2016/08/03/insurance-premiums-hospital-services/?iid=sr-link6>>.

Dans le secteur privé, la prime ou la cotisation afférente aux garanties du régime général doit être stipulée dans le contrat d'assurance collective ou être négociée ou agréée entre les parties. Il en est de même de la contribution sous forme de franchise ou de coassurance¹¹⁶.

Les résultats du volet B de l'enquête montrent que la prime annuelle médiane par employé pour l'assurance médicaments s'élève à 1 050 \$¹¹⁷. Nous avons choisi de présenter le montant médian plutôt que moyen afin d'éviter que les valeurs extrêmes ne biaisent le résultat. En effet, pour plusieurs répondants, les montants rapportés pour les primes totales et pour le pourcentage des primes totales qui est dédié à l'assurance médicaments résultaient en des primes annuelles par employé pour l'assurance médicaments qui nous semblent peu plausibles. Environ 32 % des répondants ont indiqué que les primes annuelles par employé étaient inférieures à 300 \$ ou supérieures à 2 000 \$. Cependant, les exclure ne change pas la prime médiane (1 056 \$ au lieu de 1 050 \$). De plus, il importe de préciser que nous avons pu calculer les primes pour l'assurance médicaments pour seulement 50 % des répondants dont l'entreprise offre des assurances collectives, ce qui semble suggérer qu'il y a une certaine confusion quant aux caractéristiques des contrats d'assurance collective au sein des entreprises.

Bien que les employés ne paient généralement pas la totalité de la prime annuelle, elle est environ 2,2 fois plus élevée que celle payée par les assurés du régime public¹¹⁸. Ceci peut, en partie, s'expliquer par le plus grand nombre de médicaments qui sont remboursés par les régimes privés par rapport au régime public. Plus le nombre de médicaments remboursés est élevé, plus la prime exigée sera importante. La prime pour les personnes assurées par un régime privé peut par ailleurs être plus élevée en raison de la couverture familiale. En effet, au public, les parents n'ont pas à payer de prime pour la couverture de leurs enfants. Aussi, nous le rappelons, les primes, au privé, reflètent le risque d'un groupe. Ceci n'est pas le cas en ce qui concerne le régime général d'assurance médicaments, qui est non seulement financé par les primes et les contributions des adhérents, mais aussi par le Fonds consolidé. Ce financement est d'autant plus nécessaire du fait

¹¹⁶ LAM, à l'article 44.

¹¹⁷ Pour pouvoir calculer les primes annuelles par employé pour l'assurance médicaments, nous avons commencé par calculer la portion des primes totales qui est dédiée à l'assurance médicaments. Puisque l'enquête nous fournit le pourcentage des primes totales qui est dédié à l'assurance médicaments en six catégories (moins de 30 %, de 30 à 39 %, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % et de 70 % et plus), nous avons multiplié les primes totales par le point milieu de chaque catégorie. Nous avons ensuite divisé ce montant par le nombre d'employés de l'entreprise. Ainsi, nous avons considéré que l'ensemble des employés de l'entreprise avaient une assurance médicaments. Ceci est susceptible de sous-estimer le montant des primes par employé, puisqu'il est possible que seule une fraction des employés bénéficie de l'assurance médicaments.

¹¹⁸ Nous avons divisé la prime médiane issue de l'enquête (1 050 \$) par la prime moyenne versée par les assurés du régime public (462 \$). La prime moyenne du secteur public a été calculée parmi les individus qui doivent payer des primes. L'année la plus récente pour laquelle nous avons pu calculer cette prime est 2013 (Revenu Québec, Statistiques fiscales des particuliers, 2013). Nous avons ramené tous les montants en dollars canadiens de 2015.

que la majorité des adhérents au régime public sont des personnes âgées de 65 ans et plus et, donc, des personnes à haut risque.

Pour 77 % des employeurs, le pourcentage de contribution à l'assurance médicaments est de 50 % ou plus, tandis que pour 14 % d'entre eux, il est de moins de 50 % (voir Figure 7). Il y a donc un pourcentage relativement faible de répondants qui ne sont pas en mesure d'identifier la contribution de l'employeur à l'assurance médicaments (9 %), et 37 % d'entre eux considèrent qu'il serait important d'avoir cette information.

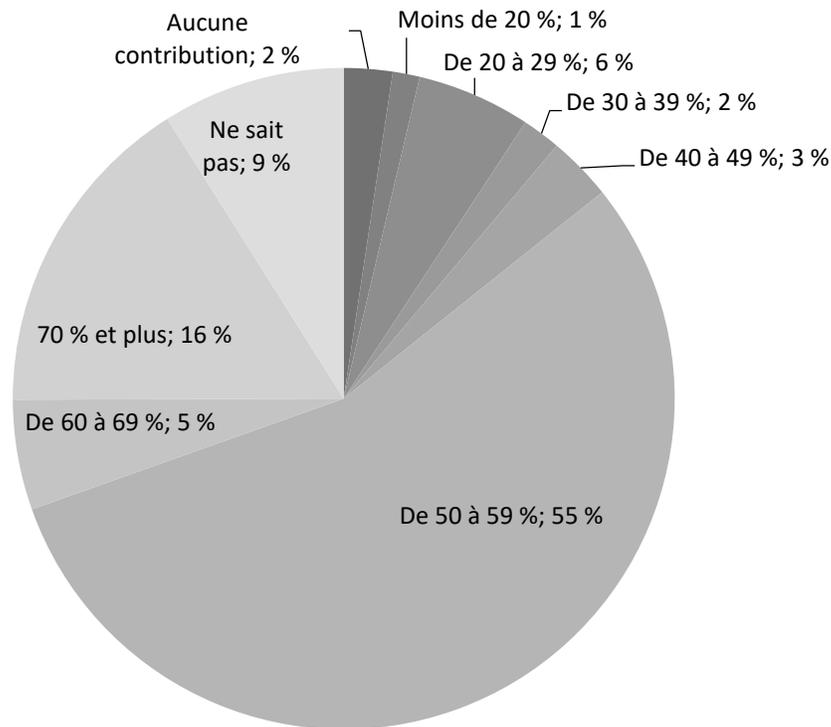
Les assureurs ont seulement l'obligation d'établir une contribution maximale et une coassurance ne dépassant pas celle du régime public¹¹⁹. Par contre, contrairement au régime public, la franchise peut être établie de façon annuelle¹²⁰; ce qui pose un problème pour les personnes qui changent d'emploi et donc de contrats d'assurance puisque leur contribution repart à zéro à chaque changement. L'enquête montre que 24 % des contrats n'ont pas de franchise. La franchise annuelle médiane est de 25 \$. Ceci indique que 50 % des contrats ont une franchise inférieure à 25 \$ et que 50 % des contrats ont une franchise supérieure à 25 \$. Il est préférable de rapporter la franchise médiane plutôt que la franchise moyenne, puisque cette dernière est tirée vers le haut en raison de quelques observations (moins de 2 %) qui ont indiqué que la franchise était supérieure à 500 \$¹²¹. On note également que 16 % des répondants ne sont pas capables d'identifier le montant de la franchise, ce qui semble élevé pour une question dirigée vers l'employé qui a la meilleure connaissance des assurances collectives de l'entreprise, indiquant un manque de connaissance des répondants.

¹¹⁹ LAM, à l'article 11.

¹²⁰ LAM, à l'article 44, sous réserve des articles 12 et 13 (et 13.1).

¹²¹ Pour les répondants qui ont indiqué que la franchise était supérieure au 99^e centile, nous avons recodé la réponse à « ne sait pas ».

Figure 7 : Pourcentage de contribution de l'employeur à l'assurance médicaments

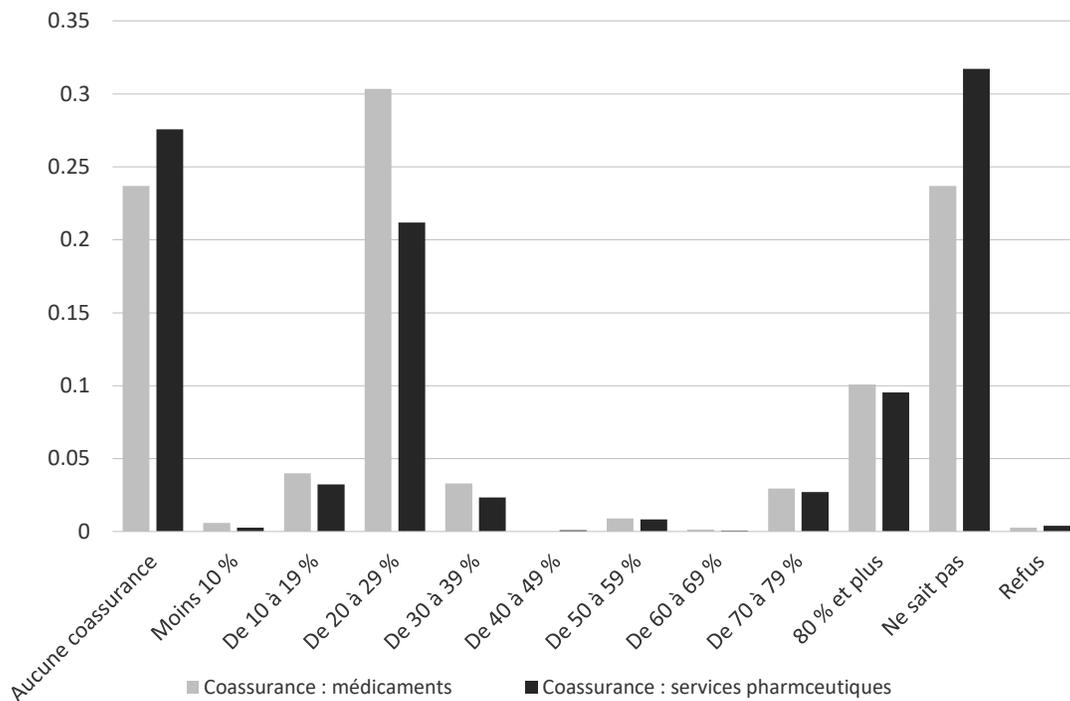


Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Notes : Le pourcentage qui suit le nom de la catégorie correspond au pourcentage de répondants qui se trouvent dans chaque catégorie.

Selon la loi, la contribution maximale exigible de l'assurée peut être ou non répartie sur une année par les assureurs privés. Les résultats de l'enquête montrent que 61 % des contrats d'assurance collective établissent la contribution maximale sur une base annuelle (volet B de l'enquête auprès des entreprises). Dans 24 % des cas, la contribution est répartie de manière mensuelle. Il importe de mentionner qu'environ 15 % des personnes sondées n'ont pu répondre à la question, indiquant que l'information n'est peut-être pas clairement transmise aux preneurs de contrats d'assurance. Cependant, pour déterminer si ceci est problématique pour certains assurés, il faudrait effectuer une enquête auprès des employés.

Figure 8 : Pourcentage de coassurances pour les médicaments et les services pharmaceutiques



Source : calcul des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

La Figure 8 montre que 24 % des contrats n'incluent pas de coassurance pour les médicaments. Dans 30 % des cas, les assurés doivent payer de 20 à 29 % de la facture. Pour les nouveaux services pharmaceutiques, tels que la prescription de médicaments pour les problèmes de santé mineurs et l'ajustement d'ordonnance, les résultats sont similaires, quoique la proportion de contrats qui incluent une coassurance de 20 à 29 % est plus faible (20 % au lieu de 30 %). Il est important de noter qu'un pourcentage élevé de répondants ne connaissent pas le pourcentage de coassurance pour les médicaments ou les nouveaux services pharmaceutiques. Bien qu'un tel résultat est compréhensible pour les nouveaux services pharmaceutiques, dans le cas des médicaments, ceci suggère que les RAC ont, somme toute, une faible compréhension des caractéristiques des contrats d'assurance collective. Ceci montre qu'il pourrait être difficile pour les employés qui ont des questions sur leurs régimes d'assurances collectives d'avoir des réponses satisfaisantes.

PARTIE 2 : L'ASSURANCE DE PERSONNES

Au Québec, le marché de l'assurance privée doit répondre à un cadre normatif relativement large et éparé, en constante évolution avec la réalité sociale et économique. À l'origine, ce marché a été réglementé pour assurer la compétitivité des compagnies québécoises et canadiennes (au regard

des compagnies étrangères) et leur solvabilité¹²². Aujourd'hui, l'assurance se divise en un ensemble de disciplines (santé, vie, dommages, etc.) et se soumet par la même occasion à une multitude de lois et d'instruments réglementaires variés. La principale source législative du droit des assurances, au Québec, est le chapitre XV du Code civil du Québec (ci-après « CcQ »), puisque le domaine de l'assurance revêt un caractère privé qui permet aux gouvernements provinciaux d'être compétents en la matière¹²³.

Les deux grandes familles d'assurance sont les assurances terrestres (articles 2398 à 2504 CcQ) et les assurances maritimes. L'assurance terrestre, qui nous intéresse, se subdivise en assurances de dommages (assurance de biens et assurance responsabilité) et en assurance de personnes (assurance vie, invalidité, médicaments, des frais médicaux, etc.¹²⁴). Bien entendu, d'autres lois, règlements, normes et lignes directrices complètent le paysage législatif.

La *Loi sur les assurances*¹²⁵, adoptée dans les années 1974-1976, sera modifiée plusieurs fois, mais reste, avec son Règlement d'application¹²⁶, la principale loi à laquelle les compagnies d'assurance du Québec doivent se conformer. Les représentants en assurance et les autres acteurs de l'industrie sont quant à eux soumis aux dispositions particulières de la *Loi sur la distribution des produits et services financiers* (ci-après « LDPSF »).

Dans cette seconde partie, nous nous intéresserons d'abord au fonctionnement et au modèle d'affaires des compagnies d'assurance de personnes pour ensuite nous concentrer sur la gestion administrative et financière de ces sociétés. Après quoi, les obligations de redditions de compte et de transparence des assureurs privés seront abordées.

2.1. Le fonctionnement et le modèle d'affaires des compagnies d'assurance

2.1.1. Le marché des assureurs privés au Canada

En 2015, l'industrie de l'assurance de personnes, avec 762 milliards de dollars d'actif total, emploie 148 600 Canadiens à travers le pays (dont 28 900 personnes au Québec). Elle remet plus

¹²² Spencer L. KIMBALL, *The purpose of insurance regulation: a preliminary inquiry in the theory of insurance law*, 1960-61, 45 *Minn. L. Rev.*, aux pages 471 et suivantes.

¹²³ *Hills c. Canada*, [1988] 1 RCS 513.

¹²⁴ Jean-François LAMOUREUX, *Le droit des assurances*, Collection de droit 2015-2016, Volume 6 – Contrats, sûretés, publicités des droits et droit international privé, à la page 85.

¹²⁵ Sébastien LANCÔT et Paul A. MELANÇON, *Commentaires sur le droit des assurances et textes législatifs et réglementaires*, Lexis Nexis, Montréal, 2008, p. 3 à 5.

¹²⁶ *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32, r. 1 (ci-après le « Règlement d'application »).

de 6,6 milliards de dollars en taxes et impôts aux différents paliers de gouvernement. Au Québec, les recettes fiscales associées aux assureurs de personnes s'élèvent à 1,6 milliard de dollars. On compte 87 assureurs de personnes actifs (dont 11 sociétés de secours mutuel et 3 fournisseurs sans but lucratif de protection de santé) sur le marché québécois et 104 sur le marché canadien (dont 12 sociétés de secours mutuel et 8 fournisseurs sans but lucratif de protection de santé)¹²⁷. Les assureurs à charte québécoise¹²⁸ accaparent 54 % des primes directes souscrites au Québec en 2015, contre 44,5 % pour les assureurs canadiens et 1,5 % pour les assureurs étrangers¹²⁹.

Les assureurs offrent des protections contre différents risques au moyen d'assurances vie, maladie et invalidité, de régimes de retraites et de produits d'épargne¹³⁰. Environ 7,4 millions de Québécois et 28 millions de Canadiens sont couverts par plusieurs types d'assurances collectives et individuelles. La majorité des personnes (les deux tiers) qui ont souscrit une assurance l'ont fait par l'intermédiaire de leur employeur ou d'une association et ont donc une assurance collective¹³¹.

Au total, les primes reçues (toutes assurances confondues) par l'industrie des assurances de personnes s'élèvent à 23,1 milliards de dollars au Québec et à 103,4 milliards au Canada en 2015¹³². En retour, les assureurs ont versé 16,7 et 84,2 milliards de dollars en prestations au Québec et au Canada, respectivement.

Au Canada, le marché privé de l'assurance médicaments appartient à la catégorie des assurances de personnes. Certains organismes, comme le Bureau fédéral du surintendant des institutions financières, considèrent l'assurance médicaments comme faisant partie de l'assurance vie dans ses statistiques¹³³. D'autres études, comme celles provenant de *MarketLine Advantage*, édition d'analyses sur le profilage de compagnies, considèrent plutôt l'assurance médicaments dans la catégorie « *non-life insurance* »¹³⁴. Plus généralement, des difficultés de traçabilité se font

¹²⁷ Ceci exclut les assureurs de dommages qui œuvrent également sur le marché des assurances de personnes.

¹²⁸ Les assureurs à charte québécoise sont des assureurs constitués en vertu des lois québécoises. L'Industrielle Alliance, par exemple, est un assureur à charte québécoise.

¹²⁹ Alain THÉRIAULT, *Assurance vie : première baisse des primes souscrites au Québec en 10 ans*, Journal des assurances, 19 septembre 2016, consulté en ligne : <<http://journal-assurance.ca/article/assurance-vie-premiere-baisse-des-primes-souscrites-au-quebec-en-10-ans/>>.

¹³⁰ Les régimes de retraite et les produits d'épargne sont parfois regroupés sous le terme de rentes. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, à la page 2.

¹³¹ *Id.*

¹³² Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, 15 septembre 2016, aux pages 4 et 5, consulté en ligne : <<http://clhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016>>.

¹³³ Bureau du surintendant des institutions financières, *Soutenir une économie forte et en croissance : préparer le secteur financier pour l'avenir*, (2016) consulté en ligne : <https://www.fin.gc.ca/activty/consult/ssge-sefc-fra.asp#_Toc459728748>.

¹³⁴ MARKETLINE ADVANTAGE, *Non-Life Insurance in Canada*, 2016, consulté en ligne : <<https://www.reportbuyer.com/product/2881307/non-life-insurance-in-canada.html>>.

ressentir puisque les assureurs ne distinguent pas leurs données en fonction des catégories d'assurance dans leurs rapports annuels. La difficulté est encore plus présente pour l'assurance médicaments puisque les employeurs peuvent offrir dans leur contrat d'assurance collective, en plus de l'assurance médicaments, une assurance complémentaire pour des services non assurés par le public (dentisterie, optométrie, etc.).

Toutes les compagnies d'assurance de personnes sont assujetties à la réglementation de la province où elles interviennent, et ce, au regard de la compétence constitutionnelle provinciale en matière d'assurance¹³⁵. Toutefois, le gouvernement fédéral veille également à la solvabilité financière des sociétés qui exercent sur son territoire¹³⁶ et peut donc partager cette compétence avec les provinces et les territoires. Tous les provinces et territoires – à l'exception du Québec – ont choisi de confier cet examen prudentiel au Bureau du surintendant des institutions financières. Ce Bureau vise à rehausser la sûreté et la solidité du système financier dans son ensemble et collabore étroitement avec les instances provinciales de réglementation et de surveillance¹³⁷.

En effet, tous les provinces et territoires disposent d'une ou de plusieurs organisations de surveillance complémentaires; on retrouve ainsi le Conseil du Trésor et Finances et la Commission des valeurs mobilières en Alberta, la Commission des institutions financières et la Commission des valeurs mobilières en Colombie-Britannique¹³⁸, la Direction de la réglementation des institutions financières et la Commission des valeurs mobilières au Manitoba¹³⁹, la Commission des services financiers et des services aux consommateurs au Nouveau-Brunswick, la Direction générale de la consommation et des affaires commerciales et la Commission des valeurs mobilières de Terre-Neuve-et-Labrador, le Bureau du surintendant des assurances et le Bureau des valeurs mobilières des Territoires du Nord-Ouest, la Division des services financiers et la Commission des valeurs mobilières de la Nouvelle-Écosse, le Bureau du surintendant des valeurs mobilières du Nunavut, la Commission des services financiers et la Commission des valeurs mobilières en Ontario¹⁴⁰, la Division de la consommation, du travail et des services financiers et le Bureau du surintendant des valeurs mobilières de l'Île-du-Prince-

¹³⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport sur l'application de la Loi sur les assurances et de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, mars 2013, p. 1, en ligne : <http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/autres/fr/AUTFR_loiassusoc.pdf>.

¹³⁶ *Loi sur les sociétés d'assurances*, L.C. 1991, c. 47, à l'alinéa 515(1).

¹³⁷ *Loi sur le Bureau du surintendant des institutions financières*, L.R.C. (1985), ch. 18 (3^e suppl.), partie I, à l'article 3, la définition d'« Institution financière » inclut les sociétés, sociétés de secours, sociétés étrangères ou sociétés provinciales régies par le *Loi sur les sociétés d'assurances*, L.C. 1991, ch. 47.

¹³⁸ British Columbia Securities Commission, en ligne : <http://www.bcsc.bc.ca/Search/Search_Results/?s=insurance>.

¹³⁹ La société d'assurance-dépôts du Manitoba, en ligne : <<http://depositguarantee.mb.ca/fr/deposit-guarantee/whats-covered-whats-not/>>.

¹⁴⁰ Commission des services financiers de l'Ontario : <<http://www.fSCO.gov.on.ca/fr/Pages/default.aspx>>.

Édouard¹⁴¹, l'Administration des affaires financières et des consommateurs en Saskatchewan et le Bureau du surintendant des valeurs mobilières du Yukon.

Le mandat de ces organismes provinciaux consiste essentiellement à appliquer les règles prudentielles mises en place par le Bureau du surintendant des institutions financières et à réglementer les pratiques de l'industrie dans le but de s'assurer que les consommateurs reçoivent un traitement équitable de la part des compagnies d'assurance et des fournisseurs de services de santé¹⁴².

Le Québec, pour sa part, encadre tous les aspects, y compris la réglementation prudentielle des compagnies d'assurance exerçant sur son territoire par le biais de la *Loi sur les assurances*¹⁴³ et de l'AMF. L'article 206 de cette loi prévoit expressément que « [t]oute personne morale qui n'est pas constituée en vertu d'une loi au Québec a, à l'égard des activités qu'elle exerce au Québec, les droits et obligations d'une compagnie d'assurance ou d'une société mutuelle constituée en vertu des lois du Québec[...] ». En comptant les compagnies constituées sous la loi provinciale, il y a plusieurs compagnies par actions qui participent au financement de l'assurance maladie privée en plus des sociétés de secours mutuel canadiennes et des fournisseurs sans but lucratif de protection santé. Au total, les compagnies d'assurance québécoises sont florissantes : elles représenteraient près de 1,3 % du PIB du Québec en 2012¹⁴⁴.

Annuellement, tout assureur doit préparer et déposer à l'AMF un état des résultats qui expose sa situation financière. L'état des résultats et le bilan doivent notamment comprendre les placements et prêts de l'assureur, les espèces en caisse et en banque, les autres actifs de l'assureur, les sommes dues aux assurés, le capital-actions souscrit et payé, les revenus en primes et cotisations, les autres revenus de l'assureur (typiquement ceux de ses placements), les sinistres, les salaires, les commissions, les cotisations et la variation des provisions. Il n'est cependant pas requis que ces informations soient subdivisées plus précisément que par catégorie d'assurance, ce qui rend très difficile l'obtention de données concernant l'assurance médicaments uniquement.

Toute personne qui désire constituer une compagnie d'assurance privée devra fournir à l'AMF plusieurs documents tels le curriculum vitae des administrateurs proposés, le règlement intérieur projeté, le fonctionnement du comité de déontologie et du comité de vérification, un exemplaire

¹⁴¹ Securities Office, en ligne : <<http://www.gov.pe.ca/securities/>>.

¹⁴² Commission des services financiers de l'Ontario, Plan d'activités 2015-2018, à la page 21, en ligne : <https://www.fscs.gov.on.ca/fr/about/annual_reports/Documents/2015-2018-Agency-Business-Plan-Fr.pdf>.

¹⁴³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Rapport sur l'application de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, à la page 1.

¹⁴⁴ CANSIM, « Tableau 379-0030 Produit intérieur brut (PIB) aux prix de base, selon le Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN), provinces et territoires, annuel, » Statistique Canada, Ottawa, 2015.

des polices d'assurance et avenants projetés, la politique de placement projetée ou encore le nom et l'adresse de la personne proposée comme actuaire. Cette demande devra également être accompagnée d'un plan d'affaires appuyé par une projection actuarielle pour une période d'au moins cinq ans¹⁴⁵. Pour pouvoir exercer au Québec, les compagnies d'assurance déjà constituées devront pour leur part demander un permis à l'AMF en transmettant leur certificat d'enregistrement, leurs derniers états financiers et leur dernier rapport d'inspection¹⁴⁶.

Chaque représentant en assurance devra également obtenir un certificat l'autorisant à offrir des produits et des services-conseils d'assurance. Pour obtenir un tel certificat, le représentant devra satisfaire aux exigences de formation minimales, devra réussir les examens du Programme de qualification en assurance de personnes, devra effectuer une période probatoire de six semaines et devra faire la demande à l'AMF de son certificat avant l'expiration de la validité de ses examens.

Tout assureur a l'obligation de maintenir un capital suffisant pour assurer une gestion saine et prudente¹⁴⁷. Ainsi, un assureur ne peut déclarer de dividendes ou d'intérêts ni distribuer ses surplus annuels si un tel paiement avait pour effet de rendre son actif non conforme à cette règle¹⁴⁸. Un administrateur ou un dirigeant doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme une personne raisonnable. Il est également tenu de toujours agir avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'assureur, en tenant compte de l'intérêt des assurés et des actionnaires et en évitant de se placer dans une situation de conflit d'intérêts¹⁴⁹. Il sera présumé agir de la sorte s'il agit de bonne foi en se fondant sur l'opinion ou le rapport d'un expert¹⁵⁰.

Nous notons que l'AMF ne fixe aucune limite aux bénéfices qu'une société d'assurance peut faire, du moment où elle reste solvable et en mesure d'assumer tous les risques prévus dans ses contrats d'assurance.

Pour répondre aux obligations légales de maintien du capital suffisant, de pratiques de gestion saine et prudente, de saines pratiques commerciales et de suffisance de liquidités qui incombent aux assureurs de personnes, l'AMF a mis en place une vingtaine de lignes directrices qui servent à fixer des normes régissant les activités et le comportement de ces institutions financières.

Bien que nombreuses, ces normes sont assez malléables puisque l'AMF s'assure de conférer aux institutions financières la latitude nécessaire pour qu'elles déterminent elles-mêmes leurs

¹⁴⁵ *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, chapitre A-32, r. 1, à l'article 3.

¹⁴⁶ *Id.*, à l'article 33.

¹⁴⁷ *Loi sur les assurances*, A-32, à l'article 275.

¹⁴⁸ *Id.*, à l'article 275.2.

¹⁴⁹ *Id.*, à l'article 285.2.

¹⁵⁰ *Id.*, à l'article 285.3.

stratégies, politiques et procédures pour favoriser l'atteinte de leurs résultats eu égard à la nature, à la taille et à la complexité de leurs activités¹⁵¹.

Afin de déterminer le risque associé à l'ensemble de leur couverture, les sociétés d'assurances doivent se baser sur des projections et des études actuarielles, puisqu'elles ne peuvent, en aucun cas, connaître exactement leurs coûts, revenus de placement ou résultats techniques futurs.

La réassurance

Afin de réduire le risque financier et la volatilité des résultats, les assureurs mettent en place entre eux des contrats de réassurance. Tel que défini dans le *Dictionnaire de droit québécois et canadien* de M^e Hubert Reid, ces contrats permettent à un assureur de transférer à un ou à plusieurs autres assureurs ou entreprises spécialisées en réassurance, en tout ou en partie, les risques qu'il supporte à l'égard de son assuré sans pour autant modifier sa responsabilité envers ce dernier. Cette façon de faire permet également à l'assureur de stabiliser son niveau de solvabilité, d'utiliser plus efficacement ses fonds propres disponibles, d'accroître sa capacité de souscription et d'améliorer sa résistance aux catastrophes. Cela dit, l'assureur reste exposé à des risques de liquidité, de contrepartie, à des risques opérationnels et à des risques juridiques, puisque ce type de modèle financier peut devenir complexe et parfois même menacer la solidité financière d'un assureur. Publiée par l'AMF en 2010, la Ligne directrice sur la gestion des risques liés à la réassurance vise à instaurer de saines pratiques de gestion en la matière.

Mise à jour en juillet 2013 : l'AMF s'attend de la part du conseil d'administration et de la haute direction à une gestion des risques liés à la réassurance qui est efficace et intégrée au cadre de gestion global de ses risques. Il est également attendu que les assureurs, selon leur taille et la complexité de leurs activités, se dotent de limites de rétention en lien avec l'appétit pour le risque et les niveaux de tolérance aux risques. Un processus pour opérationnaliser la politique de gestion des risques et la sélection des réassureurs et pour favoriser la diversification des sources de réassurance devrait également être mis en place.

2.1.2. Les types de produits d'assurance

Les assureurs de personnes offrent trois types de produits principaux : les assurances vie, les assurances maladie et les rentes.

L'assurance vie peut prendre trois formes principales, soit temporaire, permanente ou universelle. Dans tous les cas, elle permet à l'assuré de se protéger contre le risque de décès. L'assurance vie temporaire offre une protection sur une certaine période de temps définie, qui varie entre 1 et 20 ans, tandis que l'assurance vie permanente protège un individu tout au long de sa vie. La

¹⁵¹ *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales*, Autorité des marchés financiers, juin 2013, au préambule.

première est généralement privilégiée par des personnes à plus faibles revenus qui ont besoin de s'assurer pour un certain temps, par exemple parce qu'elles ont de jeunes enfants ou qu'elles ont contracté une hypothèque importante. L'assurance vie universelle protège un individu pour aussi longtemps qu'il le désire et lui permet d'effectuer des placements à l'abri de l'impôt¹⁵².

L'assurance maladie, ou l'assurance santé, regroupe l'assurance invalidité (ou salaire), l'assurance maladies graves, l'assurance soins de longue durée et l'assurance soins de santé. L'assurance invalidité permet à un individu de recevoir un revenu dans le cas où il ne peut pas travailler après avoir eu un accident ou être tombé malade. L'assurance maladies graves prévoit le versement d'un montant forfaitaire non imposable à la suite du diagnostic d'une maladie grave (cancer, crise cardiaque ou maladie d'Alzheimer, par exemple). Le nombre de maladies couvertes dépend du type de contrat sélectionné. L'assurance soins de longue durée est similaire à l'assurance maladies graves en ce sens qu'elle prévoit également le versement d'un montant forfaitaire non imposable. Cependant, le montant peut seulement être touché si l'assuré est en perte d'autonomie physique ou mentale. Ce montant est surtout utilisé pour payer des soins à domicile ou une place en résidence privée ou en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Auprès de certains assureurs, la perte d'autonomie peut être ajoutée à l'assurance maladies graves¹⁵³. Le dernier type de protection inclus dans l'assurance maladie est l'assurance soins de santé. Ce dernier type d'assurance permet aux assurés de se faire rembourser les frais d'hospitalisation, les médicaments, les services infirmiers et ambulanciers, les services de physiothérapeutes, psychologues, chiropraticiens, etc., les soins dentaires et les examens de la vue¹⁵⁴.

Un troisième type de produit, la rente, est également géré par les assureurs. Il comprend les produits d'épargne, tels les régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) et les comptes d'épargnes libres d'impôt (CELLI), et les régimes de retraite. Ces produits permettent aux individus d'épargner pour leur retraite, pour un projet particulier ou pour les études de leurs enfants, par exemple, puis de recevoir un revenu garanti pour une certaine période de temps¹⁵⁵.

¹⁵² Desjardins, *Assurance vie*, consulté en ligne le 25 octobre 2016 : <<https://www.desjardins.com/particuliers/assurances/assurance-vie-sante/assurance-vie/index.jsp?navigMW=la&>>; Industrielle Alliance, *Assurance vie*, consulté en ligne le 26 octobre 2016, <http://ia.ca/assurance-vie>.

¹⁵³ Financière Sun Life, 2016, *Assurance-santé*, consulté en ligne le 25 octobre : <https://www.sunlife.ca/ca/Insurance/Health+insurance/Critical+illness+insurance?vgnLocale=fr_CA>.

¹⁵⁴ Desjardins, *Assurance santé et invalidité*, consulté en ligne le 25 octobre 2016 : <<https://www.desjardins.com/particuliers/assurances/assurance-vie-sante/assurance-sante-invalidite/index.jsp>>; Industrielle Alliance, *Assurances maladie grave et invalidité*, consulté en ligne le 26 octobre 2016, <<http://ia.ca/assurance-invalidite-maladie-grave>>.

¹⁵⁵ ACCAP, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, à la page 10, consulté en ligne : <<http://clhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016>>.

Tableau 2 : Nombre d'assurés par type de produits et montants d'assurance vie au Québec et au Canada en 2015

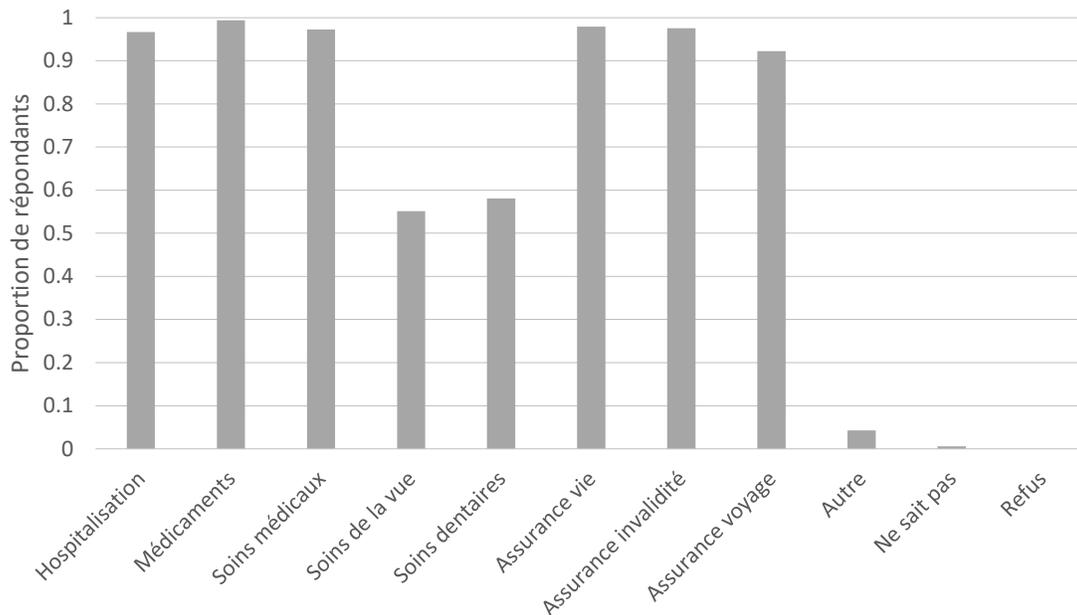
	Québec	Canada
Assurance vie		
Nombre d'assurés (en milliers)	6 500	22 000
Montant d'assurance moyen en vigueur (milliers)		
Par personne	141	198
Par ménage	316	388
Montant total d'assurance (en millions)		
Individuelle	564 972	2 588 964
Collective	351 260	1 736 855
Total	916 232	4 325 819
Assurance maladie		
Nombre d'assurés (en milliers)		
Invalidité	2 600	12 000
Assurance soins de santé	5 600	24 000
Autres	n.d.	21 000
Rentes		
Nombre d'assurés (en milliers)	n.d.	n.d.
Total		
Nombre d'assurés (en milliers)	7 400	28 000

Source : Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (2016).

Notes : Le total des personnes qui détiennent une assurance vie et une assurance maladie est supérieur au total puisque chaque personne peut avoir plus d'un type d'assurance.

Le Tableau 2 présente le nombre de personnes assurées au Québec et au Canada ainsi que les montants d'assurances vie en vigueur en 2015. Tout d'abord, au Québec, 6,5 millions de personnes ont souscrit une assurance vie. En moyenne, chacune d'entre elles s'est assurée pour 141 000 \$. Dans l'ensemble du Canada, ce sont 22 millions de personnes qui ont une assurance vie et le montant moyen d'assurance en vigueur est de 198 000 \$. Un peu moins du trois quarts des Québécois et des Canadiens qui ont une assurance vie y ont souscrit individuellement, c'est-à-dire en passant directement par un agent ou un conseiller en assurances. Le quart restant possède une assurance vie par son employeur, son association professionnelle, son ordre professionnel ou son syndicat.

Figure 9 : Types de protection offerts dans les contrats d'assurance collective



Source : calculs des auteurs à partir du volet B l'enquête auprès des entreprises.

Du côté de l'assurance maladie, le type de couverture le plus fréquemment choisi est l'assurance soins de santé (5,6 millions de personnes au Québec et 24 millions au Canada). À l'opposé de l'assurance vie, l'assurance maladie privée est principalement offerte sous la forme d'assurance collective. En 2015, les primes d'assurances collectives représentent 90 % des primes totales au Canada. Le résultat est similaire pour le Québec¹⁵⁶. Bien que le nombre de personnes qui ont un régime de retraite ou des produits d'épargne auprès des assureurs ne soit pas publiquement accessible par l'ACCAP, on sait que près de 70 % des contrats de rentes au Québec et au Canada sont offerts par l'entremise d'assurances collectives¹⁵⁷.

Les résultats de l'enquête montrent que les types d'assurances les plus fréquents concernent les soins hospitaliers, les médicaments, les soins médicaux ou paramédicaux, l'assurance vie et l'assurance invalidité ou salaire. Environ 98 % des contrats d'assurance incluent ces cinq types de protection. La Figure 9 présente la proportion d'entreprises qui offre chaque type de protection.

¹⁵⁶ Ce résultat exclut l'assurance maladie offerte au niveau public, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, 2016.

¹⁵⁷ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, 2016.

2.2. La définition du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance tient sa particularité du risque qu'il sert à couvrir. Ce risque est un « élément fondamental de l'assurance [et] revêt un caractère d'incertitude, c'est-à-dire que l'événement doit être, d'une part, indépendant de la volonté des parties et, d'autre part, ultérieur à la conclusion du contrat d'assurance¹⁵⁸ ». Ainsi, le contrat d'assurance reçoit une section toute particulière dans le CcQ, où il est défini à l'article 2839 comme : « celui par lequel l'assureur, moyennant une prime ou cotisation, s'oblige à verser au preneur ou à un tiers une prestation dans le cas où un risque couvert par l'assurance se réalise¹⁵⁹ ». Plus particulièrement, « 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 charge¹⁶⁰ ». Ce contrat-cadre est basé sur le risque, et c'est en fonction du risque que prend l'assureur, par rapport au régime proposé, que les primes seront établies.

La notion de risque et la discrimination

L'article 20.1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, chapitre C-12, prévoit que, dans un contrat d'assurance ou de rente, « une distinction, exclusion ou préférence fondée sur l'âge, le sexe ou l'état civil est réputée non discriminatoire lorsque son utilisation est légitime et que le motif qui la fonde constitue un facteur de détermination de risque, basé sur des données actuarielles ».

Ceci dit, l'article 41 de la *Loi sur l'assurance médicaments* proscrit l'utilisation de ces critères (âge, sexe ou état de santé) pour déterminer la couverture d'un groupe en assurance collective ou dans un régime d'avantages sociaux. Cette possibilité existe donc uniquement en assurance individuelle.

En assurance de personnes plus globalement, l'intérêt d'assurance doit exister uniquement au moment de la formation du contrat. L'article 2419 du CcQ prévoit qu'une personne a un intérêt assurable dans sa propre santé, celle de son conjoint, celle de ses descendants et celle des personnes qui contribuent à son soutien ou à son éducation. Cet intérêt s'élargit aussi à ses préposés, son personnel ou toutes personnes dont la vie et la santé présentent pour elle un intérêt moral ou pécuniaire¹⁶¹. Ceci dit, un contrat d'assurance collective sur la vie ou un contrat d'assurance collective contre la maladie ou les accidents ne peuvent couvrir, en vertu d'un

¹⁵⁸ Jean-François LAMOUREUX, *Le risque*, dans Collection de droit 2007-2008, École du Barreau du Québec, vol. 6, Contrats, suretés et publicité des droits, Cowansville, Éditions Yvon Blais, (2007), à la page 91.

¹⁵⁹ CcQ, à l'article 2389.

¹⁶⁰ CcQ, à l'article 2392.

¹⁶¹ CcQ, à l'article 2419.

contrat-cadre, que les personnes adhérant à un groupe déterminé et, dans certains cas, leur famille ou les personnes à leur charge¹⁶².

Notons qu'il existe une nette tendance des tribunaux à considérer le contrat d'assurance comme un contrat d'adhésion, favorisant de ce fait même l'adhérent qui, dans un contrat d'assurance, n'a aucun pouvoir de négociation¹⁶³. Une telle qualification peut donc permettre à l'adhérent de revendiquer l'article 1437 du CcQ en matière de clauses abusives et réputées nulles. Par contre, cette interprétation en contrat d'adhésion reste du cas par cas. Elle dépend du fait que la négociation du contrat d'assurance ait fait l'objet de « discussions libres » ou non¹⁶⁴.

Au Canada, pratiquement tous les contrats d'assurance collective sont renouvelables annuellement. Par conséquent, le preneur de régime et l'assureur négocient chaque année les garanties associées au régime d'assurance et les primes qui seront recevables, en se basant sur l'expérience de groupe. Une prime pourra donc être soumise à une augmentation significative, si, par exemple, un employé d'un petit groupe d'adhérents commence à se faire prescrire de façon récurrente un médicament d'ordonnance à prix élevé qui devient une dépense raisonnablement prévisible. Dans certains cas, si cette augmentation est trop importante pour un employeur, il sera possible d'exclure certains médicaments dont le coût est très élevé de la couverture du régime si ces médicaments ne figurent pas sur les listes des médicaments remboursables en vertu du régime public d'assurance médicaments¹⁶⁵. Des études démontrent que ces démarches de renouvellement peuvent générer des coûts importants pour les employeurs¹⁶⁶.

Pour toute offre d'assurance, le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance prévoit qu'un assureur ne peut ni exagérer l'étendue des protections offertes ou le montant des prestations payables ni en minimiser le coût.

Comme déjà mentionné, l'article 42.2 de la LAM impose aux assureurs privés qu'ils offrent les mêmes garanties de base que celles du régime public, comme prévu aux articles 7 à 9 de la LAM. Les médicaments inscrits sur la *Liste des médicaments* par le MSSS ainsi que tous les services pharmaceutiques afférant à la délivrance d'un médicament doivent donc faire l'objet d'une

¹⁶² *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance*, A-32, r.1, à l'article 59.

¹⁶³ *Lalonde c. Sunlife du Canada*, [1996] 3 R.C.S. 261.

¹⁶⁴ Sébastien LANTÔT et Paul A. MÉLANCHON, *Commentaires sur le droit des assurances et textes législatifs et réglementaires*, Lexis Nexis, Montréal, (2008), à la page 11.

¹⁶⁵ Canadian Life and Health Insurance Association, *Background – Canadian Life and Health Insurance Industry Drug Pooling Agreement*, 2013, à la page 3, consulté en ligne :

<[https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Drug_Protection/\\$file/backgrounder.pdf](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Drug_Protection/$file/backgrounder.pdf)>.

¹⁶⁶ Randall D. CEBUL, James B. REBITZER, Lowell J. TAYLOR et Mark E. VOTRUBA, *Unhealthy Insurance Markets: Search Frictions and the Cost and Quality of Health Insurance*, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 14455, octobre 2008, consulté en ligne : <<http://www.nber.org/papers/w14455>>.

couverture tant dans le régime public que dans les régimes d'assurance privée collective¹⁶⁷. Certains assureurs y voient un irritant. En effet, en ajoutant à la couverture publique de nouveaux services pharmaceutiques, les compagnies d'assurance faisant affaire partout au pays ont dû s'ajuster et assurer la couverture de ces nouveaux services au Québec uniquement¹⁶⁸. L'assureur est également tenu, au moment d'un renouvellement, d'une annulation¹⁶⁹ ou de la cessation d'un contrat, de mentionner les dispositions du contrat s'y rapportant¹⁷⁰. Enfin, l'article 36 de la LAM prévoit explicitement qu'une prime d'assurance privée doit être divisible de façon à permettre d'identifier le montant de cette prime associée à la couverture de médicaments d'un adhérent. Tel que présenté précédemment, les résultats de l'enquête auprès des RAC montrent que 64,5 % des répondants sont capables d'identifier la portion des primes totales qui est dédiée à l'assurance médicaments. Puisque cette information doit être divulguée en vertu de la LAM, un tel résultat pourrait indiquer que les répondants ont une connaissance relativement faible des contrats d'assurance collective ou que l'information n'était pas facilement accessible pendant qu'ils répondaient à l'enquête et qu'ils ont choisi de répondre « ne sait pas » au lieu de perdre trop de temps à chercher l'information.

2.2.1. La titularité de la gestion

Au Québec, comme nous l'avons déjà mentionné, les assurés obtiennent (et sont obligés d'obtenir) leur contrat d'une compagnie d'assurance privée principalement par leur employeur, leur association professionnelle, leur ordre professionnel ou leur syndicat¹⁷¹. Ils peuvent changer de régime d'assurance collective s'ils font partie de plusieurs associations qui offrent un régime d'assurance. Par exemple, un avocat travaillant au sein d'un grand cabinet pourrait choisir entre le contrat d'assurance de son ordre professionnel (le Barreau du Québec en l'occurrence) ou celui proposé par son cabinet, à moins que son emploi ne rende obligatoire son adhésion au régime d'assurance¹⁷².

Comme on l'a vu, le preneur peut également contribuer au paiement du régime d'assurance – ce qui va se refléter en pratique par des primes ou des contributions moindres pour les adhérents. L'enquête nous a montré que la plupart des employeurs contribuent entre 50 et 59 % du montant

¹⁶⁷ LAM, aux articles 7 et 8.

¹⁶⁸ Sonya FELIX, *How pharmacy services are catching on with private payers*, 18 mars 2016, consulté en ligne : <<http://www.benefitscanada.com/benefits/health-benefits/how-pharmacy-services-catching-on-with-private-payers-78553>>.

¹⁶⁹ LAM, à l'article 36.

¹⁷⁰ *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance*, A-32, r.1, à l'article 35.

¹⁷¹ LAM, aux articles 15 et 15.1.

¹⁷² LAM, à l'alinéa 44.1 (2).

de la prime (Figure 6). Cette contribution n'est pas obligatoire, mais le preneur reçoit plusieurs avantages fiscaux s'il contribue puisque ces dépenses constituent des dépenses déductibles¹⁷³.

Notons qu'au Québec, les employeurs paient une taxe sur les primes d'assurance collective de personnes. Une exemption de taxes est néanmoins prévue sur les primes d'assurance individuelle de personnes et les primes d'assurance collective si celles-ci sont partagées entre l'employeur et un employé travaillant dans un établissement hors Québec¹⁷⁴. À titre de comparaison, l'*Affordable Care Act* américain prévoit que ce sont plutôt les employeurs de plus de 50 employés n'offrant pas de couverture d'assurance qui seront taxés¹⁷⁵.

La *Loi sur les assurances* prévoit également la possibilité pour une compagnie d'assurance d'offrir des contrats d'assurance « avec participation aux bénéfices ». Les porteurs de telles polices peuvent participer aux assemblées générales des actionnaires de la compagnie d'assurance et ont droit de partager une portion des bénéfices associés à leur catégorie de police, selon certaines proportions définies à l'article 66 de la *Loi sur les assurances*. Pour ce faire, une politique de fixation de la participation et des bénéfices payables au porteur doit être approuvée par le conseil d'administration et être déposée à une assemblée générale¹⁷⁶. Cette pratique semble peu courante et peu connue au Québec, puisque 8 % des RAC interrogés ont indiqué que leurs contrats prévoyaient une telle mesure, 64 % non et 28 % d'entre eux ont indiqué ne pas le savoir.

2.2.2. Le cas particulier des régimes d'avantages sociaux non assurés

Plusieurs variantes au schéma « classique » de régimes d'assurance où interviennent l'assureur, un représentant, un employeur et des employés existent. Une possibilité, plus attrayante face à la montée des coûts des assurances collectives, est celle du régime dit « autoassuré » ou « RASNA » (pour Régimes d'avantages sociaux non assurés) dans le jargon d'assurance. Ces régimes sont définis comme des régimes d'avantages sociaux non assurés, dotés ou non d'un fonds, et prévoyant une protection administrée par un assureur membre, qui autrement pourrait être obtenue en souscrivant un contrat d'assurance de personnes¹⁷⁷.

¹⁷³ Le calcul du montant déductible est prévu au paragraphe 20(1)(e.2) de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, L.R.C. (1985), ch. 1 (5^e suppl.), tiré de Florence MARINO et John NATALE, *Canadian Taxation of Life Insurance*, 7th Edition, Carswell, 2014, à la page 183.

¹⁷⁴ Revenu Québec, *Taxe sur les primes d'assurance*, consulté en ligne : <http://www.revenuquebec.ca/fr/entreprises/taxes/primesassurance/perception/primes.aspx>.

¹⁷⁵ Mark A.HALL, Ira ark ELLMAN and David ORENTLICHER, *Health Care Law and Ethics in a Nutshell*, 3rd Edition, West-Thomson Reuters, 2011, à la page 234.

¹⁷⁶ *Loi sur les assurances*, aux paragraphes 66.1(1) et 66.1.1. (3).

¹⁷⁷ ACCAP, *directrice LD16, Assurance médicaments au Québec. Admissibilité aux régimes public Ligne et privés*, (2012), à la page 2, consulté en ligne :

[https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Guidelines/\\$file/Ligne_directrice_LD16.pdf](https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Guidelines/$file/Ligne_directrice_LD16.pdf).

Dans ce type de régime, l'employeur devient son propre assureur pour ses employés. Ces régimes autoassurés suscitent un intérêt particulier chez les petites et moyennes entreprises puisque le nombre de réclamations est souvent moins variable et donc plus prévisible, ce qui facilite la gestion du risque. Afin de réduire les frais d'assurance, ces entreprises décident, pour l'ensemble ou certaines dépenses prévisibles comme les soins de la vue, de ne pas les inclure aux protections offertes dans leur régime d'assurance collective. C'est alors l'employeur qui assume le risque financier, établit sa garantie, qui doit évidemment respecter la LAM¹⁷⁸, et fournit les fonds suffisants au paiement des réclamations admissibles de ses employés¹⁷⁹. L'employeur assume ainsi pour ses employés la même responsabilité qu'un assureur au titre de l'article 2389 du CcQ, mais il peut confier à une compagnie (d'assurance ou spécialisée dans ce domaine de gestion) la gestion des réclamations¹⁸⁰. Cette façon de faire vise à faciliter l'administration des réclamations et à éviter les conflits d'intérêts dans la gestion des réclamations des employés.

En prenant en charge le montant des dépenses des services de santé jugés admissibles dans son contrat, l'employeur reçoit corollairement le paiement d'une prime par ses employés. Cette prime est basée, comme pour les assureurs, sur l'« expérience du groupe », mais en l'espèce ce groupe est simplement le nombre d'employés et le risque qu'il représente. Ainsi, selon la taille de la société et les caractéristiques de ses employés (âge, par exemple), le régime RASNA sera plus ou moins envisageable pour un employeur. Le RASNA reflète généralement plus adéquatement la réalité de l'« expérience du groupe », qui n'est pas gonflée par l'inflation et les facteurs discrétionnaires des assureurs. Mais, ici encore, la taille du groupe est déterminante. Or, la difficulté au Québec pour les employeurs de se regrouper pose également un problème pour ces régimes. Ceci dit, le RASNA n'est pas visé par le mécanisme de mutualisation (c'est-à-dire de participation au fonds commun des assurances¹⁸¹). Les prestations ne sont donc pas garanties par un assureur et, en cas de litige, l'adhérent dispose uniquement d'un recours contre l'employeur. Si ce dernier fait faillite, il est donc possible que les avantages promis cessent d'être versés faute de garanties suffisantes.

¹⁷⁸ DAMÉCO, *Régime d'assurance médicaments du Québec*, Montréal, octobre 2014, en ligne : <http://scfp.qc.ca/wp-content/uploads/2014/12/2014-10_RegimeAssMedQC_Dameco_SCFP.pdf>.

¹⁷⁹ Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, *Prendre en main nos Assurance collectives : C'est dans notre intérêt!*, 2013, à la page 10, consulté en ligne : <<http://ftq.qc.ca/wp-content/uploads/ftqimport/8582.pdf>>.

¹⁸⁰ Voir l'exemple avec la Sun Life financière Inc. : *Services administratifs seulement*, consulté en ligne : <https://www.sunlife.ca/Canada/sponsor/Group+benefits/Plan+sponsor+communications/Focus+Update/Administrative+Services+Only+ASO+-+update+to+Plan+Member+Booklet?vgnLocale=fr_CA>.

¹⁸¹ Jonathan BOHM, *Un remède aux régimes d'assurance médicaments*, (2013), à la page 7, consulté en ligne : <[http://www.normandin-beaudry.ca/userfiles/file/UN-REMEDE-AUX-REGIMES-PRIVES-D-ASSURANCE-MEDICAMENTS_SEPTEMBRE-2013\(2\).pdf](http://www.normandin-beaudry.ca/userfiles/file/UN-REMEDE-AUX-REGIMES-PRIVES-D-ASSURANCE-MEDICAMENTS_SEPTEMBRE-2013(2).pdf)>.

Néanmoins, l'entreprise qui décide de s'autoassurer pourra bénéficier du rendement des capitaux qu'elle garde en réserves, rendement généralement supérieur à celui crédité par les assureurs¹⁸². En effet, en contrôlant directement son rendement financier, celui-ci est souvent plus élevé que dans les cas d'assurance classique¹⁸³. Certaines provinces prévoient des avantages fiscaux pour ces régimes autoassurés. Cependant, depuis le milieu des années 1980, le Québec ne fait plus partie des provinces qui offrent une réduction de taxes à ce type de régime.

2.2.3. Le titulaire de la gestion

Au Québec, le contrat peut être géré par l'assureur, l'employeur ou une entreprise indépendante (contrat de type services administratifs seulement) en vertu de l'article 61 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*¹⁸⁴. Le preneur d'un tel contrat d'assurance collective doit être en mesure de pourvoir à l'administration du contrat-cadre, notamment en percevant les primes pour l'assureur. Toutefois, lorsque le preneur est une association de salariés ou un syndicat professionnel, il peut conclure une entente avec l'employeur ou avec un tiers afin que celui-ci administre pour lui le contrat-cadre¹⁸⁵.

La majorité des régimes privés d'assurance médicaments en vigueur dans les entreprises sont gérés par des firmes externes (des compagnies d'assurance) qui sont normalement payées en pourcentage des dépenses. En conséquence, il est possible qu'il existe des incitatifs financiers reliés à la gestion de régimes privés qui encourageraient non pas à réduire la croissance des coûts, mais au contraire à l'augmenter¹⁸⁶. À cet effet, on note que 71 % des RAC des entreprises sondées ont vu leurs primes augmenter sur une période de cinq ans; 20 % d'entre eux ont indiqué que les primes n'avaient pas changé, et 4 % ont indiqué qu'elles avaient diminué.

L'augmentation annuelle des primes s'est généralement maintenue entre 0 et 20 %. Les résultats de l'enquête montrent que 60 % des répondants ont vu leur prime augmenter de moins de 10 % et que près de 30 % d'entre eux ont vu leurs primes augmenter de 10 à 19 %. Il importe de

¹⁸² Julie BÉLANGER, *Les régimes auto-assurés constituent-ils une option à envisager?*, Revue Avantages, octobre 2008, à la page 3, consulté en ligne <<http://www.conseiller.ca/avantages/files/2008/10/auto.pdf>>.

¹⁸³ Julie BÉLANGER, *Les régimes auto-assurés constituent-ils une option à envisager?*, Revue Avantages, octobre 2008, à la page 30, consulté en ligne <<http://www.conseiller.ca/avantages/files/2008/10/auto.pdf>>.

¹⁸⁴ Le preneur d'un contrat d'assurance collective doit être en mesure de pourvoir à l'administration du contrat-cadre, notamment en percevant les primes pour l'assureur. Toutefois, lorsque le preneur est une association de salariés ou un syndicat professionnel, il peut conclure une entente avec l'employeur ou avec un tiers afin que celui-ci administre pour lui le contrat-cadre.

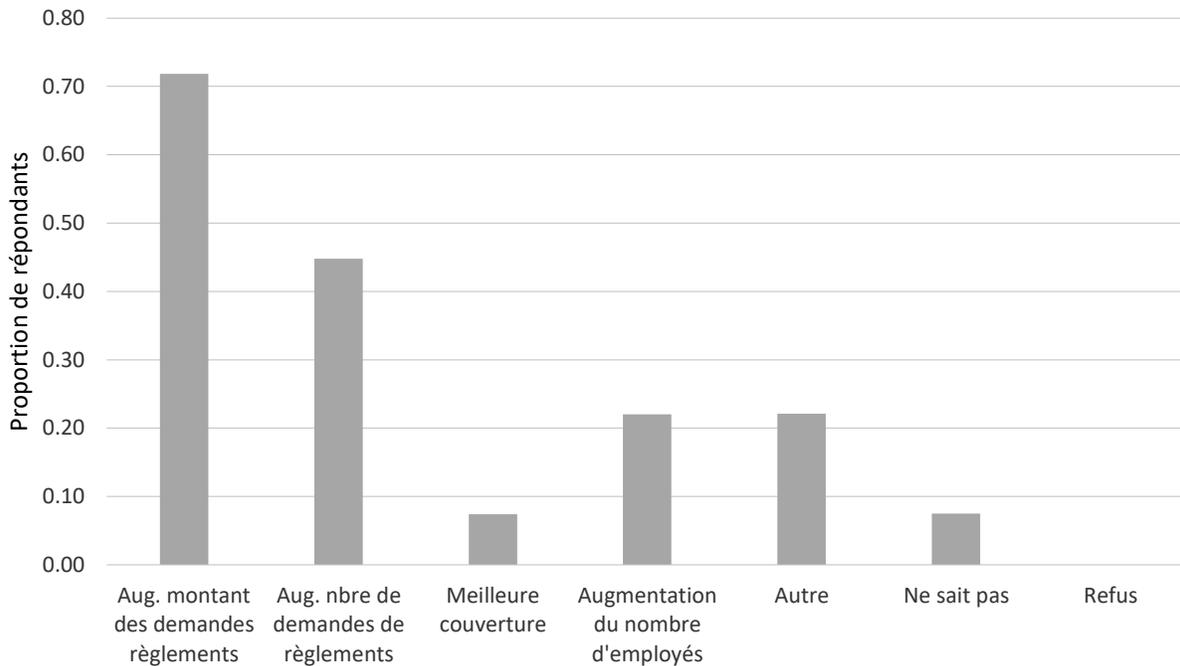
¹⁸⁵ LDPSF, à l'article 61.

¹⁸⁶ Ann SILVERSIDES, *Ontario's law curbing the cost of generic drugs spark changes*, CMAJ. 181 (3-4), 4 août 2009, a: E43-E45. Cité par : Marc André GAGNON, *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance médicaments*, IRIS, à la page 20, consulté en ligne : <http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/mag_argumentaire_assurance_medicaments.pdf>.

mentionner que seuls 6 % des répondants ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas le pourcentage d'augmentation ou ont refusé de répondre à la question.

Les principales raisons données par les assureurs pour justifier l'augmentation des primes sont l'augmentation du montant et du nombre de demandes de règlements (voir Figure 10).

Figure 10 : Raisons fournies par l'assureur pour expliquer l'augmentation des primes



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Bien que l'augmentation annuelle des primes puisse sembler élevée, 78 % des responsables des assurances collectives ont considéré la hausse justifiée. Ainsi, les raisons fournies par les assureurs pour expliquer l'augmentation des primes (augmentation du nombre et du montant des demandes de règlements et hausse du nombre d'employés couverts) sont acceptées par les RAC.

Le

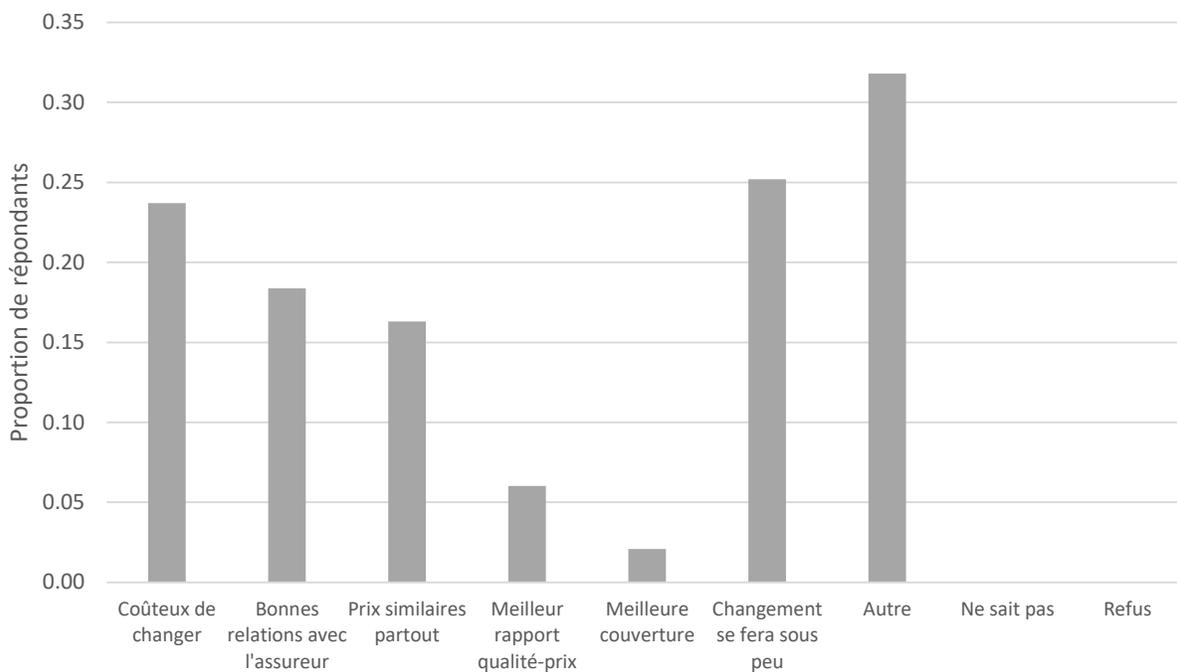
Tableau 3 montre que plus le pourcentage d'augmentation est important, plus la proportion de répondants qui considèrent l'augmentation justifiée diminue. Seuls 25 % des répondants qui ont considéré que l'augmentation n'était pas justifiée ont indiqué qu'ils allaient changer d'assureur lorsque leur contrat serait terminé (voir Figure 11). Les autres ont évoqué les coûts associés à un changement d'assureur, les bonnes relations qu'ils entretiennent avec ce dernier ainsi que d'autres raisons pour expliquer leur choix de ne pas changer d'assureur.

Tableau 3 : Proportion des répondants qui considèrent que l'augmentation des primes est justifiée en fonction du pourcentage d'augmentation

Pourcentage d'augmentation	Augmentation justifiée		
	Oui	Non	Ne sait pas
Moins de 10 %	0,85	0,11	0,04
De 10 à 19 %	0,73	0,24	0,03
De 20 à 29 %	0,68	0,29	0,03
De 30 à 39 %	0,39	0,52	0,09
40 % et plus	1,00	0,00	0,00

Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Figure 11 : Raisons pour lesquelles les répondants restent avec leur assureur alors qu'ils considèrent l'augmentation des primes non justifiée



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

2.3. Les changements de couverture apportés au contrat

La *Loi sur l'assurance médicaments* laisse toute la discrétion aux parties de négocier leur « convention collective », en fonction de « l'expérience du groupe ». La jurisprudence est constante sur ce point¹⁸⁷.

En 2012, la Cour supérieure du Québec avait estimé que : « Les clauses de modification sont valides et tout changement, ajout ou retrait d'une garantie ou d'un privilège serait opposable à tous les assurés actifs, invalides ou retraités, sans qu'ils aient à en être avisés, si la procédure d'entente bilatérale est respectée¹⁸⁸. » En l'espèce, M. et M^{me} Tremblay étaient devenus invalides, et ils avaient adhéré à un contrat d'invalidité au regard de leur affiliation syndicale. Or, le syndicat a informé M. Tremblay que son association professionnelle n'était plus membre du syndicat et que son contrat avait donc pris fin. La Cour a estimé que l'assureur et le preneur avaient satisfait aux clauses du contrat pour mettre fin au contrat. L'adhérent ne bénéficia pas de l'application de l'article 2405 du CcQ. Cette décision reconnaît que l'adhérent à un régime d'assurance collective n'a donc pas de pouvoir de négociation. De plus, hormis les droits prévus au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance*, des modifications peuvent donc être apportées au contrat d'assurance même si elles affectent les droits des assurés.

Une autre décision pertinente est à souligner; en 2015, un syndicat a contesté le fait que ses employés, qui étaient habitués de payer une contribution de 2 \$ pour certains médicaments, devaient à présent assumer une contribution plus importante en raison des changements de barèmes de la compagnie d'assurance Financière-Manuvie¹⁸⁹. Ces changements s'appuyaient sur la notion de remboursement « *de frais raisonnables et habituels* » contenue au contrat d'assurance. Le syndicat a déposé un grief contre l'employeur qui selon lui n'a pas fait « tout son possible pour voir à ce que l'assureur respecte pleinement ses obligations », comme cela est stipulé dans le contrat d'assurance collective. Le Tribunal d'arbitrage a estimé qu'en demandant vérification auprès du courtier d'assurance et de l'assureur, l'employeur avait rempli cette obligation. Quant au changement au barème en soi, le Tribunal a conclu que « l'employeur a constaté que ce dernier [l'assureur] était en droit de modifier le barème des coûts raisonnables en fonction de la marge de profit et des frais d'exécution d'ordonnance, conclusion que je [l'arbitre] partage entièrement¹⁹⁰ ». Le Tribunal a donc considéré que cela ne contrevenait à aucune clause du contrat d'assurance, « si bien que l'employeur n'avait aucun motif pour intervenir dans ce

¹⁸⁷ Voir l'article de Luc Plamondon pour une recension de la jurisprudence sur ce point : Luc PLAMONDON, « Les assurances collectives de personnes en faveur des salariés », (1987), à la page 303.

¹⁸⁸ *Tremblay c. Capitale (La), assureur de l'administration publique inc.*, 2012 QCCS 746. Confirmé en cour d'appel : 2013 QCCA 410.

¹⁸⁹ *Roulements Koyo Canada inc. c. Unifor, local 956 (14-15)*, Re, 2015 CarswellQue 7811.

¹⁹⁰ *Roulements Koyo Canada inc. c. Unifor, local 956 (14-15)*, Re, 2015 CarswellQue 7811, au paragraphe 42.

dossier¹⁹¹ ». Le Tribunal va même jusqu'à écrire que puisque « les deux parties déplorent la situation, je les invite à rechercher ensemble une solution, peut-être en identifiant certaines pharmacies qui offrent le médicament à un coût moindre et en encourageant les employés à s'y approvisionner¹⁹² ».

Ces lignes nous amènent à nous questionner sur la discrétion laissée aux assurances privées, sur leur fonctionnement et sur leur efficacité en tant que compagnies majoritairement à but lucratif.

2.4. La gestion administrative et financière des compagnies d'assurance

2.4.1. Mise en contexte

Michael Law et ses collègues ont estimé en 2014 que le pourcentage des primes qui est remis aux preneurs est passé de 92 % en 1991 à 72 % en 2011 pour des contrats d'assurance maladie collective offerts par des assureurs de personnes à but lucratif¹⁹³. D'autres études subséquentes ont chiffré ce surplus de primes versées à un montant, pour tous les Canadiens, de 6,8 milliards de dollars¹⁹⁴. De son côté, Stephen Frank, vice-président de l'ACCAP, indique que ces résultats ont été estimés d'un point de vue global, en comparant un ensemble disparate de couvertures différentes qui ne peuvent pas être comparées (dont la couverture en cas de perte d'emploi). Pour les années 1997 à 2012, il estime donc que la remise des surplus pour les régimes d'assurances maladie qui font partie de régimes assurés était d'environ 85 % avec, pour l'année 2012, une baisse à 82 %¹⁹⁵.

Au Québec, les revenus-primes en assurance maladie (en incluant les médicaments) sont considérés être de l'ordre de près de 8 milliards de dollars, avec un peu moins de 6 milliards de dollars reversés à titre de prestations et de participations, c'est-à-dire reversés à titre de réclamations basées sur le contrat d'assurance. La différence de 2 milliards de dollars inclut entre autres les frais de gestion et d'administration des compagnies d'assurance et les dividendes versés aux actionnaires. Puisque les données se rapportant aux revenus-primes et aux dépenses ne sont pas plus détaillées, il est impossible de déterminer si ces revenus-primes sont plus importants pour les médicaments que pour les services de santé.

¹⁹¹ *Ibid.*, note 178, aux paragraphes 2, 44 et 47.

¹⁹² *Ibid.*, au paragraphe 47.

¹⁹³ Michael R. LAW et al., *The Increasing Inefficiency of Private Health Insurance in Canada*, 2014, *C.M.A.J.* 186(4).

¹⁹⁴ Centre canadien de politiques alternatives, *Cambie s'en va en cour*, par Colleen Fuller, Avril 2015, à la page 20 et Monika DUTT, *Affordable Access to Medicines. A prescription for Canada*, Policy alternatives, (2014). Pour le gouvernement : GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport sur l'application de la Loi sur les assurances et de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*, à la page 6.

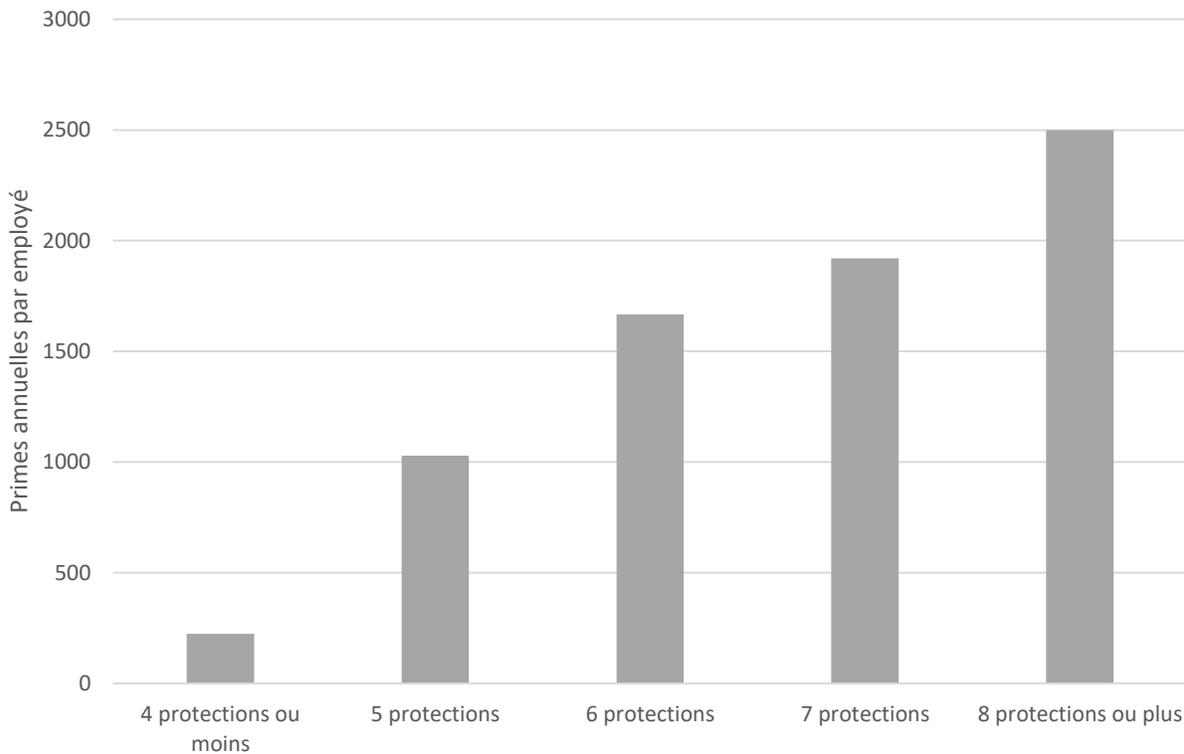
¹⁹⁵ Stephen FRANK, *Correcting the record*, 2014, *CMAJ* 186, à la page 5.

2.4.2. Les revenus

2.4.2.1. Les revenus-primés

Les revenus-primés sont les recettes réalisées grâce aux primes versées par les assurés. Tel que mentionné précédemment, pour l'année 2015, au Québec, ces revenus-primés se sont élevés à 23,1 milliards de dollars pour l'ensemble des protections. Si nous ne considérons que l'assurance collective, les primes versées au Québec étaient de 15,4 milliards de dollars.

Figure 12 : Primes annuelles par employé en fonction du nombre de protections offertes



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises. Pour les répondants qui ont indiqué que les primes annuelles étaient inférieures au 1^{er} centile ou supérieures au 99^e centile, nous avons recodé la réponse à « ne sait pas ».

Les résultats de l'enquête auprès des responsables des assurances collectives montrent que 65 % des répondants dont l'entreprise offre des assurances collectives sont en mesure d'identifier le montant des primes annuelles pour toutes les protections offertes et pour l'ensemble des employés. Pour ces derniers, la médiane des primes annuelles est de 1 964 \$. La Figure 12 présente les primes annuelles médianes par employé en fonction du nombre de protections offertes par les régimes d'assurances. Encore une fois, la médiane permet de présenter des

résultats qui ne sont pas influencés par des valeurs extrêmes. Malgré cela, les primes médianes pour les régimes d'assurances collectives qui offrent moins de quatre protections sont suffisamment faibles pour que nous puissions conclure que les répondants n'étaient pas en mesure d'identifier correctement les primes totales ou que la question de l'enquête a été mal comprise¹⁹⁶. Pour les régimes qui offrent cinq protections ou plus, 13 % des répondants ont indiqué que les primes annuelles par employé étaient inférieures à 400 \$. Ceci pourrait suggérer une de deux choses. Soit il est difficile, même pour la personne qui connaît le mieux les assurances collectives au sein d'une entreprise, de donner un montant juste pour les primes totales, soit l'information est disponible, mais les employeurs ne posent pas assez de questions à leur assureur ou à leur intermédiaire pour l'avoir. Au total, les primes payées par les entreprises se sont élevées à 2,9 milliards de dollars, ce qui représente un peu moins de 20 % des primes totales au Québec. Bien que l'enquête capte un faible pourcentage des primes totales, il importe de noter que seuls 65 % des répondants ont fourni le montant des primes totales et que, parmi ceux qui ont pu les identifier, on note un pourcentage élevé de réponses qui ne sont pas réalistes. De plus, il manque les primes versées par les entreprises de moins de 50 employés.

2.4.2.3. Les revenus-placements

Les revenus-placements constituent les gains sur la vente d'actifs investis. À la fin de 2015, les assureurs de personnes auraient investi au total 133 milliards de dollars dans des investissements à long terme au Québec (principalement titres OPC, titres de sociétés – obligations et actions, placements hypothécaires et immobiliers¹⁹⁷). À l'échelle du Canada, ce montant s'élève à 410 milliards.

Selon l'ACCAP, « la part des primes qui ne sert pas, au cours de l'année, à payer les prestations et les dépenses est investie dans l'économie du pays jusqu'à ce qu'elle devienne nécessaire pour régler les prestations¹⁹⁸ ». Notre étude ne nous permet pas d'évaluer le rendement des assureurs sur les investissements provenant des primes et, à notre connaissance, aucune donnée agrégée n'est disponible à ce sujet.

Relativement aux obligations des assureurs concernant les placements, notons que l'article 244 de la *Loi sur les assurances* prévoit que tout assureur doit exercer ses pouvoirs de placement avec prudence et diligence et doit suivre des pratiques de gestion saine et prudente par rapport à ses

¹⁹⁶ Afin d'estimer les primes par employé, nous avons divisé les primes totales par le nombre d'employés. Ceci est susceptible de sous-estimer le montant des primes par employé, puisqu'il est possible que seule une fraction des employés bénéficie d'assurances collectives.

¹⁹⁷ ACCAP, *Faits et statistiques Québec*, à la page 7, consulté en ligne : <<http://clhia.uberflip.com/i/578812-faits-et-statistiques-québec-2015/7?m4=>>>.

¹⁹⁸ *Id.*, à la page 4.

placements. De plus, il est tenu d'agir avec honnêteté et loyauté dans le meilleur intérêt de ses assurés, actionnaires ou membres. Cette disposition mettant sur un pied d'égalité les assurés et les actionnaires ne permet donc pas de conclure que les retours sur les investissements fait à partir des primes reviennent, au final, aux adhérents plutôt qu'aux actionnaires.

Certaines autres dispositions de la *Loi sur les assurances* sont applicables. L'article 244.1 de la *Loi sur les assurances* empêche les assureurs d'acquérir directement, ou par l'entremise d'une société qu'ils contrôlent, plus de 30 % de l'avoir ou des droits de vote afférents aux actions d'une personne morale ou d'une coopérative. Il leur est néanmoins possible d'acquérir directement la totalité ou une partie des actions ou parts d'une personne morale qui n'exerce que des activités similaires aux leurs ou dans certains autres cas déterminés par règlement du gouvernement¹⁹⁹. La *Loi sur les assurances* exige également que tout assureur se dote d'une politique de placements approuvée par son conseil d'administration et doive déclarer dans son rapport annuel à l'AMF le nom de chacune des personnes morales dont il détient 10 % ou plus des actions comportant un droit de vote²⁰⁰. Cette politique doit notamment inclure la diversification des placements, une description des limites et des types de placement sous forme de prêt hypothécaire ainsi que l'accord de ses échéances de placements et ses engagements financiers. La responsabilité solidaire des administrateurs et des dirigeants peut également être retenue à l'endroit des pertes qui pourraient résulter de leur assentiment à un prêt ou à un placement fait en contravention à la loi²⁰¹. En août 2010, l'AMF s'est par ailleurs dotée d'une Ligne directrice sur la gestion des placements. Se basant sur une gouvernance efficiente et efficace, il était attendu que les compagnies mettent en place avant le 1^{er} août 2012 une stratégie de placements soutenue par des objectifs opérationnels et des mesures de contrôle appropriées des portefeuilles, tant au niveau de la qualité et de la diversité que de la performance²⁰².

Enfin, bien entendu, les placements et prêts de l'assureur, ainsi que ses revenus de placements, doivent être déclarés dans les états annuels remis à l'AMF²⁰³. La corrélation entre les investissements découlant du placement et le retour « primes-prestations » peut par ailleurs s'avérer difficile, sinon impossible, à faire.

¹⁹⁹ *Loi sur les assurances*, chapitre A-32, à l'article 244.2.

²⁰⁰ *Ibid.*, à l'article 248.

²⁰¹ *Ibid.*, à l'article 271.

²⁰² Autorité des marchés financiers, *Ligne directrice sur la gestion des placements*, août 2010, consulté en ligne : <<https://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/reglementation/lignes-directrices-toutes-institutions/2010juil08-ld-gestion-placements-fr.pdf>>.

²⁰³ *Loi sur les assurances*, chapitre A-32, aux paragraphes 301(1)a) et 308(1)b).

2.4.2.4. Les autres recettes

Les assureurs peuvent également recevoir des revenus provenant des honoraires liés aux polices à services administratifs seulement (*service administrative only*) en vertu desquelles la compagnie d'assurance administre les polices ou fournit un service administratif, mais n'assure aucun risque financier. Les employeurs – ou preneurs – confient à ce titre la gestion de l'assurance aux assureurs ou à des tiers administrateurs²⁰⁴.

2.4.3. Les dépenses

2.4.3.1. Les prestations versées

Les prestations versées pour faire suite à la réalisation des risques assurés représenteraient la majeure partie des dépenses des compagnies d'assurance de personnes, pour un total d'un peu moins de 17 milliards de dollars au Québec (sur environ 84,1 milliards au Canada)²⁰⁵. De ces 17 milliards de dollars, un peu moins de 6 milliards ont été reversés pour l'assurance maladie (y compris l'assurance médicaments) et un peu plus d'un milliard a servi à financer les services administratifs seulement²⁰⁶. Si nous ne considérons que les prestations versées aux assurés de régimes collectifs, nous constatons que les prestations pour l'ensemble des types de protections se sont élevées à 10,9 milliards en 2015 au Québec. De ce montant, 737 millions ont été alloués aux détenteurs d'une assurance vie et 5,6 milliards aux personnes ayant une assurance maladie. Le reste a été distribué sous la forme de rentes.

Les résultats de l'enquête ne nous permettent pas d'analyser en détail les prestations, puisque seuls 23 % des répondants dont l'entreprise offre des assurances collectives ont fourni des informations sur cet aspect. La médiane des prestations annuelles par employé pour ces répondants est de 1 029 \$. Pour les répondants qui ont indiqué que les prestations annuelles étaient inférieures au 1^{er} centile ou supérieures au 99^e centile, nous avons recodé la réponse à « ne sait pas ». Les prestations en fonction du nombre de protections offertes par l'entreprise donnent des réponses incohérentes, sans doute en raison du faible nombre de répondants. La médiane pour les régimes collectifs qui offrent cinq protections est de 1 400 \$, ce qui est supérieur aux médianes observées pour les régimes qui offrent six, sept et huit protections ou plus (800 \$, 1 014 \$ et 1 220 \$, respectivement). Ainsi, il

Les résultats de l'enquête suggèrent que l'information sur les prestations totales n'est pas facilement accessible pour les RAC ou qu'ils ne sont pas intéressés à l'avoir.

²⁰⁴ Luc PLAMONDON, « Les assurances collectives de personnes en faveur des salariés », (1987), à la page 300.

²⁰⁵ ACCAP, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, à la page 3 de l'annexe, consulté en ligne : <<http://elhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016>>.

²⁰⁶ *Id.*

apparaît que l'information sur les prestations totales n'est pas facilement accessible pour les responsables des assurances collectives ou qu'ils ne sont pas intéressés à l'avoir.

Par contre, 42 % des répondants dont l'entreprise offre des assurances collectives sont en mesure d'identifier le pourcentage des prestations totales qui est dédié à l'assurance médicaments. En moyenne, ces répondants ont indiqué que le remboursement des médicaments et des services pharmaceutiques captait de 50 à 69 % des prestations totales. Ce résultat varie peu si nous considérons le pourcentage dédié à l'assurance médicaments en fonction du nombre de protections offertes par l'entreprise, indiquant que les médicaments représentent toujours une dépense très importante. Ainsi, il semblerait qu'il est plus facile pour les répondants d'identifier la répartition des prestations totales plutôt que d'en fournir le montant exact. Ceci n'est pas surprenant, puisque dans plusieurs enquêtes, les questions portant sur des montants précis ont généralement des taux de « non-réponse » plus élevés que les autres types de questions. Notons qu'un peu moins de la moitié (44 %) des répondants qui ne sont pas en mesure d'identifier le pourcentage des prestations totales qui est utilisé pour rembourser les médicaments jugent qu'il serait important pour eux d'avoir cette information. Encore une fois, ceci pourrait dénoter un manque d'intérêt de la part des RAC concernant certaines caractéristiques des contrats d'assurance collective. Il est également possible que certains assureurs ou intermédiaires ne fournissent pas la subdivision des prestations totales en fonction de chaque protection. Le pourcentage des RAC qui auraient aimé connaître le pourcentage des primes totales qui est dédié à l'assurance médicaments est similaire à celui des DG (37 %).

Si nous considérons uniquement les prestations versées pour le remboursement de médicaments, nous observons que chaque employé a obtenu un remboursement médian de 659 \$ sur une base annuelle²⁰⁷. Ce montant est similaire à ce qui était observé en 2013 pour les personnes assurées par la RAMQ, puisque ces dernières ont obtenu un remboursement moyen de 684 \$²⁰⁸. Bien que les montants remboursés entre les deux régimes soient similaires, ceci ne tient pas compte des

²⁰⁷ Pour pouvoir calculer les prestations annuelles par employé pour l'assurance médicaments, nous avons commencé par calculer la portion des prestations totales qui est dédiée à l'assurance médicaments. Puisque l'enquête nous fournit le pourcentage des prestations totales qui est dédié à l'assurance médicaments en six catégories (moins de 30 %, de 30 à 39 %, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % et de 70 % et plus), nous avons multiplié les prestations totales par le point milieu de chaque catégorie. Nous avons ensuite divisé ce montant par le nombre d'employés de l'entreprise. Ainsi, nous avons considéré que l'ensemble des employés de l'entreprise avaient une assurance médicaments. Ceci est susceptible de sous-estimer le montant des prestations par employé, puisqu'il est possible que seule une fraction des employés bénéficie de l'assurance médicaments.

²⁰⁸ Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion, 2012-2013*; Régie de l'assurance maladie du Québec, *Tableau AM.04 Évolution des principaux facteurs de coût, 2009-2013 Régime public d'assurance médicaments*, Québec, 2013; Régie de l'assurance maladie du Québec, *Tableau AM.06 Principales variables selon la catégorie de personnes assurées Régime public d'assurance médicaments*, Québec, 2013; ministère des Finances et Revenu Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, 2013. Les prestations sont calculées en soustrayant la contribution des personnes assurées et les primes du coût brut. Le coût brut inclut le coût des médicaments et des services pharmaceutiques. La contribution des personnes assurées inclut la franchise et la coassurance.

écarts de coassurance ou des types de médicaments consommés par les assurés. Il n'est donc pas possible de conclure que les personnes qui détiennent une assurance collective privée ont la même consommation de médicaments que celles qui ont une assurance publique. De plus, il convient d'être prudent avec les résultats de l'enquête sur les prestations en raison du faible nombre de répondants inclus dans le calcul.

Parmi les responsables des assurances collectives consultés, 7 % ont indiqué que les remboursements des assureurs changeaient selon la pharmacie choisie tandis que près de 10 % ont indiqué ne pas le savoir. Il nous est impossible d'identifier la raison pour laquelle 7 % des RAC sondés sont influencés, dans le choix de pharmacie, par le remboursement de l'assureur. Nous ne pouvons déterminer si, dans ces cas, l'assureur incite l'assuré à se rendre dans une pharmacie particulière. Si cet incitatif est présent, son caractère légal dépend de l'autonomie qui est ou non conférée par l'assureur à l'assuré dans le choix de son pharmacien.

2.4.3.2. Les commissions et bonus

Les commissions et bonus représentent les revenus versés aux distributeurs indépendants que sont les courtiers et les représentants en assurance. Comme nous l'avons indiqué, seuls les distributeurs qui travaillent pour le compte des assureurs ont l'obligation de déclarer leur revenu à compter de l'obtention d'une commission excédant 30 % du coût de l'assurance²⁰⁹. Selon un portrait de l'industrie de la distribution de produits d'assurance sans représentant, publié en 2010, cette obligation serait rarement respectée²¹⁰.

²⁰⁹ LDPSF, à l'article 431.

²¹⁰ Regroupement des cabinets de courtage d'assurance du Québec, *Mémoire sur le projet de Loi 188 - Protéger le consommateur avec équité et efficacité*, septembre 2015, consulté en ligne :

<http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/ministere/fr/MINFR_LDPSF_RCCAQ.pdf>.

Étonnamment, cette obligation que l'on retrouve dans la LDPSF et dans le *Code de déontologie* n'existe pas pour les autres représentants en assurance. Pourtant, ces derniers reçoivent aussi une commission de la compagnie d'assurance avec laquelle le preneur décide de faire affaire, puisque leurs services sont théoriquement sans frais supplémentaires pour le preneur. Ainsi, les

Les résultats de l'enquête indiquent que 53 % des intermédiaires qui sont rémunérés en pourcentage des primes totales dévoilent ce pourcentage aux preneurs de régimes, bien qu'ils n'aient pas l'obligation de le faire.

institutions financières, les compagnies d'assurance, les agences de courtages, les sociétés mutuelles, les courtiers, les représentants autonomes et les représentants de ces sociétés d'assurances privées n'ont pas, à l'heure actuelle, à dévoiler la part exacte de commission (de vente et de suivi) redistribuée à chacun des intermédiaires qui participe à la vente d'assurances privées de personnes. En effet, l'assureur est uniquement obligé d'indiquer dans ses états financiers annuels les salaires, commissions, cotisations à des régimes de rentes et autres frais généraux d'opération pour chaque catégorie d'assurance de manière globale et non détaillée²¹¹. Les résultats du volet B de l'enquête montrent néanmoins que 53 % des intermédiaires (courtiers en assurances ou actuaires, par exemple) qui sont rémunérés en pourcentage des primes totales dévoilent ce pourcentage aux preneurs de régimes d'assurances collectives, ce qui est positif étant donné qu'ils n'ont pas l'obligation de le faire.

Il est également intéressant de noter que dans son dernier rapport quant aux pratiques commerciales des assureurs, l'AMF rappelle que les incitatifs financiers – tels les bonis, commissions, salaires, primes et honoraires présents dans les programmes de rémunération ainsi que les avantages comme les concours, promotions, privilèges et cadeaux – ne devaient pas porter atteinte à l'obligation de l'intermédiaire d'assurance d'agir équitablement dans leur relation avec les adhérents²¹². L'AMF déplorait par la même occasion l'usage de concours de ventes ciblant un certain produit d'assurance afin d'en stimuler les ventes au détriment du besoin réel des adhérents, encourageant plutôt de bonnes pratiques de gestion, telle la mise en place d'une politique de gestion des incitatifs qui stipulerait qu'un non-respect des règles du *Code de déontologie* peut entraîner la suspension du versement des incitatifs.

2.4.3.3 Comparaisons pertinentes

Au sein de l'Union européenne, en vertu de la directive DIA 2, tous les intermédiaires en assurance, dont les courtiers et les représentants en assurance, doivent déclarer et communiquer

²¹¹ *Loi sur les assurances*, A-32, article 307.

²¹² Autorité des marchés financiers, *Présentation des résultats de l'autoévaluation des pratiques commerciales par les assureurs*, juillet 2015, à la page 7, consulté en ligne : <https://www.lautorite.qc.ca/files/pdf/professionnels/assureurs/autoevaluation_pratiques-commerciales.pdf>.

publiquement tous leurs revenus et autres avantages économiques reçus afin d'éviter les conflits d'intérêts²¹³.

Au Royaume-Uni, selon les lignes directrices de la Financial Conduct Authority, un intermédiaire d'assurance, comme un courtier, est tenu de dévoiler la commission gagnée à la suite de la vente d'un produit d'assurance uniquement si le client en fait la demande²¹⁴.

Aux États-Unis, l'*Affordable Care Act* n'exige pas la communication de ces informations. Néanmoins, bien que les courtiers états-uniens n'aient pas à déclarer pour chaque transaction le montant des commissions reçues, il existe dans une vingtaine d'états une réglementation qui les oblige à dévoiler les commissions reçues globalement²¹⁵.

En Australie, il est plutôt prévu que les courtiers déclarent à leurs clients leur rémunération et tout intérêt dans la vente de produits financiers. Ils ont également des obligations de Common Law d'éviter les conflits d'intérêts et de refuser les cadeaux relativement à la vente de services²¹⁶.

2.4.4. La rentabilité par produit d'assurance

Il y a peu d'information disponible sur la profitabilité des assureurs ou sur la rentabilité des différents produits. Afin de faire une analyse partielle de la rentabilité de chaque produit d'assurance, nous présentons au Tableau 4 le ratio des prestations sur les primes pour l'assurance vie, l'assurance maladie et les rentes selon que l'assurance est individuelle ou collective. L'excédent de primes qui n'est pas reversé sous la forme de prestations est utilisé pour couvrir les frais administratifs, les autres dépenses et les profits des assureurs.

Il ressort de ce tableau que le montant de prestations versées par rapport aux primes est plus faible pour l'assurance individuelle que collective dans le cas de l'assurance vie et de l'assurance maladie. C'est pour l'assurance vie que l'écart entre les régimes individuels et collectifs est le plus faible.

²¹³ Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurance, art. 57.

²¹⁴ Financial Conduct Authority, *FCA Handbook*, United-Kingdom, Consulté en ligne : <<https://www.handbook.fca.org.uk/handbook/ICOB/4/4.html>>.

²¹⁵ Sean M. FITZPATRICK, *The Small Laws: Eliot Spitzer and the Way to Insurance Market Reform*, 74 *Fordham L. Rev.* 3041, 3046-47 (2006), tiré de Daniel SCHWARCZ, « Beyond Disclosure: The Case for Banning Contingent Commissions », *Yale Law & Policy Review*, Vol. 25-Iss. 2, Article 3, (2006), consulté en ligne : <<http://digitalcommons.law.yale.edu/ylpr/vol25/iss2/3>>.

²¹⁶ Competition and Consumer 2010 - SCHEDULE 2, The Australian Consumer Law - Commonwealth Consolidated Acts, à l'article 2, consulté en ligne : <http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/caca2010265/sch2.html>. L'article 179 du *Crimes Act* 1958 (Vic) prévoit également que les courtiers ne peuvent recevoir toute « secret commission ».

Au Québec, 56 % des primes d'assurance vie individuelle et 67 % des primes d'assurance vie collective sont reversées aux assurés. Du côté de l'assurance maladie, c'est 41 % des primes pour les contrats individuels et 79 % des primes pour les contrats collectifs qui font partie d'un régime assuré qui sont reversées sous la forme de prestations. Comme mentionné précédemment, les contrats qui font partie d'un régime assuré sont des contrats offerts par un employeur ou une association et dans lesquels les prestations sont garanties par l'assureur. Les contrats qui ne font pas partie d'un régime assuré sont des contrats offerts par un employeur (ou une association) qui défraie seul les coûts associés aux avantages sociaux. Les primes ne sont pas garanties par un assureur de sorte que c'est l'employeur qui assume la totalité du risque. Dans ces types de contrats, le rôle de l'assureur se limite à la gestion des contrats, et la partie des primes qui n'est pas reversée aux assurés est principalement utilisée pour couvrir ces frais²¹⁷. C'est ce qui explique le ratio excessivement élevé des prestations sur les primes.

Tableau 4 : Ratio des prestations versées aux assurés sur les primes reçues par les assureurs au Québec et au Canada en 2015

	Québec	Canada
Vie		
Individuelle	0,56	0,56
Collective	0,67	0,75
Total	0,59	0,60
Maladie		
Individuelle	0,41	0,45
Collective (régimes assurés)	0,79	0,77
Collective (régimes non assurés)*	0,95	0,95
Total	0,77	0,81
Rentes		
Individuelle	1,02	1,15
Collective	0,61	0,79
Total	0,74	0,91
Total		
Individuelle	0,75	0,81
Collective	0,71	0,82
Total	0,72	0,81

*Notes : Les régimes non assurés sont des régimes d'assurances collectifs offerts par les employeurs à leurs employés. C'est l'employeur qui assume la totalité des coûts associés aux avantages sociaux, et les prestations ne sont pas garanties par l'assureur.

Autant pour l'assurance vie que pour l'assurance maladie qui fait partie d'un régime assuré, l'écart entre les ratios observés pour les assurances collectives et individuelles peut s'expliquer,

²¹⁷ Michel GILBERT, L'assurance collective en milieu de travail, *Réseau juridique du Québec*, 2016.

du moins en partie, par un coût administratif plus élevé associé aux assurances individuelles, puisque l'assureur doit gérer une multitude de contrats personnalisés plutôt qu'un ou deux types de contrats identiques. Ainsi, bien que les assurances individuelles puissent sembler plus rentables pour l'assureur, la présence de coûts administratifs plus élevés nous empêche d'affirmer que c'est bel et bien le cas. Il importe de mentionner qu'il n'est pas possible d'analyser ce ratio pour l'assurance médicaments seulement, puisque les données de l'ACCAP ne permettent pas de faire une telle distinction. Cependant, si les répondants de l'enquête avaient été en mesure de fournir les données sur les primes et les prestations totales, il aurait été possible de le faire à partir du pourcentage des primes et des prestations totales qui est dédié à l'assurance médicaments. Nous croyons que cette information est généralement accessible, puisque si les répondants connaissent le pourcentage des primes et des prestations qui est dédié à l'assurance médicaments il n'y a pas de raison de croire que l'information sur les montants totaux n'est pas accessible. Nous croyons plutôt que certains répondants ont choisi de ne pas la demander à leur assureur ou intermédiaire.

Du côté de l'assurance maladie, la présence de contrats qui ne font pas partie de régimes assurés nous permet de pousser l'analyse un peu plus loin. Nous nous basons sur la méthodologie employée par Law et ses collègues²¹⁸. Dans leur article, les auteurs supposent que pour les contrats qui font partie de régimes non assurés, la totalité des primes qui ne sont pas reversées sous forme de prestations est utilisée pour les frais administratifs et que les profits des assureurs et

En supposant que les frais administratifs sur l'assurance maladie collective sont les mêmes pour les régimes assurés et non assurés, nous concluons que les profits et les autres dépenses des assureurs s'élèvent à 16 % au Québec et à 18 % au Canada. Cependant, il n'est pas possible de départager la part de profit et la part de dépenses additionnelles. De plus, ce résultat exclut les profits (ou les pertes) qui pourraient provenir d'investissements des surplus de primes.

les autres dépenses sur ces types de contrats sont nuls. Dans ce cas, nous notons que les frais administratifs pour l'assurance maladie collective sont de 5 % au Québec et au Canada (1 moins 0,95, comme le montre le Tableau 4). En outre, si nous supposons que les frais administratifs sur l'assurance maladie collective sont les mêmes pour les régimes assurés et non assurés, nous concluons que les profits et les autres dépenses des assureurs s'élèvent à 16 % (100 % moins 5 % de frais administratifs moins ratio de 79 % du Tableau 4) au Québec et à 18 % (100 % moins 5 % de frais administratifs moins ratio de 77 % du Tableau 4) au Canada. Cependant, il n'est pas possible de départager la part de profit et la part de dépenses additionnelles sur ces types de

²¹⁸ Michael LAW, M. R., KRATZER, J., et I.A. DHALLA, *The increasing inefficiency of private health insurance in Canada*, Canadian Medical Association Journal, 186(12), 2014.

contrats. De plus, ce résultat ne tient pas compte des profits (ou des pertes) qui peuvent résulter d'investissements des surplus de primes.

Il est difficile de déterminer si une rentabilité moyenne « primes-prestations » se situant entre 5 % et 20 % est une rentabilité normale et acceptable pour un acteur du RGAM qui se voit « garantir » une clientèle. À ce sujet, nous trouvons pertinent d'indiquer qu'aux États-Unis, en 2012, l'*Affordable Care Act* (« Obama Care ») – si cette réforme demeure en vigueur avec la nouvelle administration – vise à mettre en place un dispositif de contrôle des compagnies d'assurance privées sous la forme d'une obligation de reddition de comptes. Les fournisseurs d'assurances privées américains sont, depuis, légalement tenus de payer de 80 à 85 % des primes qu'ils perçoivent sous forme de prestations aux employeurs ou, à défaut, de fournir des remises à leurs clients. À ce titre, en 2012, près de un milliard de dollars ont été reversés par les compagnies d'assurance. Cette reddition de compte laisse supposer qu'une marge de 15 à 20 % des primes qui est dédiée à la rentabilité et aux frais administratifs est acceptable pour les assureurs qui font affaire dans un système public.

Un autre exemple intéressant à souligner est celui de l'Australie. Notons que dans ce pays les assureurs qui souhaitent être désignés comme des assureurs qui offrent des produits d'assurance conformes ne peuvent effectuer aucune modification quant au montant de la prime de l'assuré²¹⁹. Toute hausse doit être demandée au préalable au ministre de la Santé de l'Australie²²⁰, et cette demande est accompagnée d'information financière qui favorise la transparence des compagnies d'assurance vis-à-vis le public. Lors de cette démarche, le ministère de la Santé peut s'informer notamment quant à leur rentabilité « primes-prestations » dans les données collectées par l'Australian Prudential Regulation Authority auprès de l'ensemble des assureurs qui sont consolidées puis publiées dans un rapport trimestriel²²¹. Le ministre de la Santé doit autoriser une hausse demandée par une compagnie d'assurance, à moins qu'il juge que cette hausse est contraire à l'intérêt public²²². En pratique, il arrive que le Ministère demande aux assureurs de soumettre des hausses de tarif plus basses. Dans l'éventualité où l'assureur perd son qualificatif de fournisseur de produit d'assurance conforme, il perd de nombreux avantages qui sont donnés à

²¹⁹ *Private Health Insurance Act*, section 66-10 (1).

²²⁰ *Id.*

²²¹ AUSTRALIAN PRUDENTIAL REGULATION AUTHORITY, *Private Health Insurance Quarterly Statistics: June 2016*, 2016, en ligne : <<http://www.apra.gov.au/PHI/Publications/Documents/1608-QSR-20160630.pdf>> (consulté le 8 novembre), p.

²²² *Private Health Insurance Act*, préc., note 1, section 66-10 (3).

ces assureurs. Parmi ceux-ci, nous notons un système de subvention gouvernemental visant à réduire le coût des primes pour les preneurs²²³.

Les contrats de rentes individuels sont le seul exemple de produits où les prestations versées excèdent les primes (1,02 au Québec et 1,15 au Canada). Ceci peut s'expliquer par la nature de ces contrats. En effet, selon l'ACCAP, environ 15 % des contrats individuels sont au stade de service, c'est-à-dire au stade où ils garantissent un revenu aux assurés. En comparaison, seulement 5 % des contrats collectifs sont à ce stade (ils sont en majorité au stade de capitalisation, soit au stade où les assurés contribuent aux différents instruments d'épargne ou à un régime de retraite, mais ne retirent pas de rentes), ce qui est cohérent avec un ratio inférieur à un²²⁴.

Selon l'ACCAP, le surplus des primes versées est placé dans des fonds d'investissement à long terme. Ces placements servent à générer de l'argent qui est ensuite comptabilisé pour calculer les primes suivantes aux assurés. Il faudrait effectuer une enquête auprès des assureurs pour obtenir plus d'informations à ce sujet.

En moyenne, sur l'ensemble des types d'assurances, le ratio des prestations sur les primes est de 0,75 pour les assurances individuelles et de 0,71 pour les assurances collectives au Québec. Au Canada, ces ratios sont de 0,81 et de 0,82 respectivement. Bien que ceci semble indiquer que le Québec est plus « profitable » aux assureurs que le reste du Canada, nous notons que c'est en raison des rentes qu'il existe un écart entre les deux. En effet, si nous excluons les rentes du calcul, le ratio pour l'assurance individuelle est de 0,53 au Québec et de 0,54 au Canada. Pour l'assurance collective, il est de 0,80 au Québec et 0,83 au Canada. Il est possible que les différences observées entre le Québec et le Canada pour le ratio des prestations versées sur les primes reçues pour les rentes s'expliquent par le stade auquel les contrats se trouvent. En effet, si les contrats au Québec sont davantage au stade de capitalisation que les contrats de l'ensemble du Canada, alors le ratio sera plus faible au Québec. Il est également possible que les contrats de rentes soient plus favorables aux assureurs au Québec qu'au Canada, mais, étant donné la similarité des ratios pour les deux autres types d'assurances, ceci nous semble peu probable. Si l'assurance maladie qui ne fait pas partie d'un régime assuré est exclue des assurances collectives, le ratio chute à 0,71 au Québec et à 0,79 au Canada. Cet écart s'explique par l'importance relative des régimes autoassurés entre le Canada et le Québec, puisque pour ces régimes la quasi-totalité des primes est reversée en prestations (les employeurs étant ceux qui assument l'entièreté des risques).

²²³ *Private Health Insurance Act*, préc., note 1, section 20-1.

²²⁴ ACCAP, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, consulté en ligne : <<http://clhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016>>.

Les résultats de l'enquête nous indiquent qu'il est très difficile pour les répondants d'identifier les primes et les prestations totales. Étant donné que cette information est une caractéristique de base des contrats d'assurance, nous croyons qu'elle dénote un certain manque d'intérêt ou de connaissance de la part des RAC. Au total, seuls 20 % des répondants ont réussi à identifier les deux valeurs. De plus, parmi ces réponses, nous notons un nombre élevé de répondants pour qui les primes sont au moins deux fois plus élevées que les prestations (33 %). Étant donné les résultats présentés au Tableau 4 concernant le ratio des prestations sur les primes (environ 0,72), ceci semble suggérer que les deux réponses ne sont pas nécessairement compatibles ou, à tout le moins, qu'elles doivent être interprétées avec prudence.

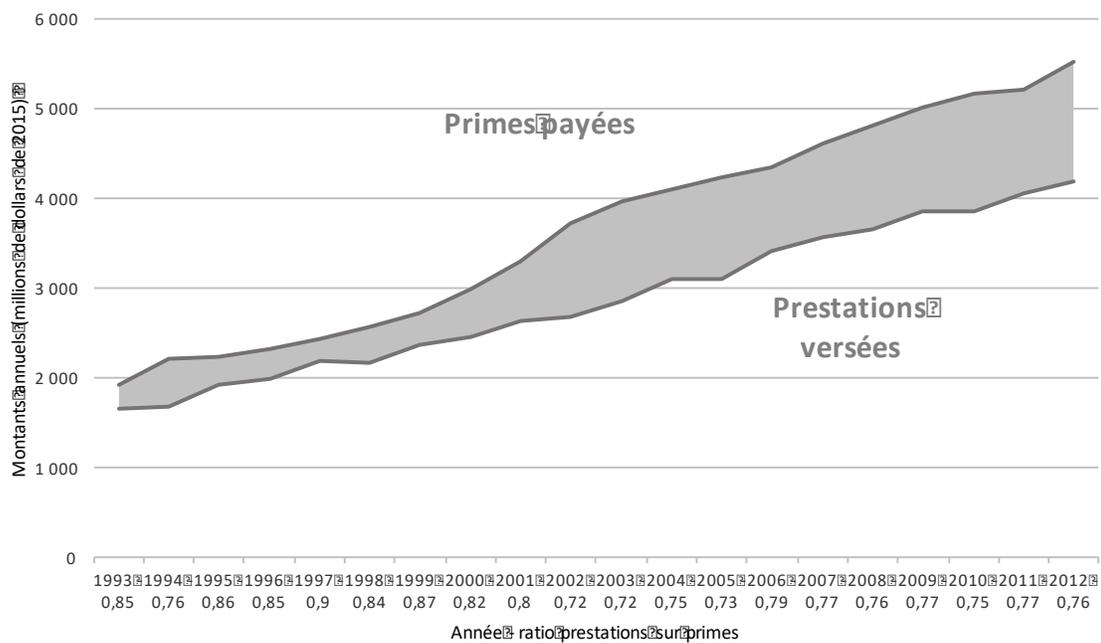
Ainsi, en raison de la faible proportion de répondants qui ont fourni les primes et les prestations totales, les résultats de l'enquête ne peuvent pas être comparés aux résultats provenant des données agrégées de l'ACCAP. Nous poursuivons donc notre analyse en nous basant sur les données de l'ACCAP, qui nous permettent d'évaluer l'évolution temporelle des primes et des prestations. La

Figure 13 présente cette évolution, entre 1993 et 2012, pour les primes payées et les prestations versées pour les contrats d'assurance maladie collectifs qui font partie de régimes assurés au Québec. Les montants, qui proviennent des rapports annuels de l'ACCAP, sont ramenés en dollars de 2015 en utilisant l'indice des prix à la consommation entre 1993 et 2015²²⁵.

Afin d'isoler les primes et les prestations associées aux assurances collectives qui font partie de régimes assurés, nous avons soustrait des montants totaux les primes et les prestations qui proviennent d'assurances individuelles et d'assurances collectives qui font partie de régimes non assurés.

²²⁵ Gouvernement du Canada, *Indice des prix à la consommation, aperçu historique (1996 à 2015)*, consulté en ligne : <<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/econ46a-fra.htm>>.

Figure 13 : Évolution des primes et des prestations pour les contrats d'assurance maladie collectifs (qui font partie de régimes assurés seulement) au Québec entre 1993 et 2012



Source : Faits et statistiques – Les assurances de personnes au Québec, 1993 à 2012. Documents fournis par l'ACCAP. La ligne supérieure montre l'évolution des primes payées et la ligne inférieure celle des prestations. La zone grise représente l'écart entre les deux. Ces données ne peuvent être comparées à celles de la période 2013-2015 puisque la méthode qui permet de calculer le nombre d'assureurs a changé. À partir de 2013, les données incluent les assureurs à but non lucratif.

Les primes et les prestations des régimes collectifs non assurés étaient directement accessibles dans les rapports annuels de l'ACCAP. Pour celles associées aux assurances individuelles, il a fallu procéder à une estimation à partir de données canadiennes. Nous avons commencé par calculer le pourcentage des primes et des prestations qui était attribué à l'assurance maladie individuelle au Canada entre 1993 et 2011²²⁶. Nous avons ensuite considéré que ces pourcentages étaient les mêmes au Québec et au Canada, ce qui nous a permis de calculer les primes et les prestations individuelles au Québec à partir des montants totaux²²⁷.

²²⁶ Nous avons déduit les montants approximatifs des primes et des prestations versées à partir des Figures 1 et 2 de l'article suivant : Michael R. LAW, Jilian KRATZER et Irfan A. DHALLA, *The increasing inefficiency of private insurance in Canada*, 186(12) *CMAJ* E470, 2014.

²²⁷ Pour l'année 2012, puisqu'il n'a pas été possible de calculer les pourcentages, nous avons pris les mêmes qu'en 2011.

Bien que cette méthodologie nous donne une approximation des montants réels, c'était la seule manière de réussir à départager les éléments individuels et collectifs. De plus, puisque l'importance relative des primes et des prestations pour les contrats individuels et collectifs est similaire au Québec et au Canada, cette approche nous semblait appropriée. En effet, les primes payées par les assurés de régimes individuels représentent 10 % des primes individuelles et collectives faisant partie de régimes assurés au Québec et 8 % au Canada. Pour les prestations, celles reversées aux assurés de régimes individuels s'élèvent à 14 % au Québec et à 16 % au Canada.²²⁸

Ce qui ressort de la

²²⁸ ACCAP, *Faits sur les assurances de personnes au Canada - Édition 2016*, consulté en ligne : <<http://clhia.uberflip.com/i/726444-faits-sur-les-assurances-de-personnes-au-canada-2016>>.

Figure 13 est l'augmentation rapide de l'écart entre les primes et les prestations entre 1999 et 2002. À partir de 2003, l'écart continue de se creuser, mais à un rythme plus lent. Ceci se reflète d'ailleurs dans l'estimation du ratio des prestations sur les primes, qui diminue rapidement entre 1999 et 2002 puis se stabilise pour le reste de la période étudiée. Le ratio a donc commencé à diminuer quelques années suivant l'introduction de l'assurance médicaments obligatoire en 1997, moment où les personnes qui avaient accès à une assurance collective privée avaient l'obligation d'y souscrire. Dans l'éventualité où les personnes qui ont nouvellement souscrit une assurance privée sont en bonne santé par rapport au reste de la population, les assureurs se sont retrouvés avec une augmentation du nombre de personnes qui paient des primes, mais qui font peu de demandes de règlements, ce qui pourrait partiellement expliquer la diminution subséquente du ratio.

Tableau 5 : Coût brut, contribution des personnes assurées, prestations et primes totales pour les assurés du régime public d'assurance médicaments

	Coût brut	Contribution des personnes assurées	Prestations	Primes
1999-2000	2 129	452	1 308	369
2005-2006	3 544	670	2 103	772
2008-2009	4 098	753	2 477	867
2009-2010	4 327	801	2 600	926
2010-2011	4 302	806	2 573	923
2011-2012	4 258	796	2 544	918
TCAM	5,95 %	4,82 %	5,70 %	7,89 %

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, *Rapport annuel de gestion*, 1999-2000 à 2012-2013; ministère des Finances et Revenu Québec, *Statistiques fiscales des particuliers*, 2000 à 2013. Tous les montants sont en millions de dollars de 2015. Le coût brut inclut le coût des médicaments et des services pharmaceutiques. La contribution des personnes assurées inclut la franchise et la coassurance. Les prestations sont calculées en soustrayant la contribution des personnes assurées et les primes du coût brut.

Entre 1999 et 2012, les primes ont augmenté à un taux annuel moyen de 5,58 %, tandis que les prestations ont augmenté de 4,59 % par année. En guise de comparaison, si nous regardons les primes versées et les prestations reçues par les assurés du régime public d'assurance médicaments, au Tableau 5, nous notons une augmentation annuelle moyenne des primes de 7,89 % et des prestations de 5,70 % au cours de la même période. Ainsi, dans les deux cas, les primes ont augmenté plus rapidement que les prestations. Cependant, pour les années les plus récentes (2009 à 2011), les primes et les prestations pour les assurés du régime public ont diminué tandis que celles pour les assurés des régimes privés ont continué d'augmenter. Bien entendu, l'évolution des primes et des prestations pour les assurés de régimes privés concerne l'assurance maladie tandis que celle pour les assurés du régime public concerne seulement l'assurance médicaments, ce qui limite la comparabilité entre les deux.

D'ailleurs, une limitation importante de cette analyse est l'inclusion de plusieurs types de protections (assurances soins médicaux et paramédicaux, médicaments, hospitalisations, invalidité, etc.) qui dépendent de différents facteurs. Par exemple, l'assurance invalidité nécessite que les assureurs mettent des fonds de côté, puisque les prestations seront versées plus tard. À l'inverse, pour l'assurance médicaments, par exemple, les primes et les prestations sont généralement versées au cours de la même période. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de séparer les types de protections puisque les données de l'ACCAP ne font pas la distinction. Nous croyons qu'il serait possible d'effectuer une telle analyse à partir de l'information contenue dans les contrats d'assurance collective, à condition que les personnes interrogées soient

intéressées à connaître les montants exacts des primes et des prestations qui sont dédiées à l'assurance médicaments. Une seconde limitation est que les données avant 1997 ne sont pas parfaitement comparables aux années suivantes, puisqu'elles n'incluaient pas l'ensemble des assureurs actifs sur le marché.

Pour pouvoir se prononcer sur l'effet du changement de primes et de prestations sur la rentabilité des assureurs, il faudrait d'abord être en mesure de séparer les différents types de protections inclus dans l'assurance maladie. Ensuite, même en supposant, comme précédemment, que les dépenses administratives des assureurs représentent environ 5 % des primes, il faudrait pouvoir déterminer quelle portion des primes est mise de côté pour payer les prestations futures et quelle portion est utilisée pour les autres dépenses afin de connaître la marge de profit. Il faudrait pouvoir contacter directement les assureurs pour faire un tel travail.

Il importe de préciser que les résultats présentés dans la

Figure 13 ne peuvent être comparés à ceux du Tableau 4 en raison d'un changement dans la manière de calculer le nombre d'assureurs au Québec. En effet, les données après 2012 incluent les assureurs à but non lucratif tandis que les données précédant cette date concernent exclusivement les assureurs à but lucratif.

2.5. La performance économique des assureurs

Au Canada, les compagnies d'assurance sont essentiellement des sociétés par actions. Elles représenteraient de 80 à 90 % du marché des assurances²²⁹. L'ACCAP considère que l'industrie des assurances est « fortement concurrentielle²³⁰ ». Les acteurs, mais également le gouvernement du Québec, partagent ce point de vue et expliquent que le marché est dynamique et en pleine expansion²³¹. Dans des études portant non pas sur le secteur des assurances, mais sur le secteur des médicaments novateurs et génériques, le Bureau de la concurrence s'est d'ailleurs penché sur les régimes d'assurance collective et n'a pas noté d'atteinte concurrentielle²³².

Le fait que la majorité des employeurs fait affaire avec une dizaine d'assureurs ne nous permet pas de conclure sur la concentration du marché. Pour cela, nous nous basons plutôt sur l'indice de Herfindahl-Hirschman (ci-après « IHH ») et sur le ratio de concentration des quatre plus grandes entreprises sur le marché (ci-après « RC4 »). L'IHH est calculé en additionnant les parts de marché au carré de chaque assureur tandis que le RC4 est la somme des parts de marché des quatre plus importants assureurs. Dans les deux cas, nous avons utilisé le pourcentage d'employés couverts par chaque assureur pour estimer les parts de marché²³³. Les résultats du volet B donnent un IHH de 1 341 et un RC4 de 50 %. Selon le département de la Justice des États-Unis²³⁴, lorsque l'IHH se situe en deçà de 1 500, le marché étudié est peu concentré, indiquant qu'il y a peu d'inquiétudes quant à la compétitivité dudit marché. Similairement, selon le Bureau de la concurrence, lorsque le RC4 est inférieur à 65 %, le marché est considéré comme

²²⁹ Jeremiah HURLEY et G. Emmanuel GUINDON, *Private Health Insurance in Canada*, CHEPA Work Paper 08-04, Hamilton, McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis, (2008), à la page 16.

²³⁰ ACCAP, *Pourquoi ces écarts de prix entre les médicaments?*, Lettre réplique de Lyne Duhaime, Le Soleil, 10 mars 2016.

²³¹ Pour les acteurs : *Les fusions et acquisitions devraient se multiplier ces trois prochaines années*, Le Journal de l'Assurance, 28 janvier 2016 et *Les assureurs se livrent une vive concurrence en collectif*, Le Journal de l'Assurance, 19 décembre 2011.

²³² Bureau de la concurrence, *Étude du secteur canadien des médicaments génériques*, Ottawa, 2007 et Bureau de la concurrence, *Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir*, Ottawa, 2008.

²³³ Dans certains cas, les répondants ont indiqué faire affaire avec plus d'un assureur. Pour calculer les deux ratios, nous avons donc divisé également le nombre d'employés entre chaque assureur. Les indices excluent les régimes autogérés ainsi que les répondants qui ne connaissaient pas le nom de leur assureur.

²³⁴ The United-States Department of Justice, *Herfindahl-Hirschman Index*, 2015, consulté en ligne <<https://www.justice.gov/atr/herfindahl-hirschman-index>>.

peu concentré²³⁵. Il importe de mentionner que les produits offerts par les quatre plus grands assureurs sont similaires à ceux offerts par les autres. En effet, nous ne notons pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes en ce qui concerne les montants annuels de la franchise pour l'assurance médicaments, le pourcentage de coassurance pour l'assurance médicaments, le nombre de protections ou le pourcentage d'augmentation des primes.

Bien que le marché soit peu concentré, ceci ne suffit pas pour affirmer que le pouvoir de marché ne permet pas aux assureurs de faire des profits économiques anormaux. Une des sources les plus communes de pouvoir de marché concerne la possibilité que les preneurs puissent faire face à des contraintes importantes pour changer d'assureur (*switching costs* en anglais). Si c'est le cas, ces employeurs sont peu susceptibles de changer d'assureur si les primes augmentent. Nous avons demandé directement aux assureurs quelles étaient les probabilités d'un changement d'assureur advenant une augmentation des primes. Les résultats montrent qu'une relativement faible augmentation des primes est suffisante pour que les employeurs choisissent de changer d'assureur, ce qui indique que les coûts associés à un changement d'assureur sont plutôt faibles. Les DG sondés ont indiqué que, pour une augmentation des primes de 10 %, la probabilité de changer d'assureur est de 36 %. Le Tableau 6 montre que plus le pourcentage d'augmentation des primes est élevé, plus la probabilité de changer d'assureur augmente. Pour les RAC, la probabilité de changer d'assureur si les primes augmentent de 10 % est de 44 %.

Les DG sondés ont indiqué que, pour une augmentation des primes de 10 %, ils avaient 36 % de chances de changer d'assureur. Les RAC, quant à eux, ont indiqué qu'ils avaient 44 % de chances de changer d'assureur si les primes augmentaient de 10 %.

Tableau 6 : Probabilité de changer d'assureur en fonction du pourcentage d'augmentation des primes totales

Pourcentage d'augmentation des primes	Probabilité moyenne de changer d'assureur	
	Directeurs généraux	Resp. assurances collectives
10 %	36	44
20 %	68	56
30 %	71	67

²³⁵ Bureau de la concurrence, *Fusions – lignes directrices pour l'application de la loi*, 2011, consulté en ligne <<http://www.bureaudeconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/03420.html>>.

Source : calculs des auteurs à partir de l'enquête auprès des entreprises.

Comment interpréter ces résultats? D'abord, il convient de transformer ces intentions en élasticité. L'élasticité de la demande d'assurance en fonction des primes est un des facteurs clés pour réussir à déterminer si les assureurs ont un important pouvoir de marché. L'élasticité-prix exprime le pourcentage de variation de la demande à la suite d'une augmentation des prix de 10 %. Dans ce cas-ci, elle capte le pourcentage des répondants qui choisissent de changer d'assureur lorsque les primes augmentent de 10 %. Puisque nous ne pouvons pas directement observer les primes et les changements d'assureur sur plusieurs années, nous nous basons sur la probabilité de changer d'assureur plutôt que sur un changement observé. L'élasticité est donc obtenue en divisant la probabilité de changer d'assureur (en pourcentage) par le pourcentage d'augmentation des primes. Il est possible que l'utilisation des probabilités en lieu et place d'un changement observé surestime le pourcentage de diminution de la demande puisque les répondants ne sont pas réellement confrontés à la décision de changer d'assureur et pourraient sous-estimer les coûts associés à un tel changement. Néanmoins, on obtient, autant pour les DG que les RAC, une élasticité de -3.

À notre connaissance, il n'y a pas d'études qui ont mesuré l'élasticité de la demande d'assurance auprès d'un assureur. Il est important de noter que lorsque l'élasticité est inférieure à -1, la demande pour le bien est considérée comme très élastique, puisque le pourcentage de diminution de la demande est plus élevé que le pourcentage d'augmentation des prix. Ainsi, la demande des répondants pour les produits d'assurance offerts par leur assureur semble très élastique. Un assureur qui augmente ses primes de manière injustifiée risque de voir ses revenus (et ses profits) diminuer. Ceci suggère que chaque assureur ne peut pas augmenter ses prix au-delà de ceux qui seraient facturés par ses concurrents, puisqu'il risquerait de perdre une partie importante de sa clientèle. Il nous apparaît donc probable que la compétition dans ce marché soit assez élevée et qu'elle se fasse en grande partie sur les prix. En termes de théorie économique, on peut penser à une compétition « à la Bertrand » où les assureurs se font la compétition sur les prix et donc où les profits économiques (et non économiques) sont faibles²³⁶.

Les résultats de l'enquête montrent que la demande pour les produits d'assurance offerts par un assureur est très élastique. L'élasticité de la demande exprime dans ce cas-ci le pourcentage de variation de la demande à la suite d'une augmentation des prix de 10 %.

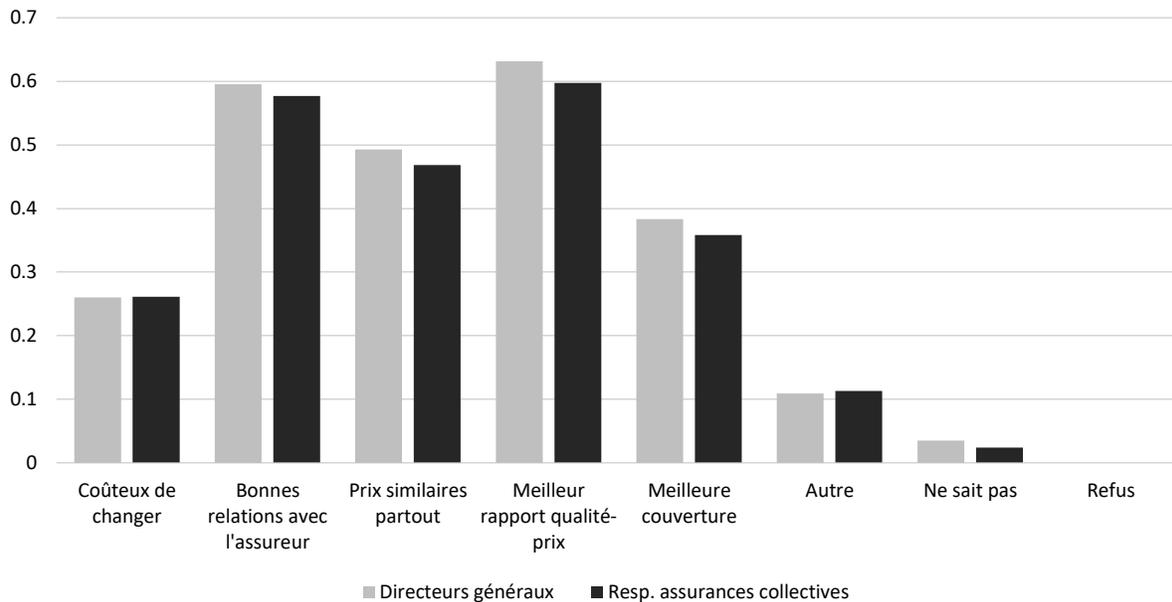
Les résultats de l'enquête semblent d'ailleurs confirmer que les assureurs se font compétition au

L'enquête montre qu'environ 60 % des répondants estiment que leurs bonnes relations avec leur assureur et le rapport qualité-prix de leur couverture justifient leur choix de ne pas changer d'assureur.

²³⁶ Hal R. Varian, *Intermediate Microeconomic - A Modern Approach*, Eight edition,

niveau des prix, puisque 49 % des DG et 47 % des RAC ont indiqué qu'ils considéreraient rester avec leur assureur parce que les prix sont similaires entre les différents assureurs. La Figure 14 montre également qu'environ 60 % des répondants estiment que leurs bonnes relations avec leur assureur et le rapport qualité-prix de leur couverture justifient leur choix de rester avec leur assureur.

Figure 14 : Raisons pour lesquelles les répondants choisissent de rester avec leur assureur actuel



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Il se pourrait par ailleurs que les employeurs cessent d'offrir de l'assurance si les primes augmentent. Il s'agit d'une deuxième marge d'ajustement pour les employeurs. Elle permet aussi de mieux comprendre comment la détermination des primes dans le marché privé peut affecter le régime public. En effet, si les employeurs cessent d'offrir des assurances, leurs employés devront obligatoirement se tourner vers le régime public. Finalement, cet ajustement (décider de ne plus offrir d'assurance à ses employés) peut aussi être utile pour comprendre si les assureurs ont intérêt à faire de la collusion pour s'entendre sur une hausse des primes, qu'elle soit implicite ou explicite²³⁷. En effet, si les employeurs sont susceptibles de cesser d'offrir des assurances si les primes augmentent, ceci diminue le bénéfice potentiel pour les assureurs de faire de la collusion.

Les résultats du sondage indiquent que la probabilité d'arrêter d'offrir des assurances collectives en fonction du pourcentage d'augmentation des primes est faible. Pour une hausse des primes de 10 %, la probabilité d'arrêter d'offrir des assurances collectives est de seulement 5 % pour les DG et de 7 % pour les RAC. Environ 70 % des DG et des RAC dont l'entreprise offre des assurances ont indiqué qu'ils n'avaient aucune probabilité (0 %) de cesser d'en offrir. On peut encore une fois convertir ceci en élasticité. Cette fois, nous obtenons l'élasticité-prix de la demande pour les assurances collectives en général. Elle se chiffre à -0,52 pour les deux volets de

²³⁷ *Ibid.*

l'enquête, indiquant que le rôle tenu par le répondant au sein de l'entreprise n'aurait pas d'effets sur le choix de changer ou non d'assureur. Ainsi, les employeurs semblent beaucoup moins élastiques sur cette marge d'ajustement. Ceci est cohérent avec la vision qu'ont les employeurs des assurances collectives. En effet, plus de 60 % des DG et des RAC sondés ont indiqué que les assurances collectives étaient nécessaires pour attirer et retenir les meilleurs employés. Les employeurs ont donc peu de probabilité de cesser d'offrir des assurances collectives, et ce, même si les primes augmentent. En effet, si les primes sont similaires entre les assureurs, une augmentation des prix ne devrait pas leur faire perdre de clients, indiquant qu'il pourrait y avoir des bénéfices potentiels pour les assureurs de faire de la collusion et que le niveau des primes sur le marché privé a peu d'effets sur le régime public.

Les résultats du sondage indiquent que la probabilité d'arrêter d'offrir des assurances collectives en fonction du pourcentage d'augmentation des primes est faible. Pour une hausse des primes de 10 %, la probabilité d'arrêter d'offrir des assurances collectives est de seulement 5 % pour les DG et de 7 % pour les RAC. Environ 70 % des DG et des RAC dont l'entreprise offre des assurances ont indiqué qu'ils n'avaient aucune probabilité (0 %) de cesser d'en offrir. Ainsi, les employeurs sont beaucoup moins susceptibles de cesser d'offrir des assurances collectives que de changer d'assureur. Ceci est cohérent avec la vision qu'ont les employeurs des assurances collectives. En effet, plus de 60 % des DG et des RAC sondés ont indiqué que les assurances collectives étaient nécessaires pour attirer et retenir les meilleurs employés.

Certaines études américaines se sont penchées sur l'effet de la concentration du marché de l'assurance sur les profits des assureurs et sur les comportements des entreprises. Bien que les analyses concernent le marché américain, il est intéressant d'analyser si des effets similaires sont susceptibles d'être observés au Québec et au Canada. Dafny²³⁸ montre que la concentration du marché de l'assurance santé aux États-Unis mène à une compétition imparfaite lorsque 10 assureurs ou moins se partagent l'ensemble des contrats. L'auteur montre que lorsque les profits d'un employeur augmentent de 10 %, le coût de la couverture d'assurance augmente de 0,3 %, sans que des changements notables soient observés au niveau des caractéristiques du contrat d'assurance, de l'environnement économique ou des caractéristiques employées. Le marché de l'assurance santé aux États-Unis est donc en situation de compétition imparfaite.

Selon l'auteur, deux facteurs principaux peuvent expliquer cette situation. D'abord, les employeurs perçoivent que le coût associé à un changement d'assureur est élevé pour les employés, puisqu'ils devront prendre connaissance des nouvelles caractéristiques du contrat, ce qui pourrait les forcer à modifier leurs comportements en termes de consommation de soins de

²³⁸ Leemore DAFNY, *Are Health Insurance Markets Competitive?*, National Bureau of Economic Research - Working Paper Series, décembre 2008.

santé. Bien qu'ils soient prêts à accepter ce coût si la situation économique de l'employeur se détériore, ils ne sont pas prêts à le faire lorsque les profits augmentent. Ainsi, l'employeur préfère payer l'assurance plus cher que d'avoir un conflit avec ses employés. Cet effet est susceptible d'être plus faible au Québec et au Canada, puisque le système de santé est plus simple et que les employés n'auront pas à ajuster leurs comportements de manière conséquente. Le second facteur provient du pouvoir de marché relatif entre les employeurs et les assureurs. Dans un marché avec peu d'assureurs et plusieurs employeurs, ce sont les assureurs qui ont une capacité plus élevée de choisir le prix du service offert.

Ainsi, le marché de l'assurance collective au Québec semble être caractérisé par une flexibilité modérée, dans lequel chaque assureur ne peut pas augmenter ses primes au-delà du prix facturé par ses concurrents, puisqu'il perdrait des clients et des profits importants. En somme, l'élasticité de la demande à laquelle fait face un assureur est très importante. Nous notons également que le niveau des primes n'a pas (ou a peu) d'effets sur la probabilité d'offrir des assurances collectives. Les employeurs sont beaucoup moins sensibles sur ce point. Donc, de manière agrégée, la demande d'assurance collective n'est pas très sensible au niveau des primes. Selon les résultats de l'enquête, ceci s'explique surtout par l'importance pour l'entreprise d'offrir des assurances afin d'attirer les meilleurs candidats.

Le Tableau 7 présente quelques éléments de performance économique pour la Financière Sun Life (FSL), l'Industrielle Alliance, Desjardins Sécurité Financière (DSF) et le Groupe Great West (GGW). Les résultats sont présentés pour l'ensemble des activités de chaque entité, puisque les résultats pour le Canada (ou le Québec) seulement étaient incomplets. Par exemple, il n'était pas possible d'estimer le bénéfice net par action ni le montant des primes et des prestations pour le Québec ou le Canada seulement. Les montants ont été convertis en dollars canadiens de 2015 en utilisant l'indice des prix à la consommation de 2013, de 2014 et de 2015²³⁹.

Ainsi, pour la FSL et le GGW, qui ont une importante partie de leurs activités à l'extérieur du Québec et du Canada, les bénéfices nets attribuables aux actions ordinaires se sont respectivement élevés à 2,2 et à 2,8 milliards de dollars en 2015. Ils ont connu une croissance constante au cours de la période étudiée. En comparaison, pour l'IA et DSF, qui font affaire majoritairement au Québec et au Canada, les bénéfices nets sont beaucoup plus faibles et ont connu de légères diminutions au cours de la période.

²³⁹ Gouvernement du Canada, *Indice des prix à la consommation, aperçu historique (1996 à 2015)*, consulté en ligne : <<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/econ46a-fra.htm>>.

Définitions et interprétation des éléments de performance financière

Bénéfice net attribuable aux actions ordinaires : Le bénéfice net est une « mesure de la rentabilité nette de l'entreprise » (Banque de développement du Canada, *Bénéfice net*, en ligne). Il est calculé en soustrayant les dépenses et les impôts des revenus de l'entreprise.

Marge bénéficiaire nette : la marge bénéficiaire nette est une mesure du bénéfice dégagé par chaque dollar de chiffre d'affaires. Elle est calculée en divisant le bénéfice net par les produits totaux. Plus elle est élevée, plus elle indique que l'assureur est « efficient, souple et capable de saisir les nouvelles occasions qui se présentent » (Banque de développement du Canada, *Marge bénéficiaire nette*, en ligne).

Rendements des capitaux propres : Le rendement des capitaux propres est une mesure du rendement obtenu par les actionnaires en retour de leur investissement dans l'entreprise. Il est obtenu en divisant les bénéfices nets d'impôts, desquels on a enlevé les intérêts, par les capitaux propres. Plus le ratio est élevé, plus l'assureur utilise les capitaux propres, soit le passif qui appartient aux actionnaires, de manière efficace (Banque de développement du Canada, *Rendement des capitaux propres*, en ligne).

Ratio des prestations sur les primes : le ratio des prestations sur les primes permet de capter la portion des dépenses des adhérents qui leur est retournée sous la forme de prestations. Les primes excédentaires sont utilisées pour les dépenses administratives, les dépenses qui ne sont pas liées à l'administration des contrats d'assurance et les profits des assureurs. Cependant, une diminution de ce ratio n'indique pas nécessairement qu'il y a eu une augmentation des profits des assureurs.

Ratio du montant minimal permanent requis pour le capital et l'excédent (MMPRCE) : le ratio MMRPCE est une mesure de la solvabilité de l'entreprise. Il correspond au pourcentage du MMRPCE détenu par les assureurs. Le MMRPCE est le montant dont prévoient avoir besoin les assureurs pour le versement des prestations et des rentes. Il dépend de certains risques, dont ceux associés au taux d'intérêt et au crédit, par exemple. Au Canada, le Bureau du surintendant des institutions financières (BSIF) exige que les assureurs détiennent au moins 150 % du MMRPCE. Plus le ratio est élevé, plus l'assureur est prudent dans sa gestion du capital.

Tableau 7: Performance financière de certains assureurs, ensemble des activités

Année	Financière Sun Life (FSL)	Industrielle Alliance (IA)	Desjardins Sécurité financière (DSF)	Groupe Great-West (GGW)
Bénéfice net attribuable aux actions ordinaires (millions)				
2012	2 021	316	164	1 879
2013	1 748	361	395	2 348
2014	1 941	404	259	2 574
2015	2 253	364	336	2 762
Marge bénéficiaire nette				
2012	11,0 %	4,1 %	3,6 %	5,9 %
2013	12,2 %	5,8 %	10,8 %	8,6 %
2014	7,5 %	4,1 %	4,0 %	6,5 %
2015	11,7 %	4,4 %	6,2 %	8,2 %
Rendement des capitaux propres				
2012	-	12,8 %	10,1 %	16,5 %
2013	-	12,6 %	21,9 %	15,2 %
2014	11,6 %	12,4 %	13,1 %	15,7 %
2015	12,8 %	10,2 %	16,5 %	14,7 %
Ratio de solvabilité				
2012	209 %	217 %	>150 %	n.d.
2013	219 %	217 %	>150 %	223 %
2014	217 %	209 %	>150 %	224 %
2015	240 %	213 %	>150 %	238 %
Ratio des prestations / primes				
2012	1,26	0,70	0,72	0,85
2013	0,56	0,70	0,71	0,83
2014	1,64	0,69	0,71	0,82
2015	0,83	0,65	0,71	0,84

Sources : Rapports financiers (Desjardins Assurances, 2015, 2016; Financière Sun Life, 2015, 2016b; Industrielle Alliance, 2015, 2016; La Great-West, 2015, 2016)

Note : Tous les montants sont en dollars canadiens de 2015. Le bénéfice net attribuable aux actions ordinaires est appelé le « bénéfice net déclaré lié aux activités poursuivies » dans les rapports financiers de la Financière Sun Life (FSL). Il est appelé le « résultat net attribuable aux actionnaires ordinaires » dans les rapports financiers de l'Industrielle Alliance (IA); le « résultat net attribuable à l'actionnaire » dans les rapports financiers de Desjardins Sécurité Financière (DSF), et les « bénéfices nets associés aux détenteurs d'actions ordinaires » dans les rapports financiers du Groupe Great-West (GGW). Pour DSF, le « bénéfice net par action ordinaire et le ratio de solvabilité sont non déclarés (n.d.) ». Pour la FSL et le GGW, le ratio de solvabilité concerne les activités canadiennes seulement.

Les bénéfices nets donnent une première mesure de la rentabilité de l'entreprise. Cependant, ils ne permettent pas de se prononcer sur son fonctionnement. À cet effet, la Banque de

développement du Canada (BDC)²⁴⁰ suggère l'utilisation de ratios de rentabilité. La marge bénéficiaire nette et le rendement des capitaux propres permettent respectivement d'évaluer la souplesse, l'efficacité et la capacité d'une entreprise à saisir de nouvelles opportunités ainsi que le degré d'efficacité de son utilisation des capitaux propres (le passif qui appartient aux actionnaires).

La marge bénéficiaire moyenne de FSL s'est élevée à 10,6 % au cours de la période 2012 à 2015, ce qui indique qu'elle est probablement plus souple que celle de trois de ses concurrentes et que sa capacité à saisir de nouvelles opportunités est plus importante. Le GGW et DSF affichent des résultats similaires (7,3 % et 6,1 %) tandis que l'IA affiche une marge bénéficiaire nette de 4,6 % au cours de la période 2012 à 2015. Si nous regardons plutôt le rendement des capitaux propres, on remarque que les quatre assureurs affichent des résultats plus similaires. Ceci indique que chaque dollar de passif détenu par les actionnaires rapporte, en moyenne, le même montant de bénéfice net. À l'exception de DSF, ce ratio est resté relativement stable au cours de la période étudiée. Les changements observés pour DSF semblent provenir de variations importantes dans le bénéfice net.

Nous évaluons ensuite la solvabilité des quatre assureurs sélectionnés. Le pourcentage du montant minimal permanent requis pour le capital et l'excédent (MMPRCE) correspond au pourcentage du MMRPCE détenu par les assureurs. Le capital requis est le montant dont prévoient avoir besoin les assureurs pour le versement des prestations et des rentes. Il dépend de certains risques, dont ceux associés au taux d'intérêt et au crédit, par exemple. Au Canada, le Bureau du surintendant des institutions financières (BSIF) exige que les assureurs détiennent au moins 150 % du MMRPCE²⁴¹. À ce chapitre, les assureurs sont donc prudents, et le risque qu'il n'y ait pas suffisamment de capital pour couvrir les prestations semble très faible puisque le ratio de solvabilité dépasse largement les exigences du pays. Pour DSF, les rapports financiers indiquent seulement que le ratio de solvabilité respecte les exigences canadiennes²⁴².

Le ratio des prestations sur les primes indique qu'en moyenne, sur la période 2012 à 2015, 74 % des primes ont été utilisées pour couvrir les dépenses des assurés. La proportion restante est quant à elle utilisée pour couvrir les frais administratifs, les autres dépenses et les profits des assureurs.

²⁴⁰ Banque de développement du Canada, *Marge bénéficiaire nette*, consulté en ligne : <<https://www.bdc.ca/fr/articles-outils/boite-outils-entrepreneur/calculateurs-ratios/pages/marge-beneficiaire-nette.aspx>>; Banque de développement du Canada, *Rendement des capitaux propres*, consulté en ligne : <<https://www.bdc.ca/fr/articles-outils/boite-outils-entrepreneur/calculateurs-ratios/pages/rendement-capitaux-propres.aspx>>.

²⁴¹ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, *Feuille d'information sur l'industrie des assurances de personnes*, Québec, 2011, à la page 2.

²⁴² Desjardins Assurances, *Revue financière 2014 - Desjardins Sécurité Financière*, 2015 et *Revue financière 2015 - Desjardins Sécurité Financière*, Québec, 2016.

Entre 2012 et 2015, le ratio est resté stable, passant de 0,76 à 0,74 pour trois des quatre assureurs. La FSL a été exclue des calculs puisque le ratio des prestations sur les primes a énormément varié au cours des quatre dernières années et pourrait fausser les résultats. Ces ratios incluent les primes et les prestations pour l'ensemble des protections offertes par les assureurs sélectionnés. L'écart entre le GGW et l'IA et DSF s'explique par la taille du GGW par rapport aux deux autres assureurs. En effet, puisqu'il est plus gros, le GGW est davantage capable de supporter des risques et peut ainsi mettre une plus faible partie des primes reçues de côté. Les variations importantes dans le ratio de la FSL s'expliquent par des changements dans les cessions et les recouvrements de réassurances, qui sont négatifs en 2013 et en 2015 et positifs en 2012 et en 2014 et qui affectent ainsi les prestations à la baisse pour les années 2013 et 2015 et à la hausse pour 2012 et 2014.

Il ressort de cette analyse sommaire que les assureurs qui ont une présence importante à l'extérieur du Québec et du Canada font davantage de bénéfices nets et ont une souplesse et une capacité à saisir des opportunités qui est plus importante. Cependant, en termes d'utilisation des capitaux propres, de solvabilité et de proportion des primes qui sont reversées sous la forme de prestations, ces quatre compagnies sont relativement semblables. Cette analyse, basée sur les rapports financiers de quelques assureurs, ne permet pas de dresser une vue d'ensemble de l'industrie. Malgré cette lacune, c'était la seule façon de présenter certains éléments, tels la marge bénéficiaire nette et le rendement des capitaux propres, puisque les documents sur l'ensemble de l'industrie ne font pas mention de tels résultats.

Démutualisation des compagnies d'assurance

À ne pas confondre avec la mutualisation des risques, la démutualisation est le mécanisme par lequel une compagnie d'assurances devient une société par actions, mécanisme permis depuis les années 2000. En 1999, le gouvernement fédéral a modifié la *Loi sur les sociétés d'assurance* afin que les mutuelles d'assurance puissent devenir des sociétés par actions cotées en bourse. Un règlement particulier aux assureurs vie a également été adopté puisqu'à cette époque, ce sont surtout eux qui demandaient à se démutualiser. En 2002, une procédure similaire est adoptée au Québec dans la *Loi sur les assurances*.

D'après Michael Law, la diminution des remises des surplus de primes qu'il constate dans son étude pourrait être causée par le fait que les compagnies d'assurance sont pour la plupart devenues des sociétés par actions, cherchant dorénavant à plaire à leurs actionnaires.

La mutualisation des risques

L'article 44 de la LAM oblige les compagnies d'assurance à se mutualiser, c'est-à-dire à détenir et à mettre en commun un fond pour les risques assumés pour la protection de base légale. Cela implique qu'à partir d'un certain seuil – le seuil de mutualisation – déterminé en fonction du type du preneur (ordre professionnel, syndicat ou employeur) et du nombre d'adhérents, les réclamations des adhérents seront absorbées par le fonds commun. Les sommes qui composent ce fonds sont mises en commun entre les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux participants. Elles sont déterminées chaque année par l'organisme qui gère la mutualisation, la Société de compensation en assurance médicaments du Québec, et représentent une partie de la prime d'assurance réservée à la compensation des sommes mutualisées. Les compagnies offrant uniquement des services administratifs doivent également participer par l'intermédiaire d'une cotisation versée à la Table de compensation aux fins de la mutualisation.

Par ailleurs, notons que les représentants en assurance sont tenus de cotiser au Fonds d'indemnisation des services financiers affecté au paiement des indemnités payables aux victimes de fraude, de manœuvres dolosives ou de détournement de fonds dont seraient responsables un cabinet, un représentant autonome ou une société autonome. Les sommes de ce fonds sont gérées par l'AMF. Celle-ci statue sur l'admissibilité des réclamations et décide du montant des indemnités à verser. Dès le 1^{er} janvier 2017, la Société de compensation en assurance médicaments du Québec élargira la mutualisation aux groupes de 2 999 certificats à 3 999 certificats (un certificat correspond à un employé assuré, avec ou sans personne à sa charge). Cette modification vise à prendre en compte la hausse importante attribuée à la montée du prix des molécules et des traitements onéreux. Pour les entreprises de moins de 25 employés, le seuil de la mutuelle de prévention passera de 7 500 \$ à 8 000 \$ en 2016, alors que pour les entreprises de 50 à 124 employés, ce seuil passera de 30 000 \$ à 32 500 \$. Les charges de mises en commun (le facteur de risque annuel) subiront également une hausse selon la taille de l'entreprise. Lorsqu'une partie d'une réclamation n'est pas couverte par le système québécois de mutualisation des risques, la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments constitue une protection complémentaire que le preneur peut décider d'adopter.

2.6. Les obligations de reddition de compte des assureurs privés et tendances en termes de remises aux employeurs

Les acteurs du système de santé doivent répondre à plusieurs obligations afin d'assurer une bonne gouvernance du système et de rendre compte du « contrat social » qui les lie. L'imputabilité, c'est-à-dire la capacité de devoir rendre des informations et des comptes, est généralement considérée comme faisant partie de ces obligations²⁴³. Deux éléments sont associés à l'imputabilité : la transparence et la reddition de comptes.

Bien que les assureurs privés s'inscrivent dans un régime public et général d'assurance médicaments, nous remarquons que peu d'obligations découlent de cet état de fait en comparaison aux autres acteurs du RGAM et du système de santé, particulièrement les médecins et les pharmaciens. Notamment, nous soulignons que ces derniers ont, en vertu de l'article 14 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (chapitre A-29.01), l'obligation de fournir une facture détaillée à leurs patients lors de la vente d'un médicament. L'adoption récente du projet de loi 92 les poussera par ailleurs, à partir du 15 septembre 2017, à divulguer leurs honoraires sur cette facture.

Les articles 35 et suivants imposent certaines obligations aux assureurs de personnes. Ces derniers ont l'obligation de couvrir les médicaments inscrits sur la liste de médicaments dressée en vertu de l'article 60 de la LAM, ils ont l'obligation de rendre divisible la portion assurance médicaments de leur plan et ils ne peuvent refuser un adhérent ainsi que les membres de sa famille à cause de son âge, de son sexe ou de son état de santé. L'article 43 de cette loi impose par ailleurs à « tous les assureurs en assurance collective et tous les administrateurs d'un régime d'avantages sociaux qui offrent des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments » de « mettre en commun les risques découlant de l'application du régime général qu'ils assument, selon les modalités convenues entre eux ». L'article 45 prévoit quant à lui que tout avis de non-renouvellement doit être transmis à la RAMQ.

Enfin, l'article 70.3 de la LAM prévoit que « la Régie peut, afin de s'assurer de l'application de la présente loi, exiger de tout assureur en assurance collective, représentant en assurance ou représentant en assurance de personnes, ou de toute personne qui administre un régime d'avantages sociaux, la production de tout contrat d'assurance collective ou régime d'avantages sociaux en vigueur et de tout autre document explicatif s'y rapportant. »

²⁴³ Catherine RÉGIS et Laurence LARGENTÉ, *Les registres de déclaration obligatoire des liens d'intérêt en matière pharmaceutique en France et au Québec*, 2016, Revue de droit sanitaire et social, à la page 288.

À notre connaissance, la RAMQ n'a jamais demandé à un assureur de fournir ses contrats afin d'évaluer dans quelle mesure sont respectées ses obligations qui découlent de la LAM. La portée de cet article est par ailleurs peu claire. Il est en effet difficile de déterminer s'il vise essentiellement à permettre à la RAMQ de prendre compte des transferts d'adhérents partant du privé vers le public ou si cet article lui octroie des pouvoirs d'examen plus importants, par exemple quant à la transparence des régimes d'assurance privée.

L'article 78 (9.2) de la LAM confère au ministre le pouvoir d'adopter un règlement pour « prescrire, aux fins des articles 70.1 à 70.3, les modalités de communication des listes des contrats d'assurance collective et des régimes d'avantages sociaux, ainsi que des contrats d'assurance collective et des régimes d'avantages sociaux, l'information concernant toute modification à ces contrats ou régimes ayant pour effet de transférer des personnes admissibles au régime public, de même que la fréquence de communication et le contenu des listes ».

Malheureusement aucun règlement n'a été apporté à cet effet, ce qui rend d'autant plus difficile l'analyse de la portée de l'article 70.3 de la LAM. Ceci nous pousse à conclure que les obligations de transparence et de reddition de comptes imposées aux assureurs, en vertu de la LAM, sont considérablement limitées.

Leurs obligations d'imputabilité découlent, dans les faits, essentiellement d'obligations de conformité et de saine gestion des actifs imposées par l'AMF. La gestion « saine et prudente » des actifs est l'élément clé sous-jacent à l'intervention de l'AMF. Les notions de « pratiques de gestion saine et prudente » ou de « saines pratiques commerciales » restent toutefois difficilement quantifiables et comparables.

Par ailleurs, comme nous en avons déjà fait mention, le contrat d'assurance peut être associé à un contrat d'adhésion. À ce titre, le preneur, souvent le courtier ou l'employeur, est considéré comme un mandataire de l'adhérent. En vertu de l'article 2139 CcQ, l'assureur doit tenir les adhérents informés de l'état du mandat. Nos tribunaux ont déterminé que cette obligation d'information comprenait l'obligation de fournir le calcul des primes. En ne dévoilant pas ces informations aux adhérents, l'assureur violait son obligation d'information²⁴⁴. Cette situation jurisprudentielle peut expliquer que plusieurs employeurs aient donc l'information quant au total

²⁴⁴ « [I] est vrai que l'Employeur n'administre pas les primes ni n'en détermine le montant, qui est calculé suivant la formule prévue au contrat. Dans les faits, cependant, relativement à l'administration du régime, il se comporte comme le véritable administrateur. Il augmente les maxima de couverture, il décide qui adhère au régime, il décide de la fermeture, il décide de l'utilisation des surplus. », *Syndicat professionnel des ingénieurs d'Hydro-Québec c. Hydro-Québec*, 2004 CanLII 30096 (QC SAT), aux paragraphes 372, 404 et 406.

des primes comparativement à celui des prestations. Toutefois, nous ne pouvons conclure qu'elle implique que l'assureur doive faire part de son retour (profitabilité) « primes-prestations ».

Quant à l'obligation de reddition de compte des assureurs face aux preneurs, aux adhérents et même face au gouvernement qui lui confère une clientèle garantie en raison des exigences du RGAM, elle semble existante, mais limitée.

Une obligation de reddition de compte implique deux principaux éléments : 1) la capacité de fournir des explications sur l'utilisation des sommes versées en échange d'un bien ou d'un service et 2) la capacité pour une autorité publique d'imposer des sanctions (déontologiques ou juridiques) en cas de manquement à cette obligation.

Nous pourrions avancer que cette obligation existe pour les assureurs privés.

- 1) Capacité de fournir des explications sur l'utilisation des sommes qui leur sont versées pour le produit :

Nous l'avons mentionné, les assureurs doivent notamment informer les preneurs du montant des prestations payées par périodes de temps déterminées et l'AMF de leurs activités de gestion des régimes et de placements. Plus particulièrement, tout assureur exerçant des activités en assurance de personnes doit produire des états annuels pour chacune de ses activités et doit conserver l'ensemble des documents nécessaires à l'inspection des postes de l'état annuel. Il est prévu que l'AMF puisse avoir accès aux contrats et aux autres documents se rapportant aux activités d'un assureur ou d'une société de gestion de portefeuilles qui contrôle directement une compagnie d'assurance, ou qui est contrôlée par celle-ci, à des fins d'inspection. Par ailleurs, en vertu des articles 70.1 à 70.3 de la LAM, l'assureur ou la personne qui administre le contrat d'assurance doit remettre la liste complète des contrats à la RAMQ et doit l'informer de toutes mutations d'assurés du privé au public. La RAMQ peut demander ces informations à tout moment et peut exiger d'avoir accès aux contrats. Ces articles ont une portée limitée et n'imposent donc pas à l'assureur d'envoyer les termes de ses contrats d'assurance à la RAMQ afin que la conformité de ces derniers, avec la LAM, soit examinée.

- 2) Capacité pour une autorité publique d'imposer des sanctions :

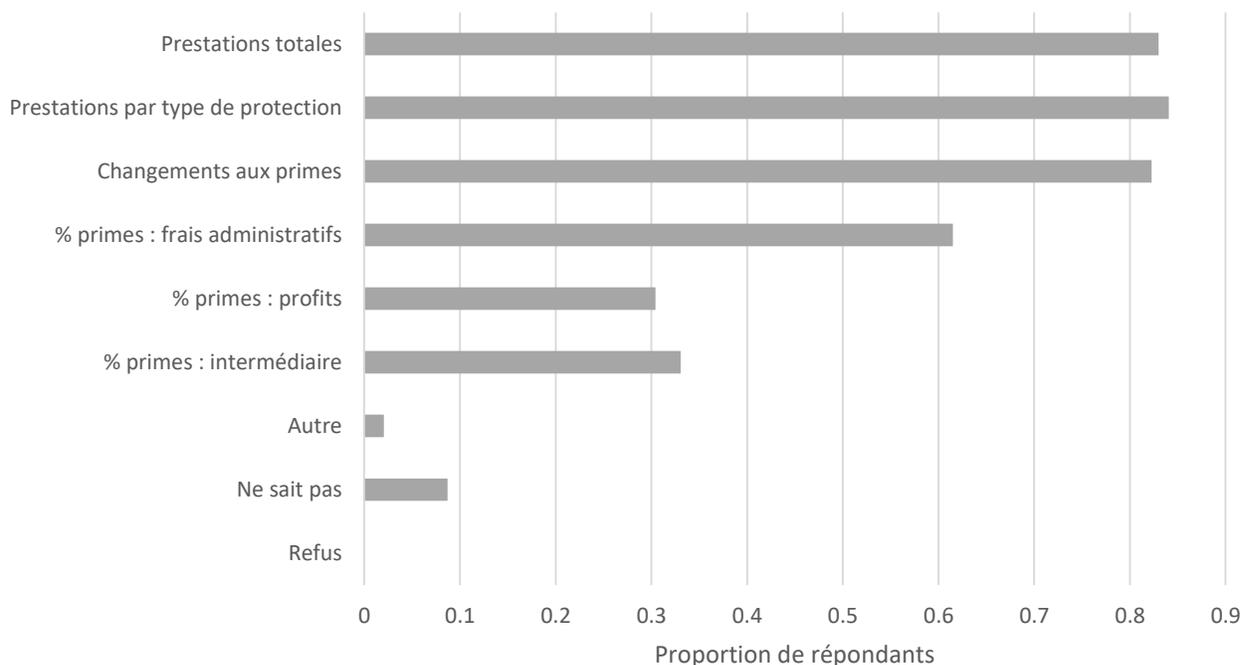
Nous l'avons indiqué, tant l'AMF que la RAMQ ont des pouvoirs législatifs et explicites à cet effet.

Néanmoins, rien n'indique que l'obligation de reddition de comptes implique que les assureurs doivent remettre un excédent de leurs profits aux preneurs ou aux adhérents ou encore qu'ils doivent leur fournir le détail du ratio primes-prestations relatif au régime de chaque preneur.

De surcroît, l'article 84 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* stipule qu'« aucune participation aux profits ni aucune ristourne basée sur l'expérience d'un contrat d'assurance collective sur la vie ou sur la santé des débiteurs ne peut être versée, directement ou indirectement, au preneur [c'est-à-dire l'employeur], que ce soit pendant la durée du contrat ou après son échéance, sauf lorsque les primes sont entièrement payées par le preneur. »

Toutefois, nous soulignons que « le contrat-cadre peut stipuler que des ristournes sur l'expérience ou des participations aux profits sont payables rétroactivement aux adhérents [c'est-à-dire les assurés], qu'elles peuvent servir à réduire les primes ou qu'elles sont laissées en dépôt chez l'assureur dans le but de réduire les primes futures. »

Figure 15 : Informations obligatoirement divulguées par les assureurs en vertu du contrat d'assurance



Source : calculs des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Autrement dit, il n'existe pas d'« obligation » légale de reddition de comptes impliquant une remise de parts de profits excédentaires aux adhérents. Les parties peuvent toutefois prévoir une telle obligation dans le contrat d'assurance et stipuler la forme que cela prendra.

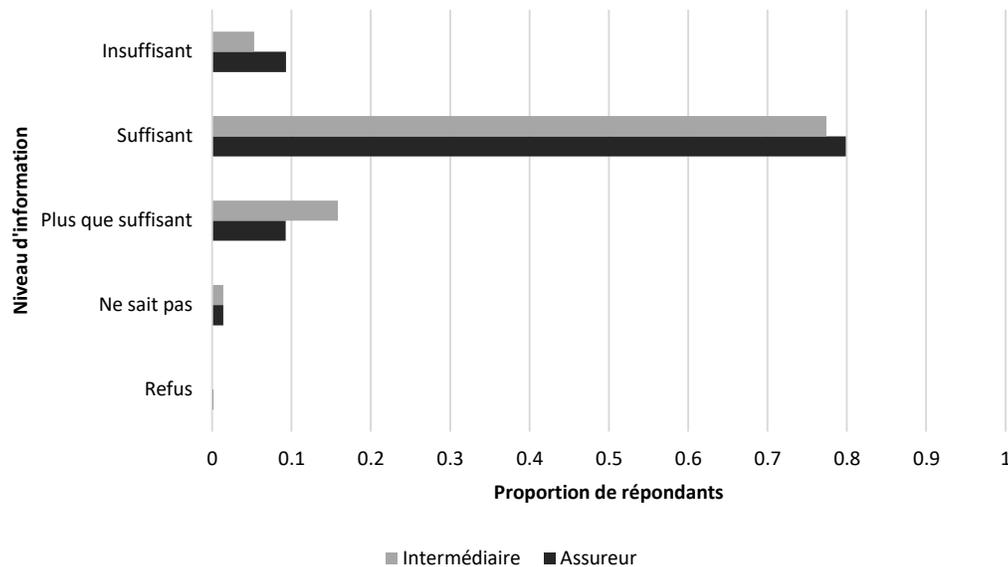
Les résultats de l'enquête montrent néanmoins que les assureurs ont l'obligation de fournir un certain nombre d'informations à l'employeur en vertu du contrat d'assurance collective, surtout en ce qui concerne les prestations totales, les prestations par type de protection et une explication quant à l'augmentation des primes. La Figure 15 montre les types d'informations qui doivent être fournis aux employeurs.

Nous notons qu'environ 60 % des assureurs doivent indiquer le pourcentage des primes totales qui est dédié aux frais administratifs et qu'environ 30 % doivent indiquer le pourcentage qui est dédié à leur marge de profits ainsi qu'à la rémunération de l'intermédiaire.

Même si le contrat stipule qu'ils n'ont pas l'obligation de le faire, 21 % des répondants ont indiqué connaître le pourcentage des primes qui est dédié aux frais administratifs et 10 % d'entre eux ont indiqué savoir le pourcentage des primes qui va aux profits de l'assureur. Au total, c'est donc 70 % des assureurs qui divulguent la proportion des primes qui sert aux dépenses administratives et 37 % d'entre eux qui divulguent la proportion qui va aux profits (si on combine la proportion de répondants qui ont indiqué que les assureurs avaient l'obligation de leur fournir l'information et la proportion de répondants qui ont indiqué avoir l'information même si les assureurs n'ont pas nécessairement l'obligation de la donner).

De manière plus générale, malgré le faible pourcentage de preneurs de régimes qui sont au courant de l'ampleur des profits des assureurs, ils considèrent avoir assez d'information pour prendre des décisions éclairées concernant leurs assurances. La Figure 16 montre la proportion de responsables des assurances collectives qui considèrent que leur assureur (en noir) ou leur intermédiaire (en gris) leur fournit suffisamment d'information pour avoir une compréhension étendue des assurances collectives.

Figure 16 : Niveau d'information fourni par l'assureur et l'intermédiaire



Source : calcul des auteurs à partir du volet B de l'enquête auprès des entreprises.

Nous notons que 88 % des répondants considèrent recevoir assez ou trop d'information de la part de leur assureur. Malgré cela, 15 % d'entre eux ont indiqué ne pas connaître le montant de la franchise pour l'assurance médicaments, et 22 % d'entre eux ne connaissent pas le montant de coassurance pour les médicaments. Il semble donc y avoir une certaine dissociation entre la perception qu'ont les répondants de l'information qu'ils possèdent sur leurs assurances collectives et leur connaissance réelle des caractéristiques des contrats. De ceux qui considèrent ne pas avoir suffisamment d'information, 36 % ont indiqué qu'ils ont fait une demande auprès de l'assureur pour avoir de l'information supplémentaire, mais qu'elle n'était pas disponible. Si nous regardons plutôt l'information fournie par l'intermédiaire, les résultats de l'enquête montrent que seuls 5 % des répondants considèrent manquer d'information. Les répondants sont donc plutôt satisfaits de l'information qui leur est donnée. Les résultats pour le volet A (directeurs généraux) sont similaires.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, des dispositions qui permettent aux entreprises de participer aux profits des assureurs ne sont pas populaires au Québec. Seuls 8 % des responsables des assurances collectives ont indiqué avoir une telle participation.

2.7. Élasticité-prix de la demande de médicaments

Comme nous l'avons vu précédemment, la demande à laquelle fait face un assureur est assez élastique (les preneurs changent relativement facilement d'assureur). La demande à laquelle fait

face l'industrie de l'assurance dans son ensemble l'est beaucoup moins, puisque les employeurs sont très réticents à laisser tomber la couverture d'assurance qu'ils offrent. Ainsi, quoique les profits des assureurs eux-mêmes risquent d'être limités par la concurrence sur les prix, il n'en demeure pas moins que le groupe d'employeurs qui offre des assurances est assez rigide. Ceci peut avoir des répercussions importantes sur ce qui se passe en aval, c'est-à-dire au niveau des consommateurs et des pharmaciens.

D'une part, il est assez bien documenté que les consommateurs sont peu sensibles au prix qu'ils doivent déboursier quand vient le temps de se procurer des médicaments. Cette sensibilité se mesure en calculant l'élasticité-prix, qui capte, dans ce cas-ci, la variation relative de la demande pour un médicament en fonction de la variation relative de son prix²⁴⁵. En guise de rappel, ce rapport est généralement négatif car, lorsque le prix augmente, la quantité demandée diminue (et réciproquement si le prix diminue). Plusieurs auteurs ont tenté de mesurer cette élasticité-prix des médicaments. Bien que les estimations diffèrent, les différents auteurs s'entendent généralement sur le fait qu'elle est plutôt faible et donc que la demande pour les médicaments réagit relativement peu aux changements de prix de ces derniers. En France, l'élasticité pour huit classes de médicaments varie entre -0,11 et -0,20²⁴⁶. Au Québec, en utilisant des données de la RAMQ de 1996 et 1997, certains auteurs trouvent une élasticité-prix qui va de -0,12 à -0,16²⁴⁷. L'OCDE rapporte également des élasticités-prix. Une revue de littérature leur permet de conclure qu'elle se situe entre -0,1 et -0,3. Ceci implique qu'une augmentation de 10 % du montant payé par le consommateur diminuera de 1 à 3 % le nombre de prescriptions²⁴⁸. Des analyses plus fines montrent que les élasticités varient selon le revenu des consommateurs, la taille de la franchise ou de la coassurance et le type de médicament²⁴⁹. Une étude estime que l'élasticité-prix oscille entre -0,015 et -0,157 pour huit catégories de médicaments, mais montre des différences importantes

²⁴⁵ La formule pour mesurer l'élasticité-prix est la suivante : variation en pourcentage des quantités $[(Q2-Q1)/Q2] \div$ variation en pourcentage du prix $[(P2-P1)/P2]$. Par exemple, si les quantités demandées diminuent de 20 % à la suite d'une augmentation du prix de 40 %, l'élasticité-prix est égale à -0,5 $(-0,2 \div 0,4)$.

²⁴⁶ C. Le Pen, Réglementation des prix et formes de la concurrence dans l'industrie pharmaceutique, *Revue économique*, 39(16), 1988.

²⁴⁷ P. Contoyannis, J. Hurley, P. Grootendorst, J. Sung-Hee et R. Tamblin, Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada, *Health Economics*, 14, 2005.

²⁴⁸ S. Jacobzone, *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals*, OECD Publishing, Paris, 2000.

²⁴⁹ B. Kambia-Chopin et M. Perronnin, *Deductibles and the Demand for Prescription Drugs: Evidence from French Data*, IRDES, Paris, 2013.

selon les catégories : plus élevée pour des médicaments qui aident à cesser de fumer, par exemple, et plus faible pour un antiagrégant plaquettaire (pour les maladies coronariennes)²⁵⁰.

Cette élasticité relativement faible découle de la faible portion des coûts directement payés par les usagers au moment de l'achat. Certes, on peut penser que l'achat de médicaments se répercute éventuellement sur les primes payées par les employés, surtout dans les petites entreprises, mais cet effet est indirect. D'autre part, il peut exister des barrières importantes qui limitent la capacité des usagers à magasiner pour des médicaments. D'abord, une majorité d'usagers valorise probablement la proximité avec sa pharmacie et la qualité des services professionnels reçus. Moins pertinente dans les grands centres, il n'en demeure pas moins que cette proximité risque d'être un facteur important qui limite le magasinage à une ou à deux pharmacies, surtout si le patient est malade ou en perte de mobilité.

Ainsi, face à une demande largement inélastique au prix, pour plusieurs raisons qui n'ont pas toutes à voir avec la transparence, il est optimal pour les pharmaciens de fixer des honoraires qui permettent de financer les pertes au niveau des services offerts dans les régimes publics. Nous avons vu qu'au niveau agrégé, les employeurs sont peu susceptibles d'abandonner le régime qu'ils offrent, signifiant que le nombre d'assurés par le régime privé est stable. Dans ce contexte, le rattrapage des honoraires n'affecte pas la répartition des usagers entre les régimes privés et publics : même si les honoraires pour un assuré du régime privé sont plus élevés, il ne va pas passer au régime public. Si, au contraire, les assurés passaient du privé au public à cause des honoraires plus élevés, la capacité des pharmaciens à charger des honoraires plus élevés serait limitée par la perte de clientèle vers le régime public.

CONCLUSION

L'objectif de ce rapport était de mieux comprendre le fonctionnement du marché des assurances privées de personnes dans le cadre de l'assurance médicaments et son encadrement réglementaire au Québec. Les sources d'information utilisées dans ce rapport sont de deux ordres : recherche documentaire et enquête auprès de directeurs généraux (volet A) et de responsables des assurances collectives en entreprise (volet B). Afin de pousser l'analyse plus loin, il serait nécessaire d'avoir des informations plus détaillées sur l'offre d'assurance, par exemple à l'aide d'une enquête auprès des assureurs, ainsi que sur les coûts associés à chaque type de protection offert dans les contrats d'assurances collectives.

²⁵⁰ Gatwood, T. Gibson, M. Chernew, A. Farr, E. Vogtmann et A. Fendrick, Price elasticity and medication use: cost sharing across multiple clinical conditions, *J Manag Care Spec Pharm*, 20(111), 2014.

Quelques faits saillants de l'enquête...

Les entreprises sondées étaient majoritairement (plus de 60 %) des entreprises de 50 à 99 employés, appartenant surtout au secteur manufacturier, au commerce de détail, aux services d'hébergement et de restauration et à d'autres secteurs des services. Il ressort de notre sondage que 79,7 % d'entre elles offrent des assurances collectives qui comprennent surtout, outre l'assurance médicaments qui est obligatoire, une protection pour les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et paramédicaux, une assurance vie, une assurance salaire/invalidité et une assurance voyage. L'assurance collective est offerte principalement pour attirer les meilleurs candidats, mais elle est considérée coûteuse. La prime annuelle médiane par employé est estimée à 1 964 \$ (1 050 \$ pour l'assurance médicaments), payée à plus de 50 % par l'employeur, le solde étant à la charge de l'employé. Les prestations pour les services pharmaceutiques captent de 50 à 69 % des prestations totales. Les entreprises font majoritairement affaire avec des intermédiaires et sont généralement satisfaites des efforts que ces derniers déploient pour leur trouver des contrats d'assurance collective à des prix raisonnables.

L'enquête nous montre que certaines clauses et caractéristiques des assurances collectives sont mal connues des RAC et des DG : manque d'intérêt des responsables ou manque d'information de la part des assureurs?

Le niveau de connaissances des responsables des assurances est souvent limité. Si 33 % des répondants dont l'entreprise offre des assurances collectives ont indiqué ne pas connaître les primes totales annuelles, c'est 76 % d'entre eux qui ont indiqué ne pas connaître les prestations totales annuelles. Au total, 21 % des répondants ont identifié les deux valeurs. Cependant, pour 48 % d'entre eux, les primes sont au moins deux fois plus élevées que les prestations, ce qui pourrait suggérer une certaine incompatibilité entre les deux valeurs. Du côté de l'assurance médicaments, nous notons que 65 % des RAC connaissent le pourcentage des primes qui y est dédiée. Pour les prestations, ce pourcentage chute à 42 %. Par ailleurs, 37 % des répondants qui ne sont pas en mesure d'identifier le pourcentage des prestations totales qui est utilisé pour rembourser les médicaments jugent qu'il serait important pour eux d'avoir cette information. Il pourrait donc être intéressant pour les employeurs que les assureurs présentent les primes et les prestations par type de protection. De plus, plus du tiers des répondants ne savent pas comment sont rémunérés les intermédiaires. Information difficilement accessible, lacunes au niveau de la connaissance des produits d'assurance offerts ou information non divulguée par l'assureur ou l'intermédiaire? Il n'en demeure pas moins que les employés qui désirent avoir davantage d'information sur les caractéristiques de leurs assurances pourraient avoir des difficultés à avoir des réponses satisfaisantes. Un tel manque de connaissance est surprenant étant donné que plus de 50 % des RAC considèrent que les assurances sont coûteuses et pourrait d'ailleurs être

symptomatique de difficultés pour ces derniers à poser les bonnes questions à leurs assureurs ou courtiers en assurances.

Plus d'obligations de solvabilité envers l'AMF que de transparence auprès des preneurs pour les assureurs privés

Bien que le secteur de l'assurance collective de personnes au Québec doive répondre de façon croissante à des obligations de conformité qui lui sont légalement imposées par l'entremise de l'AMF, nous remarquons que, contrairement à ce qui est le cas dans d'autres juridictions, les assureurs privés du Québec ont des obligations assez limitées, qui se rapportent davantage à la solvabilité qu'à la transparence. Nous notons que :

- Les notions de « pratiques de gestion saine et prudente » ou de « saines pratiques commerciales » sont présentes, mais restent difficilement quantifiables et comparables.
- La réglementation prévoit que « l'assureur ne doit pas exagérer l'étendue des protections offertes ou le montant des prestations payables, ni en minimiser le coût » (Règlement d'application de la Loi sur les assurances, article 35).
- Dans une affaire d'assurance vie, la Cour a reconnu que les informations quant aux calculs des primes et des ristournes faisaient partie de l'information requise pour être au fait de l'état du mandat. En ne dévoilant pas ces informations aux adhérents, l'assureur violait son obligation d'information. Toutefois, selon nous, le niveau de profitabilité d'un régime particulier d'assurance ne fait pas partie de l'information requise pour être au fait de l'état du mandat.
- L'obligation de reddition de compte envers les adhérents est limitée. Les résultats de notre enquête montrent néanmoins que les assureurs ont l'obligation de fournir un certain nombre d'informations à l'employeur en vertu du contrat d'assurance collective, surtout en ce qui concerne les prestations totales, les prestations par type de protection et une explication quant à l'augmentation des primes. Cependant, les personnes interrogées ne semblent pas être intéressées à avoir davantage d'information de la part de leur assureur.
- Il serait souhaitable que le ministre de la Santé et des Services sociaux adopte un règlement afin de préciser les pouvoirs de la RAMQ quant à la portée de l'application de l'article 70. 3 de la LAM. Cet article prévoit que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a la capacité d'exiger de tout assureur ou représentant en assurance « la production de tout contrat d'assurance collective ou régime d'avantages sociaux en vigueur et de tout autre document explicatif s'y rapportant. » Cependant, à ce jour, rien n'indique que la RAMQ ait usé de ce pouvoir.
- Puisque les assureurs font partie du RGAM, il pourrait être pertinent de considérer la mise en place d'un ratio minimal « primes-prestations » pour les assureurs qui souhaitent en faire partie. Un retour de prestations moins élevé que le niveau acceptable pourrait soit mener à une ristourne aux adhérents ou à un ajustement de primes. Il importe de

mentionner que l'adoption d'un ratio « acceptable » pourrait n'avoir aucun impact concret sur la rentabilité actuelle d'assurances collectives privées, telle que mesurée par le ratio des prestations sur les primes, selon ce qui pourrait être considéré comme « acceptable ». Néanmoins, la simple exigence d'une plus grande transparence et l'accroissement des obligations de reddition de compte permettraient d'élever les obligations d'imputabilité des assureurs à un niveau similaire à celles attendues des autres acteurs du RGAM.

- Enfin, en raison des limites de cette étude, il nous est impossible de déterminer la profitabilité de l'assureur découlant du placement des surplus de primes. De façon surprenante, il n'existe, à notre connaissance, aucune étude qui se penche sur cette question. Nous considérons qu'il est sain que les surplus soient investis; toutefois, nous nous demandons si une plus grande transparence à ce sujet est ou non pertinente. Nous ne pouvons seuls répondre à cette question qui, à notre avis, doit susciter un plus grand intérêt de la part des acteurs concernés (dont les employeurs).

Plusieurs inefficiences sont identifiées dans le marché des assurances privées.

La description des acteurs (RAMQ, assureurs privés, intermédiaires, preneurs, services pharmaceutiques et adhérents) a mis en évidence plusieurs sources d'inefficience dans le marché des assurances médicaments.

- Tout d'abord, rappelons que les honoraires professionnels des pharmaciens peuvent varier d'une pharmacie à l'autre pour les assurés de régimes privés (bien qu'au sein d'une même pharmacie, les honoraires doivent obligatoirement être les mêmes pour chaque consommateur assuré au privé), mais qu'ils sont fixés par la RAMQ pour les assurés du régime public. Ainsi, les tarifs chargés aux assurés de régimes privés sont plus élevés qu'ils ne le seraient si le tarif fixé par la RAMQ était considéré comme juste par les pharmaciens.
- Ensuite, puisque 40 % des intermédiaires sont rémunérés en pourcentage des primes, il y a un risque qu'ils n'aient pas avantage à faire diminuer les primes. Par ailleurs, près de 40 % des répondants ignorent le mode de rémunération de l'intermédiaire, indiquant un certain manque de transparence de la part des intermédiaires ou un manque de compréhension des contrats d'assurance collective de la part des répondants. Néanmoins, la majorité des répondants sont satisfaits des efforts déployés par les intermédiaires pour leur trouver les meilleurs contrats d'assurance à un prix raisonnable. De plus, la littérature économique sur le meilleur mode de rémunération des intermédiaires est ambivalente. Par exemple, Schiller²⁵¹ indique que si l'objectif

²⁵¹ Schiller, J., Matching and Risk Classification in Insurance Markets with Intermediation, Working paper (Universität Hohenheim), 2009.

principal d'un intermédiaire est de joindre les consommateurs aux assureurs tout en apportant de l'information sur le risque des consommateurs, il est nécessaire que les intérêts des intermédiaires et des assureurs soient alignés, via une rémunération de l'intermédiaire en pourcentage des primes. Ceci permet de s'assurer que l'information fournie par l'intermédiaire sur le risque des consommateurs est vue comme crédible par l'assureur. Inversement, Hofmann et Nell²⁵² montrent que lorsque les assureurs sont rémunérés par un montant forfaitaire, le bien-être total est supérieur à une rémunération en pourcentage des primes. Des analyses plus poussées sont nécessaires pour déterminer l'effet réel du mode de rémunération sur le bien-être total sur le marché de l'assurance.

Le marché de l'assurance privée québécois est assez concurrentiel

Les résultats de l'enquête et les données secondaires (indices calculés et rapports) indiquent que les assureurs évoluent dans un marché qui est généralement compétitif, puisque la concentration, telle que mesurée par le ratio de Herfindahl-Hirschman et par le ratio de concentration des quatre plus grandes entreprises sur le marché, y est modérée. Nous observons néanmoins que les assureurs semblent posséder une bonne santé financière, puisque les marges bénéficiaires ont augmenté ou sont restées stables au cours des dernières années. De plus, le ratio de solvabilité, qui mesure la capacité des assureurs à payer les prestations et les rentes, est aussi en hausse depuis 2012. Nous notons également que le pourcentage des primes qui est reversé sous la forme de prestations est de 72 % au Québec en 2015. L'excédent des primes permet aux assureurs de se protéger contre les différents risques associés aux contrats d'assurance, de couvrir leurs dépenses administratives (environ 5 % des primes totales) et d'assurer leur profitabilité. Il est donc difficile de se prononcer sur la profitabilité des assureurs, d'autant plus que l'excédent de primes est calculé sur l'ensemble des contrats d'assurance et au cours d'une seule année, alors que pour certaines protections, les prestations seront reversées dans plusieurs années et dépendront de changements démographiques importants.

Notre enquête révèle que les employeurs sont assez sensibles aux primes chargées par les assureurs, indiquant qu'ils sont susceptibles de changer d'assureur lorsque les primes augmentent. Dans un tel contexte, le pouvoir de marché d'un assureur est limité. Les DG sondés ont indiqué que, pour une augmentation des primes de 10 %, ils avaient 36 % de probabilité de changer d'assureur. Plus le pourcentage d'augmentation des primes est élevé, plus la probabilité de changer d'assureur augmente. Pour les RAC, la probabilité de changer d'assureur si les primes augmentent de 10 % est de 44 %. Il importe d'insister sur le fait que nous parlons ici de la

²⁵² Hofmann, A. et M. Nell, Information Cost, Broker Compensation, and Collusion in Insurance Markets, *Schmalenbach Business Review*, 63(3), 2011.

probabilité de changer d'assureur. Ainsi, les répondants n'ont pas été confrontés à la décision de changer d'assureur lorsqu'ils les ont dévoilées. Il est donc possible que les probabilités soient légèrement surestimées par rapport à ce qu'on obtiendrait si nous pouvions observer le pourcentage d'entreprises qui changent d'assureurs d'une année à l'autre. Néanmoins, puisque les probabilités sont très élevées, et que la plupart des employeurs font affaire avec un courtier ou un autre intermédiaire, la conclusion demeurerait sans doute inchangée si nous pouvions observer les changements réels.

D'autre part, la demande d'assurance au niveau agrégé (national) est peu élastique aux primes. Ainsi, même si les primes augmentent, les employeurs n'envisagent pas de cesser d'offrir des assurances, car elles représentent un avantage important pour les employés.