
Assurances

Revue trimestrielle consacrée à l'étude théorique et pratique
de l'assurance au Canada

L'ASSURABILITÉ DES CATASTROPHES NATURELLES

THE ADVANTAGE OF CLAIMS-MADE FORMS

LES EMBÛCHES DU COURTAGE D'ASSURANCE

MEXICO'S INSURANCE MARKET

L'ARBITRAGE EN RÉASSURANCE

THE IMPACT OF NETWORKS ON THE INSURANCE INDUSTRY

RÉFORME DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET ASSURANCE

INSURING CONFLICTS ON THE CONSTRUCTION SITE

LES CHRONIQUES

FAITS D'ACTUALITÉ

CHRONIQUE ACTUARIELLE

GARANTIES PARTICULIÈRES

ÉTUDES TECHNIQUES

CHRONIQUE DE DOCUMENTATION

REINSURANCE DIALOGUE

CHRONIQUE JURIDIQUE

-PAGES DE JOURNAL



UNE NOUVELLE FORCE EN MOUVEMENT

NOUS VOUS PRÉSENTONS AVEC FIERTÉ LE SYMBOLE QUI REPRÉSENTE L'ASSURANCE-VIE DESJARDINS INC. IL REFLÈTE L'ENSEMBLE DES CARACTÉRISTIQUES FONDAMENTALES DE LA COMPAGNIE: UNE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES DE PERSONNES, MEMBRE DU MOUVEMENT DESJARDINS, ISSUE DU GROUPEMENT DE L'ASSURANCE-VIE DESJARDINS ET DE LA SAUVEGARDE COMPAGNIE D'ASSURANCE SUR LA VIE.



**Assurance-vie
Desjardins**

IL EST L'ÉMBLÈME DE NOTRE MISSION: HÉRITIERS DES RESSOURCES DE CEUX GRANDES ENTREPRISES, NOUS SOMMES INVESTIS DE LA RESPONSABILITÉ DE TRAOUIRE, DANS L'INDUSTRIE DES ASSURANCES DE PERSONNES, LA VOLONTÉ D'EXCELLENCE ET LA TRAOITION DE SERVICE DU MOUVEMENT DESJARDINS, AU SEIN DU RESEAU COMME À L'ÉTRIER.

@ Desjardins L'incroyable force de la coopération.

Assurances

L'ASSURABILITÉ DES CATRASTROPHES NATURELLES, par divers collaborateurs de la Chaire en assurance de l'Université Laval	461
THE ADVANTAGE OF CLAIMS-MADE FORMS FOR INSURANCE BUYERS, by Thomas A. Konopka	479
LES EMBÛCHES DU COURTAGE D'ASSURANCE, par Rémi Moreau	491
MEXICO'S INSURANCE MARKET, by Barry Leigh Weissman and Sarah Cavanaugh	505
L'ARBITRAGE EN RÉASSURANCE : LA FIN D'UNE IDYLLE ? par Charles W. Havens III.....	511
THE IMPACT OF NETWORKS ON THE INSURANCE INDUSTRY, by D. J. Crowe	517
LA RÉFORME DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE : RESPONSABILITÉ OU ASSURANCE ? par Jean-Louis Baudouin.....	523
INSURING CONFLICTS ON THE CONSTRUCTION SITE, by Eric A. Dolden	533
LES CHRONIQUES	
FAITS D'ACTUALITÉ, par R. M.....	549

Les résultats du deuxième trimestre de 1991. Le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1991. Le cycle baissier pourrait se poursuivre jusqu'en 1993. Le Mexique et le Chili ont signé un traité de libre-échange. Risques politiques : ouverture face au marché soviétique. Sombres prévisions concernant les victimes du cancer au Canada en 1991. Une tornade fait des ravages à Maskinongé. L'ouragan Bob: l'addition. À quand les tests génétiques en assurance ? Les tests de dépistage du sida ont débuté en 1985. Convention française *Assurance et sida*. Charte du citoyen en Grande-Bretagne. Ententes, fusions, alliances. La déconfiture du B.C. C.I. et son faible impact sur le marché de l'assurance bancaire. L'assurance obligatoire des lieux publics en Belgique. La catastrophe d'Oakland. Dommages punitifs aux États-Unis : nouveaux développements. Entrée en vigueur de la *Loi sur l'utilisation des produits pétroliers* et du règlement sur les produits pétroliers.

CHRONIQUE ACTUARIELLE, par divers collaborateurs de MLH + A inc.	561
Congés pour événements familiaux.	
GARANTIES PARTICULIÈRES, par Rémi Moreau	569
Les préjudices découlant de la publicité et leurs assurances.	
ÉTUDES TECHNIQUES, par Christian N. Dumais	575
Étude comparative de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants de sociétés.	
CHRONIQUE DE DOCUMENTATION, par R. M.....	581
<i>Droit des assurances. La Peine privée en droit des assurances. «Euro Disney». Assurance des vins. «L'assurance mondiale en 1989 : chute de moitié du taux de croissance». La loi modifiant la loi sur les normes de cravail. "Ali Risk and Builders' Risk Policies - Emerging Trends." "ToughTimesatLloyd's." Nouvellesde l'Institutd'assurance."Business Interruption Insurance - Its Theory and Practice." The Insurance Industry in Canada. "Dirctectors' and Officers Liability Insurance." Cherrùcal Catastrophes. «Opérations internationales et risque politique». "Reinsurance in the Courts: Case Update." Risk Management Reports.</i>	
REINSURANCE DIALOGUE, between Christopher J. Robey and David E. Wilmot	589
Incidental Exposures and the Nature of Excess Payments.	
CHRONIQUE JURIDIQUE, par Rémi Moreau	597
L'avis de sinistre. <i>Burnout</i> et incapacité totale. Devoir de loyauté de l'agent envers l'ancien employeur. Conduite d'un véhicule en état d'ébriété. Biens temporairement hors des lieux. Sur quelques jugements à l'étranger.	
PAGES DE JOURNAL, par Gérard Parizeau	605

Les articles publiés dans la revue *Assurances* sont répertoriés dans :

- *Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec*
- *Index à la documentation juridique au Canada*
- *Index de périodiques canadiens*
- *Index to Canadian Legal Periodical Literature*
- *Insurance Periodicals Index*
- *Point de repère*

Assurances

Revue trimestrielle consacrée à l'étude théorique et pratique de l'assurance au Canada

Fondateur de la revue et membre d'honneur du comité :
Gérard Parizeau

Prix au Canada :

L'abonnement 32 \$

Le numéro 12 \$

Prix à l'étranger:

L'abonnement 39 \$

Le numéro 15 \$

Membres du comité :

Rémi Moreau, Murielle Laramée.

Gilles Cantin, Christian N. Dumais.

Gérald Laberge, Didier Lluelles,

Louise Ménard, Denis Mottet,

Josée Plamondon,

Christopher J. Robey,

Louis Rochette, Angus H. Ross

Administration :

1140, boui. de Maisonneuve O.

7^e étage

Montréal (Québec)

H3A 3H1

Téléphone : (514) 288-0100

Télécopieur: (514) 282-1364

461

Directeur et secrétaire de la rédaction :

M^r Rémi Moreau

Secrétaire de l'administration :

M^{re} Murielle Laramée

⚡ Tous droits de reproduction et de traduction réservés - Canada 1992 - par Sodarcam Inc., Montréal (Canada). On ne peut reproduire, enregistrer ou diffuser aucune partie de cette publication sans avoir obtenu au préalable l'autorisation du directeur. Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

59^e année Montréal, Janvier 1992

N° 4

L'assurabilité des catastrophes naturelles *

par

divers collaborateurs de
la Chaire en assurance de
l'Université Laval ••

The authors examine the insurability of natural catastrophes. This article contains excerpts from catastrophe experience in North America, namely from the United States and Quebec. The catastrophes discussed include floods, earthquakes and windstorms (tornadoes, hurricanes and cyclones.)

In light of the statistics obtained, the authors have concluded that private insurers and government authorities should work together to develop insurance plans for natural catastrophes.

* Résumé d'un rapport préparé le 15 avril 1991 pour le Bureau d'assurance du Canada et la Fondation Conrad LeBlanc. Faute d'espace, nous n'avons pas publié les chapitres ayant trait à la France, au Japon, à la Nouvelle-Zélande, à la Suisse, à l'Espagne et à la Belgique.

•• Sous la direction de Denis Moffet, directeur de la Chaire, assisté de José Nicolas, Marc Ilégin, Frédéric François Bouchard et Michel Gendron.



1. Introduction

462

Nous avons examiné l'état des connaissances portant sur l'assurabilité des catastrophes naturelles. Notre attention a porté plus particulièrement sur l'expérience nord-américaine, française et japonaise. Les catastrophes étudiées furent les inondations, les tremblements de terre et les tempêtes de vent (les risques TOC : tempêtes, ouragans et cyclones).

Par le passé, les assureurs ont jugé que certains risques catastrophiques n'étaient pas assurables, alléguant d'une part que la couverture de ces risques incombait à l'État et, d'autre part, que les mécanismes d'assurance ne se prêtaient pas à la réparation des dommages résultant d'une catastrophe naturelle.

En fait, trois difficultés techniques auraient empêché l'assurabilité des catastrophes naturelles (ou de tout autre risque à caractère catastrophique) : la difficulté de composer une mutualité homogène suffisamment large et dispersée, la difficulté d'établir une tarification actuarielle et la difficulté de contrôler les engagements et de disposer d'une capacité financière suffisante.

L'assureur cherche à constituer une mutualité comprenant le plus grand nombre possible de personnes exposées à un degré comparable aux mêmes risques. La fréquence du risque doit être peu élevée car, étant donné les frais d'opération inhérents au commerce de l'assurance, il ne serait pas économique qu'une personne veuille assurer un risque engendrant des réclamations de façon répétitive.

En matière d'assurance des catastrophes naturelles, les assureurs craignent particulièrement le phénomène d'ami-sélection. Ils craignent en effet que seules les personnes affectées par ce genre de risque cherchent à s'assurer, rendant ainsi impossible l'application du principe de mutualité. En effet, les catastrophes naturelles sont des événements qui ont tendance à frapper plus spécifiquement certains lieux ou certains biens.

Certains lieux sont plus sensibles aux risques naturels. À titre d'exemple, la région de Charlevoix est très exposée au risque de tremblement de terre. De même, la région de la Beauce est connue pour la fréquence de ses inondations. Certains biens sont également plus vulnérables aux risques naturels. Ainsi, un vieil édifice construit sans norme spécifique de résistance aux séismes sera plus vulnérable qu'une construction récente soumise au Code national du bâtiment.

En plus du problème d'anti-sélection, les assureurs éprouvent une difficulté à établir une tarification juste. Le problème survient au moment de l'utilisation de statistiques portant sur la fréquence des événements catastrophiques et sur le coût des dommages, en cas de survenance.

463

La survenance d'un événement catastrophique s'accompagne d'une accumulation considérable de sinistres. On ne peut plus parler d'événements indépendants, comme c'est le cas en assurance du risque incendie. On constate, lors de catastrophes naturelles, un cumul de sinistres qui sont dépendants les uns des autres: ainsi un tremblement de terre peut s'accompagner d'incendies et d'inondations.

Comme on l'a vu précédemment, les statistiques concernant les événements catastrophiques ne sont pas fiables et l'assureur se trouve devant l'impossibilité d'évaluer le sinistre maximum possible résultant d'une catastrophe. Ainsi il ne peut pas évaluer si le coût de la catastrophe ne dépasse sa capacité financière. S'il éprouve des difficultés à contrôler ses cumuls d'engagements, il peut dépasser sa capacité financière et cela peut le conduire à l'insolvabilité.

Nous examinerons les expériences américaine et québécoise, en faisant ressortir les points forts et les faiblesses de chacune.

2 Les États-Unis

Le marché américain de l'assurance offre depuis longtemps des polices d'assurances couvrant certaines catastrophes. Les fortes inondations de 1951 et 1955 amenèrent l'industrie de l'assurance à effectuer des études sérieuses. Les dégâts qu'occasionna l'ouragan Betsy, en 1965, servirent de catalyseur, en 1968, à l'intervention gouvernementale qui conduisit à la création d'un programme:

national d'assurance inondation : le National Flood Insurance Program (NFIP).

L'assurance tremblement de terre est offerte partout aux États-Unis par le secteur privé. On craint cependant que plusieurs assureurs aient des difficultés à respecter leurs engagements advenant un tremblement de terre majeur en Californie. C'est pourquoi le gouvernement américain est à mettre sur pied, en collaboration avec le secteur privé, The Federal Earthquake Insurance and Reinsurance Corporation (FEIRC)

-164 21 Le marché privé

2.1.1 Séismes

L'assurance tremblement de terre est disponible aux États-Unis depuis le début du siècle, mais elle demeure peu populaire. On explique cette situation par la faible probabilité de réalisation de cet événement, qui pousse les gens à la considérer comme nulle et, conséquemment, à ne pas s'assurer.

Généralement, l'assurance tremblement de terre est offerte aux détenteurs de polices incendie sous forme d'extension de garantie. Une franchise est incluse pour que le propriétaire assume une partie du risque. Le montant de cette franchise est un pourcentage spécifié de la valeur de la propriété assurée et varie selon la localisation et le type de construction du bâtiment. La fréquence peu élevée des séismes rend difficile une tarification adéquate. En cas de catastrophe majeure, certains auteurs sont d'avis que la solvabilité de plusieurs assureurs serait sévèrement ébranlée.

2.1.2 Tempête-ouragan-cyclone (TOC)

Depuis 1983, l'assurance dite TOC a été incluse à l'intérieur des polices incendie sous forme d'extension de garantie. Elle est disponible partout aux États-Unis et est exigée par les institutions financières comme garantie sur les prêts hypothécaires.

Pour les assureurs, les risques de tempête représentent un marché intéressant. En effet, une demande pour ce type d'assurance existe puisque la plupart des propriétaires se sentent menacés de façon concrète par ce risque. La quantité importante de données sur la fréquence des tempêtes et la sévérité des dommages en résultant

permet une tarification adéquate et assure la survie de ce type d'assurance.

2.1.3 Inondations

Certains assureurs avaient tenté, au début du siècle, d'offrir une assurance inondation. Le caractère répétitif et les coûts élevés entraînés par l'événement couvert les ont incité à abandonner ce marché. Avant 1968 (année de la création du NFIP), aucune protection n'était disponible pour garantir les inondations. Depuis quelque temps, des assureurs ont cependant recommencé à offrir cette assurance.

465

L'assurance inondation peut être disponible par l'entremise d'un avenant sur une police multirisques couvrant plusieurs propriétés; elle peut être émise en vertu d'une police couvrant certains risques spécifiques tels que les inondations, les tremblements de terre pour certains lieux, et elle peut être incluse dans une police d'assurance de carence (Difference in conditions).

Le marché de l'assurance inondation est limité aux propriétés situées près des rivières, des fleuves et des régions côtières.

La méthode utilisée pour assurer les inondations dépend de la nature et de la localisation du risque, de la philosophie de l'assureur, des attitudes de souscription et du coût de l'assurance. La méthode la plus simple demeure, bien sûr, la police multirisques qui ne contient pas d'exclusion relative à l'inondation.

2.2 Description du National Flood Insurance Program (NFIP)

Le NFIP a été créé en 1968 dans le but d'offrir de l'assurance inondation subventionnée sur une base nationale, grâce à une coopération entre le gouvernement fédéral et l'industrie privée.

En créant le NFIP, le gouvernement espérait atteindre certains objectifs. Il voulait d'abord répondre au besoin d'assurance inondation par un produit auparavant non disponible; il visait aussi, par l'assurance inondation, à la réduction de ces dépenses sous forme d'assistance. Le gouvernement avait la volonté de transférer les coûts des désastres de l'ensemble de la société aux résidents des plaines inondables.

L'assurance disponible en vertu de ce programme couvre les pertes de valeur de la propriété qui résulte du débordement d'une surface d'eau quelconque (artificielle ou non), d'une accumulation rapide inhabituelle (pluie diluvienne), d'un écoulement de boue causé par une inondation et de l'effondrement des sols causé par l'érosion provoquée par l'eau excédant le niveau habituel.

466 Le NFIP est financé par le gouvernement fédéral et administré par deux départements de la Federal Emergency Management Agency (FEMA). Les aspects du programme qui concernent l'assurance sont gérés par la Federal Insurance Administration (FIA) et les activités de règlement des sinistres relèvent du State and Local Program and Support (SLPS).

Aucune réserve n'est accumulée pour les catastrophes futures. Si les revenus de prime excèdent les réclamations, l'excédent est remis au trésor américain. Dans le cas contraire, les fonds nécessaires pour payer les réclamations sont puisés à même le trésor américain. On peut dire que c'est un système fonctionnant selon le principe de répartition (*Pay as you go*).

Il serait souhaitable d'accumuler un surplus pour parer aux catastrophes futures. Pour ce faire, il faudrait cependant augmenter le taux de participation au programme ou envisager une augmentation des taux de prime puisque que le programme ne s'autofinance pas pour l'instant.

Pour faire participer davantage l'industrie privée, la FIA a créé, en 1983, un programme par lequel les polices peuvent être émises par les compagnies privées et réassurées par la FIA (*Write your own program*). Les conditions et la tarification sont établies par la FIA.

Sous le système *Write your own program*, la compagnie d'assurance participante vend la police en son nom, collecte les primes, fournit les services relatifs aux polices et règle les sinistres.

Les compagnies ont le choix de vendre les polices de la FIA ou de créer leur propre police en participant au *Write your own program*.

2.3 Évaluation du NFIP

L'assurance disponible en vertu du NFIP a pour effet de redistribuer les pertes, mais n'encourage pas la prévention. Ainsi,

43 % des paiements d'assurance ont été attribués à titre de pertes répétitives. Les gens qui se procurent de l'assurance ne font que très peu d'activités de prévention.

Le NFIP est confronté à un sérieux problème d'anti-sélection, la plupart des détenteurs de polices représentant les plus mauvais risques. En effet, on observe que seulement 20 % à 25 % des occupants des plaines inondables se prévalent du programme. Ce pourcentage passe à 72 % dans les régions côtières où on observe beaucoup plus d'inondations.

Grâce aux mesures de contrôle et d'utilisation du territoire qui permet de vendre l'assurance disponible, on réussit à faire une prévention à long terme pour minimiser les pertes futures. À ces mesures s'ajoute le droit qu'a la FEMA d'acheter les bâtiments trop fréquemment inondés. On exerce ainsi un plus grand contrôle sur les coûts d'assistance qu'on aura à payer dans le futur.

467

On a réussi à rendre le produit beaucoup plus attrayant sous le système *Write your own program*. Les assureurs sont beaucoup plus enclins à vendre leurs propres polices et font des efforts pour rendre ce produit plus intéressant pour les clients.

Le rôle gouvernemental demeure essentiel en matière de risque catastrophique. L'industrie privée n'a pas seule le pouvoir de créer elle-même les mesures incitatives et d'appliquer les sanctions pour la gestion des plaines inondables. Elle n'a pas la capacité financière du gouvernement pour offrir des taux subventionnés et n'a pas le pouvoir législatif nécessaire pour imposer certaines mesures .

D'autre part, il semble que l'industrie privée soit beaucoup plus efficace pour les opérations de distribution du produit, de collecte de primes et de règlement des sinistres que le gouvernement fédéral.

24 The Federal Earthquake Insurance and Reinsurance Corporation (FEIRC)

Au cours des dernières années, plusieurs jugements de cour, particulièrement en Californie, ont été très défavorables aux assureurs. Il ressort de ces jugements qu'en vertu d'une police multirisques, toute perte est couverte à moins qu'elle ne résulte d'un événement explicitement exclus. Les assureurs faisant des affaires

en Californie ont donc couvert à leur insu le risque de tremblement de terre sans avoir chargé des primes établies en conséquence.

Maintenant, toute compagnie souscrivant de l'assurance résidentielle dans l'état de la Californie doit obligatoirement offrir un avenant couvrant le psque de tremblement de terre. Selon toute probabilité, d'autres États devraient emboîter le pas, créant ainsi un problème de capacité. Certains prétendent qu'une telle tendance met en péril l'industrie del'assurance. Il faut cependant temporiser cette crainte car les assureurs peuvent réviser à la hausse leur tarification et modifier leur système de franchise ou de coassurance.

468

C'est dans ce contexte qu'a été ébauché le projet d'un programme national d'assurance tremblement de terre, sous l'appellation *The Federal Earthquake fnsurance and Reinsurance Corporation* ou, plus simplement, *The Earthquake Project*. Nous allons présenter les grandes lignes de ce projet.

La lecture des objectifs que vise la FEIRC nous laisse croire que la création d'un tel programme serait souhaitable pour toutes les parties: le gouvernement, l'industrie de l'assurance et la population. Voici une description des principaux objectifs qu'on attribue à la FEIRC:

- a) Offrir à tous de l'assurance résidentielle pour les risques de tremblement de terre et d'éruption volcanique à un coût raisonnable (marché primaire);
- b) Offrir de la réassurance de catastrophe aux assureurs et aux réassureurs pour les risques non couverts par le marché primaire (programme de réassurance en excès);
- c) Éviter que l'industrie privée et l'économie nationale ne subissent des fluctuations violentes, en accumulant les fonds nécessaires;
- d) Éviter au gouvernement d'avoir à payer d'énormes montants d'assistance fédérale de désastre en puisant à même les taxes des contribuables.

Ce programme serait sous la tutelle de la Federal Emergency Management Agency (FEMA), tout comme le NFIP. La FEMA serait responsable, entre autres, de la coordination des activités suivantes :

- a) L'éducation de la population face aux risques de tremblement de terre;
- b) La création d'un plan fédéral d'urgence en cas de catastrophe;
- c) La diffusion de l'information portant sur les différents risques auxquels la population est exposée;
- d) La production de cartes régionales identifiant les zones de risque sismique;
- e) La préparation au niveau local et au niveau de l'État au regard des risques de tremblements de terre.

469

En réalité, ce programme en contiendrait deux. Le premier s'adresserait au marché primaire de l'assurance résidentielle et le second serait un programme de réassurance en excès.

Le programme primaire couvrirait les pertes de valeur de la propriété et les dépenses supplémentaires de subsistance occasionnées par un tremblement de terre ou une éruption volcanique.

L'éligibilité au programme serait atteinte à la suite d'un processus d'identification des communautés à risque. Les communautés devraient se soumettre également à des normes de construction du bâtiment, afin d'être éligibles au programme.

La police prévoirait une limite de couverture de 500 000 \$ sur le bâtiment. Une couverture en excès de ce montant pourrait être disponible sur le marché régulier (privé) et une telle exposition serait réassurable par l'entremise du programme de réassurance en excès de la FEIRC.

Les franchises varieraient de 2 % à 10% du montant assuré, selon l'exposition du bâtiment au risque de tremblement de terre. Le taux de prime varierait selon l'exposition. Ainsi, neuf zones de tarification seraient déterminées pour prendre en compte les différences d'exposition. Les taux de prime seraient fixés par le comité directeur et seraient basés sur les approximations de fréquence et de sévérité des risques.

Le programme de réassurance en excès permettrait à tous les assureurs et réassureurs de se réassurer contre les pertes qui ne seraient pas réassurées par le programme primaire et qui auraient été

causées par un tremblement de terre. La réassurance en excès serait disponible pour les risques de tremblement de terre et d'éruption volcanique, et ce, pour plusieurs branches d'assurance (incendie, assurance maritime, assurance multirisques pour fermes).

Les primes collectées par la FEIRC seraient accumulées dans un fonds exempt d'impôts, distinct de celui du programme primaire, et serviraient à payer les réclamations.

470 Le programme n'interviendrait que si une catastrophe occasionnait des pertes excédant 8 % du total des primes nettes de toute l'industrie nationale de l'assurance. Le cas échéant, le programme ne serait redevable envers un assureur (ou réassureur) en particulier qu'à la condition que cet assureur ait lui-même subi, suite à la catastrophe dont il est question, des pertes excédant 8 % de ses primes nettes. Ces pertes ne seraient réassurables en aucune façon. Après paiement, la compagnie pourrait collecter les fonds nécessaires pour couvrir d'éventuelles pertes résultant de chocs subséquents considérés comme faisant partie du même séisme. Souvent les tremblements de terre sont suivis, à quelques heures d'intervalle, de contrecoups qui ne sont que la continuité du choc précurseur.

Tout assureur participant au programme primaire devrait se joindre au programme de réassurance en excès.

Le programme peut favoriser l'anti-sélection. Il pourrait en effet s'avérer difficile de vendre cette assurance dans les régions où le risque est moins élevé qu'en Californie, par exemple.

3. Le Québec

3.1 Séismes

Le Québec est situé sur la plaque de l'Amérique du Nord. Il a une faible sismicité du fait que le point de rencontre de plaque le plus près du Québec se trouve au milieu de l'océan Atlantique. Des séismes majeurs peuvent néanmoins survenir au Québec; l'histoire rapporte les principaux :

- a) juin 1638, dans la vallée du Saint-Laurent (MM IX);
- b) 5 février 1663, à La Malbaie (MM X), le plus fort séisme jamais ressenti au Québec;

- c) 16 septembre 1732, en Ontario, répercussion jusqu'à Montréal où il y a eu sept morts (MM IX);
- d) 20 octobre 1870, à Baie Saint-Paul (MM IX);
- e) 28 février 1925, à La Malbaie (MM IX);
- f) 18 novembre 1929, au sud de Terre-Neuve (MM X);
- g) 1er novembre 1935, au Témiscamingue (MM IX);
- h) 25 novembre 1988, au Saguenay (6.2 à l'échelle de Richter).

La sismicité du Québec peut s'expliquer non seulement par le mouvement des plaques, mais aussi par d'autres facteurs qui peuvent s'y combiner. Il y a 350 millions d'années, un météorite s'est abattu dans la région de Charlevoix et y a affaibli la croûte terrestre. Le dernier facteur touchant non seulement le Québec, mais aussi l'Amérique du Nord, est le soulèvement du sol suite au retrait des glaces qui recouvraient le continent lors de la dernière glaciation. Le sol libéré du poids des glaces chercherait à se soulever pour reprendre sa position première.

471

La couverture contre le risque de tremblement de terre est disponible au Québec. Elle existe sous forme d'un avenant à la police de base moyennant une surprime. Outre le risque de tremblement de terre proprement dit, la garantie porte sur les avalanches, les éboulements et les glissements de terrain directement causés par un tremblement de terre.

Les assureurs canadiens tiennent rarement compte de l'éventualité d'un incendie causé directement ou indirectement par un tremblement de terre, bien qu'ils couvrent automatiquement ce risque dans la police habitation. Ils négligent cet aspect non seulement dans la tarification, mais également dans le contrôle des cumuls. Cette négligence sous-évalue les engagements des assureurs, qui pourraient être surpris par l'ampleur des dégâts causés par un incendie à la suite d'un séisme majeur. Rappelons, à titre d'exemple, que de tous les dommages causés par le tremblement de terre de San Francisco, en 1906, plus de 80 % étaient liés aux incendies. En 1923, au Japon (Kanto), le feu fut responsable de 80 % à 90 % des dommages.

Bien que les constructions d'aujourd'hui soient moins vulnérables aux incendies que celles du début du siècle, on peut

aisément prévoir des dommages étendus causés directement par le feu. En effet, les bris de conduite de gaz, les bris d'aqueduc, les courts-circuits électriques, l'incapacité pour les services d'incendie à se rendre sur les lieux, la panique générale, sont tous des facteurs qui contribueraient à une conflagration provoquée par un tremblement de terre.

L'assurance contre le risque de tremblement de terre est un produit dont la demande est très faible, voire quasi inexistante, ce qui peut être expliqué par la faible sismicité du Québec.

472

Lors du tremblement de terre du 25 novembre 1988, comme c'est toujours le cas lorsque se produit un événement catastrophique, la demande pour ce type de couverture augmenta rapidement, pour diminuer graduellement au fil des mois, à mesure que la crainte s'estompait.

Il existe un problème lié à la capacité des compagnies d'assurances. Il nous a été signalé que certains assureurs négligent de contrôler leurs engagements cumulatifs, particulièrement en milieu urbain. Tant et si bien qu'advenant un sinistre majeur, la solvabilité de ces assureurs pourrait être sérieusement menacée. M. Kenneth G. Harris, président de Commercial Union of Canada, note que dans l'éventualité d'une catastrophe, certains assureurs n'auraient pas un niveau suffisant de réassurance. Conséquemment, les dommages en excès de leur traité de réassurance devraient être payés à même leur avoir propre. Dans l'éventualité où quelques compagnies seraient acculées à la faillite, le reste de l'industrie aurait à en supporter les conséquences par l'intermédiaire de la Société d'indemnisation en matière d'assurance I.A.R.D. (*Property/Casualty Compensation Fund*).

Au Mexique, tous les assureurs fournissent des données sur leurs engagements par zone d'accumulation à l'Insurance Association. Ces zones d'accumulation, préparées par la Swiss Re et la Munich Re et appelées CRESTA (*Catastrophe Risk Evaluating and Standardizing Target Accumulations*), permettent aux assureurs et aux réassureurs d'évaluer et de contrôler leurs engagements cumulatifs. Les assureurs américains qui font des affaires en Californie sont également tenus de fournir des données sur leurs engagements au California Insurance Department et à leurs réassureurs.

Un tel mécanisme n'existe pas au Canada. En effet, aucun organisme ne compile de données sur les engagements cumulatifs des compagnies faisant des affaires au Canada. Le BAC, par exemple, pourrait bien exiger des assureurs qu'il lui fournissent toutes les données relatives à leurs engagements cumulatifs.

3.2 Glissements de terrain

Les glissements de terrain font toujours l'objet d'une exclusion dans le contrat de base. La couverture du risque de glissement de terrain peut cependant être obtenue par avenant. Mais très peu d'assureurs l'offrent, et elle n'est pas accordée systématiquement à ceux qui en font la demande.

473

À la suite de rencontres avec des représentants de l'industrie, il ressort que la demande pour ce type de couverture est pratiquement inexistante. Ce genre de couverture s'accompagne d'un risque d'ami-sélection, l'assureur a tout lieu d'être vigilant lorsqu'elle est demandée.

3.3 Inondations

L'assurance inondation est confrontée à un problème d'anti-sélection. Seuls les gens susceptibles d'être victimes d'inondations veulent s'assurer.

La certitude d'encourir des pertes importantes et fréquentes empêche l'établissement d'un véritable système d'assurance. En Beauce, par exemple, certains terrains sont inondés d'année en année. Le mécanisme d'assurance ne peut rien dans ce cas précis : le contrat d'assurance n'est pas un contrat d'entretien résidentiel. On doit lui trouver des solutions de rechange.

Selon certains intervenants du monde de l'assurance, l'indemnisation des victimes d'inondations revient à l'État. Selon eux, ces risques doivent être assurés par les gouvernements. Nous ne partageons pas totalement cette position, nous croyons plutôt que le gouvernement a surtout un rôle à jouer au niveau de la prévention, notamment en ce qui concerne la planification de l'occupation du territoire. Il est difficile d'envisager une solution au problème que représentent les inondations sans l'apport du gouvernement, tant sur le plan financier que législatif.

3.4 Tempêtes-ouragans-cyclones (TOC)

Les risques TOC sont couverts au Québec. Les couvertures sont comprises dans la police de base et ne nécessitent aucun supplément de garantie.

La couverture du risque de grêle fait cependant exception. Cette couverture peut faire partie des garanties du contrat de base ou peut être obtenue par l'entremise d'un avenant.

4J4 Il n'y a pas de tarification propre aux risques TOC. Les *loss-ratios* utilisés pour fin de tarification comprennent tous les sinistres couverts dans la police habitation : incendie, vol, tempête, frais de subsistance, etc. L'absence de tarification s'explique par la rareté relative de survenance des risques TOC.

Dans le cadre actuel, la couverture semble suffisante et ne suscite aucun problème pour les assureurs ou pour les assurés.

3.5 Autres risques

Les éruptions volcaniques sont une conséquence de la *subduction* d'une plaque sous une autre. La «subduction» se produit lorsque deux plaques «foncent» l'une sur l'autre et que la plus dense s'enfonce alors que la moins dense passe par-dessus. Les volcans se retrouvent près de ces failles où il y a «subduction». Étant donné l'absence de ce type de faille au Québec et dans les territoires avoisinants, le risque d'éruption volcanique est techniquement nul.

Les tsunamis sont des raz-de-marée causés par un effondrement du sol sous-marin. Cet effondrement provoque un très grand déplacement d'eau et, par conséquent, une énorme vague à la surface de la mer. Cette vague se déplace à des vitesses de l'ordre de centaines de km/h et cause d'importants dommages lorsqu'elle frappe une ville côtière. Plus le fond marin est profond, plus la vague se déplace rapidement et risque de provoquer des dommages importants.

3.6 Tarification du risque de tremblement de terre

La tarification utilisée par les compagnies d'assurances IARD au Québec suit généralement celle suggérée par le Groupement technique des assureurs (GTA); quelques compagnies utilisent leur

propre tarification. Le GTA, dans son manuel de tarification, établit les taux selon les critères suivants : les classes de construction du bâtiment, la zone de vitesse sismique de la région où se trouve le bâtiment, ainsi que le degré de vulnérabilité du contenu du bâtiment.

Un bâtiment est classifié selon le type de murs, de planchers, de revêtements extérieurs et d'éléments porteurs du bâtiment. La tarification du GTA comporte six classes différentes. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude confirmant le bien-fondé de cette classification.

Le GTA a établi ses taux selon les zones publiées par le Code national du bâtiment; ces zones nous informent sur le niveau d'exposition au risque de tremblement de terre, dans une région donnée. Les taux varient également selon le degré de vulnérabilité du contenu du bâtiment et le type de construction. On distingue trois degrés de vulnérabilité. La détermination du degré de vulnérabilité global pour le contenu d'un bâtiment peut être problématique lorsqu'on y retrouve des biens de diverses natures.

475

Certains facteurs déterminants quant au niveau de dommages causés par un tremblement de terre ne sont toutefois pas pris en compte. Ces principaux facteurs sont le type de sol où est situé le bâtiment, l'âge du bâtiment, sa géométrie (plus un bâtiment est asymétrique, plus il sera susceptible de s'effondrer pendant un séisme), sa structure (la qualité des matériaux utilisés, la version du Code national du bâtiment auquel le bâtiment était soumis, les détails d'armature) et l'architecture (murs en maçonnerie à l'intérieur).

La majorité des compagnies qui assurent les tremblements de terre n'ont pas les ressources nécessaires (i.e. ingénieurs civils ou autres professionnels) pour évaluer ces facteurs. Pour les constructions résidentielles, les coûts d'évaluation des facteurs énumérés plus haut seraient trop élevés par rapport au bénéfice qu'on en retirerait. Il en va tout autrement pour l'assurance commerciale. Seuls des gens qualifiés peuvent estimer les dégâts potentiels auxquels un édifice pourrait être soumis en cas de tremblement de terre majeur. Contrairement à l'assurance résidentielle, les coûts d'assurance devraient être déterminés pour chaque édifice. Les pertes potentielles risquent de varier beaucoup d'un édifice à l'autre et des primes différentes devraient refléter cet état de choses. Des primes plus élevées pour les constructions plus

exposées au risque devraient inciter leur propriétaire à mettre en oeuvre des mesures de prévention et de réduction du risque.

3.7 Code national du bâtiment (CNB)

Depuis plus de 25 ans, des normes de construction parasismiques ont été intégrées au CNB. Au fil des ans, à mesure que la science progressait, ces normes se sont précisées.

476

Les séismes constituent le seul risque d'origine naturelle auquel s'adresse spécifiquement le CNB. Le CNB requiert un système de drainage adéquat, mais ne formule pas de recommandations particulières pour les risques d'inondation. Le CNB requiert que les constructions puissent résister à la surcharge due aux vents mais ne tient pas compte des risques TOC. Le besoin de normes plus contraignantes pour ces risques ne semble pas évident puisque le Québec n'est pas particulièrement sujet à ces risques.

En construction commerciale, le CNB doit être appliqué: c'est une loi. On entend par construction commerciale toute construction ayant un usage autre que l'habitation, ainsi que les immeubles d'habitation à plus de trois étages. Le CNB est appliqué de façon prospective, c'est-à-dire qu'il ne s'applique qu'aux nouvelles constructions, les constructions déjà existantes étant soumises à la version du CNB en vigueur au moment de leur construction.

Plusieurs facteurs sont à considérer lors du calcul de la surcharge due aux séismes. Parmi les éléments les plus importants, on retrouve la zone sismique d'accélération et la zone sismique de vitesse; les caractéristiques du sol, telles que sa densité, la taille des grains qui le forment et sa profondeur; le type de construction, les matériaux utilisés, et la capacité d'absorption d'énergie.

M. René Tinawi, professeur du département de génie civil de l'École polytechnique de Montréal, croit que les normes parasismiques que préconise le CNB sont adéquates au regard du risque présent, dans la mesure où elles sont appliquées. Il est bon de préciser que les normes qui en découlent sont minimales.

En construction résidentielle, le degré d'application du CNB varie d'une municipalité à l'autre, selon ce que chacune d'entre elles juge pertinent. On considère comme construction résidentielle toute

construction de trois étages ou moins ayant comme seul usage l'habitation.

4. Conclusion

Les principales catastrophes naturelles susceptibles de se produire au Québec sont les inondations, les tempêtes de vent et les tremblements de terre. Ce sont surtout les risques d'inondation et de tremblements de terre, qui préoccupent les assureurs et les autorités publiques.

En examinant l'expérience de différents pays, on peut en arriver à certains constats en ce qui a trait aux rôles respectifs de l'État et des assureurs privés.

477

D'entrée de jeu, un constat s'impose: l'élaboration de mécanismes d'assurance est intimement liée à la planification de l'occupation du territoire. En cette matière, il est évident que les assureurs privés sont sans pouvoir, et l'expérience tant américaine que française illustre clairement la nécessité d'un leadership de l'État.

Pour des raisons aussi bien culturelles qu'économiques, il existe des personnes qui persistent à occuper des territoires fortement exposés aux catastrophes naturelles. Que l'on songe, à titre d'exemple, aux Beaucerons et aux Californiens... Dès lors une question se pose : quelle attitude l'État doit-il adopter ? Décourager de tels comportements? Faire partager par l'ensemble de la collectivité les coûts associés à ces comportements à risque? Voilà sûrement une partie importante de la problématique.

Dans un contrat d'assurance, l'assuré peut choisir le montant d'indemnisation désiré, et les modalités de versement de celle-ci sont prédéterminées.

L'assurabilité des catastrophes naturelles ne va pas de soi. Elle est entravée par certaines difficultés qui ont été soulevées, à savoir :

- a) la difficulté de composer une mutualité homogène, suffisamment large et dispersée;
- b) la difficulté d'établir une tarification actuarielle;
- c) la difficulté de contrôler les engagements cumulatifs;

d) la difficulté de préserver la solvabilité des assureurs.

L'expérience de pays tels que la France, les États-Unis et le Japon tend cependant à démontrer qu'il est possible de composer avec ces difficultés si une collaboration s'établit entre l'État et les assureurs privés.

478 Il ressort de ces expériences que l'intervention de l'État s'impose dans la planification de l'occupation du territoire, dans l'établissement des règles du jeu et, éventuellement, dans la garantie ultime du système. En ce qui concerne la commercialisation et l'indemnisation, les assureurs privés sont tout indiqués.

Compte tenu de la situation prévalant actuellement au Canada en matière d'assurance des catastrophes naturelles et nonobstant les développements futurs, il apparaît que les assureurs privés auraient tout avantage à améliorer dès maintenant le contrôle des cumuls.

Advenant la mise sur pied d'un programme d'assurance des catastrophes naturelles, il faudrait s'interroger sur la pertinence de constituer une réserve de contingence. Une telle réserve aurait comme avantage de stabiliser les primes dans le temps, par comparaison avec un système fondé sur la répartition (*Pay as you go*).

Il faudrait aussi s'interroger quant à la gestion de cette réserve, notamment :

- a) quant au partage des responsabilités entre les assureurs privés et l'État;
- b) quant à sa mission au regard du développement économique.

Il nous apparaît que l'élaboration d'un plan d'assurance des catastrophes naturelles est un processus qui doit mettre en interaction les assureurs privés et les autorités publiques. C'est ce que tend à démontrer l'analyse des expériences ayant réussi.

The Advantage of Claims-Made Forms For Insurance Buyers*

by

Thomas A. Konopka

L'auteur décrit les avantages à utiliser des formulaires d'assurance basés sur la datation des réclamations, où l'élément déclencheur de l'application des garanties de la police n'est pas la survenance d'un événement proprement dit, mais plutôt la date à laquelle la réclamation est présentée.

479

L'auteur conclut que cette façon de procéder en assurance responsabilité professionnelle et en assurance responsabilité des produits permet une tarification avantageuse et un accès élargi à ce type d'assurance.



The Cyclical Roller Coaster

Hard and soft liability insurance market cycles are often likened to a ride on a perilous roller coaster. At times, coverage is restricted and prices rise rapidly, followed by an era of plentiful capacity when insurers, in their quest for new clients, offer liberal coverage terms, eut prices and accept unfamiliar risk - leaving buyers wondering what lies ahead.

During the restricted market of the mid-1980s this country experienced the most severe liability insurance crisis of the century. Insurance buyers and underwriters learned an important lesson from this crisis: Liability insurance, especially long-tail lines such as professional and product liability (which may take many years to discover and settle), is difficult to price adequately and requires considerable underwriting expertise. It also is hard to evaluate loss reserves. As claims for long-tail liability are discovered and settled,

* Reproduced with the authorization of the Editor of *Risk Management Reports*, (August/July 1991 Edition).

many insurance companies find that the premiums charged in prior years were too low to pay for future losses. The companies may then cut future losses by withdrawing from the market place. Here is what happens:

- Insurers' loss reserve funds are "strengthened" (increased).
- This increases underwriting losses, sometimes causing operating losses.
- This, in turn, may cause a reduction in insurers' working capital.
- Insurance premiums rise.
- Coverage restrictions are mandated.
- Non-renewal notices are sent to policyholders.

A liability insurance crisis results.

Eventually, loss reserves become adequate, profits return to underwriting, acceptable surplus levels are restored, and insurer balance sheets are strengthened. The liability crisis ends, only to reappear later on. *Figure 1* shows one aspect of the cycle - the loss ratios of general liability insurers (including medical malpractice) from 1969-1989.

Occurrence coverage looks at when a loss happened and "assigns" that event or occurrence (or manifestation, or onset, or cause) to a policy that was in effect at the date of loss. With this approach, when an insurer offers professional, product or other long-tail liability insurance, the underwriter must set a price today that will be adequate not only to cover losses discovered in five, ten or fifteen years, but also anticipate societal, legal, inflationary, and other changes that impact the dollar value of losses. Perilous roller coaster cycles result from these pricing problems.

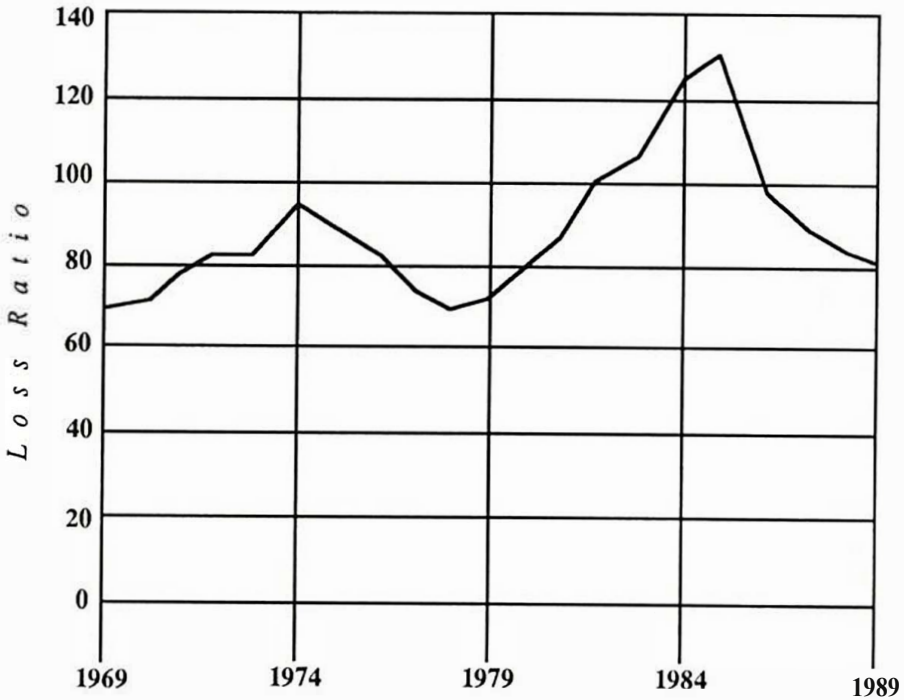
The main reason claims-made coverage was introduced was to reduce the large degree of uncertainty involved in making projections of ultimate losses. Under occurrence coverage, a long time would typically elapse between the time when premiums were set and the time when claims were eventually paid, often many years later. This time lag makes it difficult to project all elements affecting the cost of long-tail claims. These elements may be broadly grouped

under the categories of social, legal and economic inflation. All of these have generally proven to increase claim costs over time. Examples include changing judicial attitudes and decisions and the rising cost of medical services.

Figure 1

General Liability (Including Medical Malpractice)

Loss Ratios 1969-1989



Claims-made insurance focuses on the date a loss is discovered and assigns the claim to the current policy in force. Long-tail liability insurance written on a claims-made basis requires the insurer to set a price today that is adequate to fund losses reported today. While this approach will not eliminate all the possible ups and downs, it results in less uncertainty, as well as adequate protection for today's claim. Thus, it offers a better chance of price stability and a stronger

assurance of continued coverage and hope for ending the recurring market cycle. Following are the reasons why long-tail liability insurance buyers should expect better results from claims-made insurance.

1. Today's Claim Is Covered by Today's Limit

482 A fact of life is that over time most buyers require higher liability limits. With claims-made insurance the policy can be constructed to have the current policy limit apply to a claim made today, even if the date of loss, or "occurrence," happened many years before.

Limits purchased many years ago under an occurrence policy may prove insufficient today. On the other hand, purchasing a higher limit under an occurrence policy in order to provide for the potentially higher cost of claims many years in the future, is costly, and may not even be necessary to provide for claims that are reported nearer to the incident date. Since the reporting of claims under an occurrence policy happens over an indefinite time span, it is almost impossible to provide for adequate limits for every claim while still maintaining cost efficiency. See *Figure 2*, for a schematic of this comparison.

For example, assume that two insureds have been purchasing product liability insurance since 1987. Buyer A has occurrence coverage and buyer B has claims-made coverage. During policy years 1987-1990, each buyer purchased a \$1 million policy. In 1991, both insureds increase their limits to \$5 million.

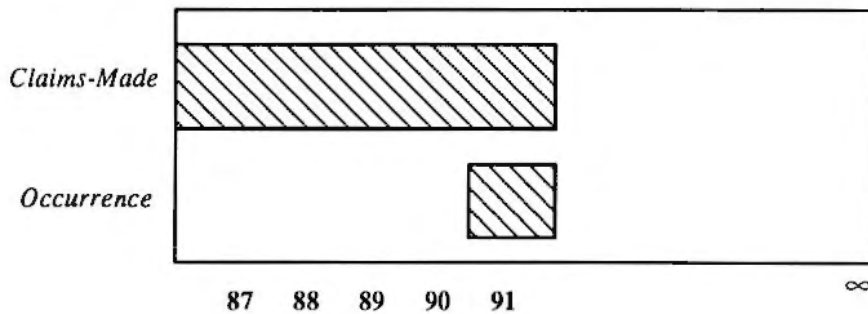
If a claim brought in 1991 for an incident that occurred in 1987 is ultimately settled for \$1.75 million, the occurrence carrier would be responsible for \$1 million (the 1987 policy limit) and buyer A would be self-insured for the remaining \$750,000. The claims-made insured, having a \$5 million policy in effect when the claim was made, would have sufficient protection. By having today's limit apply to a claim made today, insureds buying higher limits over time get built-in "inflation protection." With occurrence coverage, the limit in effect at the date of loss (not the date the claim is made) would apply.

Figure 2

Claims-Made vs. Occurrence Forms

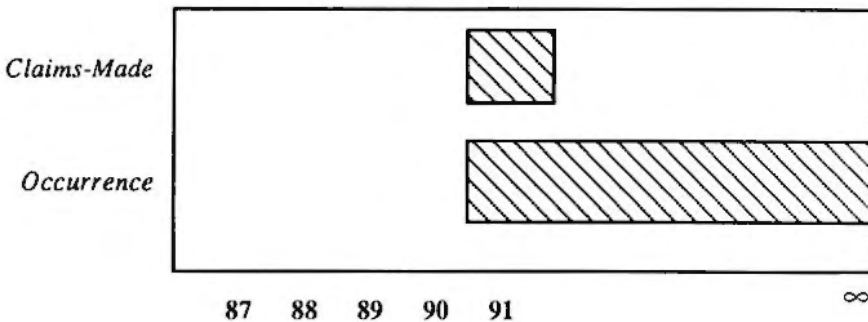
Coverage Year - 1991

Year of Occurrence



483

Year of Report



2. Lower Initial Cost

If claims-made coverage offers built-in inflation protection, why does claims-made coverage cost less? The answer is due to the nature of long-tail loss development patterns. Development refers to the time lag between the date of incidents and claims and their final evaluation. The evaluations always get bigger.

Since these development patterns require less premium to cover losses in the early years, claims-made insurance rates can be lower in the early years. As losses develop, rate increases will mirror loss cost increases anticipated over the next 12 months, leading to moderate incremental premium adjustments and stability over the long run.

484 Looked at another way, in the first year of the claims-made program, claims must both occur and be reported in that year for claims-made coverage to apply. In the second year, the incident must occur in either the first or second year and be reported in the second year. This contrasts with an occurrence policy, where there is no limit on when a claim can be reported.

Occurrence coverage requires a "front-end" premium loading to cover losses that will take years to discover. In the highly uncertain long-tail liability insurance environment, this substantial front-end loading will be reflected in higher insurance costs.

More importantly, even a mature claims-made policy should generally cost less than an occurrence policy covering the same period. There are two reasons for the lower cost. First, claims covered under the claims-made policy cover losses that occurred in the past but are reported today, but the occurrence policy covers claims that occur today and are reported in the future, which are then settled even further in the future. Due to various types of inflation cited above, the cost of the claims covered under the occurrence policy will be higher on average than the cost of the claims-made policy claims.

Second, claims-made policies reduced the uncertainties associated with projecting the ultimate value of long-tail claims. The only time lag on claims-made policies is between the date a claim is reported and the date when it is settled. Occurrence policies have an additional time lag between the date of incident and the date of report, as well as the lag until settlement. This is a much longer time over which to project the future cost of claims, resulting in more uncertainty. Insurers typically charge for that uncertainty by building in a risk load into the premium. Since claims-made policies contain less uncertainty, the risk load is generally smaller. Thus, premiums for a claims-made policy should always cost less than those for an

occurrence policy, or should prove to cost less over the coverage term.

3. Long-Term Price Stability

Because of the shorter time period between the coverage "trigger" and the claim settlement, as described in the previous section, claims-made underwriters can offer better price stability. Since the time lag is shorter under claims-made coverage, premiums will be more responsive to unexpected, sudden changes in trend rates or in reserving practices, to cite two examples. Under occurrence coverage, it takes a longer time for these changes to become apparent, and the inevitable rate increases are larger when they do.

485

The pricing of occurrence coverage is therefore more susceptible to insurance market cycles. The long-tail nature of claim settlements makes occurrence policies appealing during periods of high interest rates (when underwriters are generally willing to write occurrence policies for less premium) than when interest rates are low and underwriters are earning less investment income. Underwriters often underestimate the ultimate loss costs, and the investment income earned on premium and loss reserves may be inadequate to make up for the premium shortfall. Insurers' losses, when they become evident, may be more severe than anticipated. Then the cycle turns, leading to sharply increased prices and decreased capacity and availability.

Claims-made policies are less attractive in terms of "cash-flow underwriting," since the time lag between coverage and claim settlement is shorter. Also, as pointed out above, claims-made pricing is more responsive to emerging changes, such as declines in underwriting profitability. Claims-made policies do not require the same level of incurred but not reported (IBNR) reserves; mainly case reserves are booked. Therefore, the overall level of reserves is lower than that for occurrence coverage. Not only does this reduce the inherent variability in setting loss reserves, but it also makes financial statements less susceptible to large-scale reserve deficiencies and external swings in asset values (such as stock market reverses). All of this tends to produce greater premium stability over the long term for claims-made coverage.

4. Greater Assurance of Coverage and Limits Availability During Hard Market Cycles

Hard market cycles brought about by insufficient loss reserves adversely affect both primary and reinsurance carriers. In hard markets, reinsurance availability is significantly diminished. During these periods, the reinsurance market is far more willing to write reinsurance for claims-made than for occurrence-form primary insurance.

486 When reinsurance for occurrence coverage becomes unavailable, primary insurers providing occurrence coverage are forced to withdraw their occurrence insurance from the market, leaving many insureds with no liability protection. This is what happened in the mid-1980s.

Why Are Occurrence Forms Coming Back?

If claims-made insurance is a sound solution to destructive market cycles, why is occurrence coverage for long-tail liability insurance being promoted and offered by insurance brokers and underwriters? Reasons for favoring occurrence over claims-made coverage fall into three categories: regulation and tradition, coverage perpetuation, and insured/insurer commitments.

1. Regulation and Tradition

In heavily regulated industries such as insurance, change is the exception to the rule. Attempts to introduce alternative coverage approaches are subject to extensive scrutiny and deliberation by state insurance regulators, underwriters, and brokers. This built-in process creates roadblocks, is expensive, discourages innovation, and creates a strong bias for the status quo. Occurrence forms have been around for a long time; claims-made forms are newer.

2. Coverage Perpetuation

An often voiced concern about claims-made insurance is: What happens if the policy is not renewed? Claims-made critics usually argue there is no coverage if there is no policy in effect. This is the most frequently cited criticism of claims-made coverage.

Critics go on to point out that an occurrence policy will always offer protection if coverage was in effect at the date of loss (although occurrence underwriters, once they are "off" the risk, have been known to require legal action to be reminded of their obligation under the old, expired policy).

Claims-made coverage that is not renewed offers protection for insureds and injured parties if an insured elects to purchase extended reporting period ("tail") coverage. Typically, claims-made insuring agreements offer a five-year extended reporting period for defined additional costs.

487

In a situation where there is no more claims-made coverage, there are additional options. Insureds can evaluate these to determine which best meets their goals: cost efficiency and reduction of uncertainty. These are the options:

- ***"Tail" Coverage***

The first option is to purchase the extended reporting period (or "tail") for an additional cost. The additional cost is roughly equivalent to paying the additional premium that would have been paid for occurrence coverage. (It is important to note that the buyer of occurrence coverage has been paying more premium each year, for the reasons stated earlier.) The claims-made policyholder benefitted from lower premiums. On non-renewal, he generally has the option to convert to occurrence coverage. Purchasing an extended reporting endorsement is not always equivalent to converting to occurrence coverage; under the former, there may be a time limitation during which claims can be reported. However, the time limitation is generally sufficient to cover the vast majority of expected claims. Unlimited reporting endorsements are sometimes available.

- ***Retroactive Dates***

The second option is to purchase another claims-made policy from a different insurer with the same retroactive date as the non-renewed policy. A variation of this option is purchasing a policy with a retroactive date at least several years earlier than the new policy's effective date, although not necessarily the same as the non-renewed retroactive date. This would provide for extended

reporting of most claims not covered under the non-renewed policy. The availability of this option varies greatly among insurers, and the exact terms are subject to negotiation.

• ***Self-Insurance***

488 The last option is self-insurance of the extended reporting period claims. This option may be viable for insureds with sufficient financial capacity to absorb these losses. Insureds with relatively favorable claims experience may elect this option. The decision to self-insure may be made in this case by weighing the cost and benefits of self-insurance versus purchasing extended reporting coverage.

3. The Additional Cost

The cost of these three options is in addition to the premiums already paid for claims-made policies. This cost would be unnecessary if occurrence coverage had been purchased. But it is important to remember that the higher cost of occurrence coverage over many years implicitly includes the cost of these kinds of options (except for self-insurance, obviously). The difference is that claims-made coverage gives the insured the option of what type of coverage should be purchased (or not purchased), and the chance to minimize the cost of the elected coverage.

4. Insured and Insurer Commitments

Another popular criticism of claims-made coverage is that the retroactive date allows insurers to hold insureds hostage and disrupts coverage continuity if the insured switches carriers. Claims-made detractors emphasize that if an original retroactive date is changed (moved forward), any claim made during a policy period based on an incident that occurred before the in force policy's retroactive date is not covered. Therefore, if a carrier change is desired or required, a coverage gap will be created if the new carrier will not agree to use the original retroactive date.

Although the extended reporting period feature significantly mitigates this problem, this criticism highlights the importance of selecting a carrier with a demonstrable commitment to meeting the insured's long-term liability protection needs.

Long-tail liability insurance is often described by brokers and underwriters as "difficult to place." It requires an underwriter to be exceptionally well-versed in the nature of the exposure and highly skilled in loss prevention and claims management. A buyer of long-tail liability insurance needs to look beyond the policy form (claims-made or occurrence) and evaluate the underwriter's expertise, selection standards and behavior during soft and hard cycles. An insurer writing long-rail liability claims-made or occurrence coverage primarily for "market share" or "cash flow" potential is likely to be a short-term player.

5. Moving the Retro Date Forward

There could actually be an advantage to moving a retroactive date forward. It could reduce cost of the replacement coverage significantly by eliminating coverage for very early years, in which there is a very small likelihood of claim. The insured must be willing to accept this risk in exchange for the cost savings. Accepting some risk is the basis for "insured commitment." Many insureds should be able to accept this residual risk, but are afraid of the unknown.

Insurers writing occurrence policies on long-tail lines are subject to a large degree of this uncertainty and thus are more susceptible to underwriting cycle. It is entirely possible that the occurrence insurer may not be able to honor the commitment which has already been paid. Insurers writing claims-made coverage can also become insolvent, but since their uncertainty in pricing and reserving for long-tail lines is significantly reduced, one would expect that these companies will be less prone to insolvency. It is easier for regulators to monitor and detect their financial deficiencies. The risk of insolvency to the insured is less, since there is a shorter time period over which the insured expects the insurer to honor its obligation. The insurer/insured commitment is more easily achieved under a claims-made program because of increased stability for both.

In summary, the characteristics of certain liability insurance (such as professional and product liability) when written on occurrence forms inherently cause roller coaster market cycles, and perpetuate the likelihood of future liability crises. Claims-made coverage is a rational solution for long-tail liability problems. It

offers stable pricing, coverage availability, and better promise of solvency over the long run.

Le Canada compte deux chaires en assurance

490

Le mandat de la Chaire en assurance de l'Université Laval est de promouvoir l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'assurance et de la gestion des risques. En 1989-1990, 157 étudiants étaient inscrits aux cours de premier cycle en assurance. Une quinzaine d'étudiants ont suivi le cours de maîtrise «Principes et économie de l'assurance».

L'Université de Calgary a déjà annoncé l'établissement d'une chaire en assurance et en gestion de risques:

The Faculty of Management offers a PhD program and AACSB - accredited Bachelor of Commerce and MBA Program. Nominations and applications should be submitted by December 31, 1991.

Les embûches du courtage d'assurance

par

Rémi Moreau

One of the most significant legal developments of recent times involving insurance brokers is the emergence of the notion of duty to give expert advice. In this article, the author uses practical examples to illustrate how brokers are increasingly found to be at fault and are condemned by courts when they fail to exercise reasonable care as professional advisors to their clients, in preparing or completing application forms, in giving advice on insurance matters or by failing to provide such advice.

491



Les obligations du courtier, au regard de sa pratique, sont jugées de façon de plus en plus onéreuses par les tribunaux. Les règles du mandat lui imposent d'agir «avec une habileté raisonnable». Il s'agit d'une obligation de moyens, c'est-à-dire que le courtier doit démontrer les qualités d'exécution normales que démontrerait une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances.

La profession de courtier, nous le verrons ci-après, est pleine d'embûches. Il est devenu essentiel que le courtier s'impose des règles de pratique, des normes et des procédures qui régissent ces opérations professionnelles.

De nombreux cabinets de courtage ont développé des procédures de contrôle de la qualité à toutes les étapes de l'assurance : avant l'émission du contrat, en cours de contrat, au moment des sinistres et après la résiliation du contrat. À titre d'exemples: la description détaillée des tâches émanant de chaque service, les règles à suivre dans les communications avec le client, les procédures écrites ayant trait à l'émission des polices, les renouvellements et les listes de vérification ayant trait aux programmes d'assurance.

Voici quatre situations concrètes illustrant les embûches du coupage.

1. Une demande d'assurance d'un assuré, niée par le courtier : qui dit vrai ?

Nous avons lu récemment un jugement qui nous laisse perplexe et qui illustre à souhait les aléas de l'opération de courtage d'assurance. Nous en taillons les noms et la référence. Qu'il nous suffise simplement de décrire les circonstances en cause.

492

D'un côté, le demandeur: celui-ci est accompagné de deux témoins, tous associés dans la même entreprise. Au cours d'une conversation téléphonique avec leur courtier, l'un deux, en présence des autres, prétend avoir demandé une augmentation du montant d'assurance. Les deux autres associés présents confirment cette demande, qui, incidemment, avait été reçue par le courtier à son domicile, au cours de la fin de semaine.

Deux mois plus tard, un incendie détruit complètement les biens assurés. L'assureur offre de payer le montant d'assurance figurant au contrat, alors que le demandeur réclame le montant augmenté, qui, en l'espèce, n'avait jamais été porté à l'attention de l'assureur.

De l'autre côté, le défendeur, courtier d'assurance: il affirme n'avoir jamais reçu semblable appel téléphonique et nie avoir répondu, comme le prétend le demandeur, que «le montant d'assurance serait augmenté sur-le-champ», puisqu'il n'avait pas le pouvoir de lier l'assureur sans son autorisation. En outre, cette pratique commerciale fut confirmée par un autre témoin, préposé du courtier défendeur, qui avait déjà refusé sur-le-champ une autre demande d'augmentation d'assurance au demandeur. Ce préposé a déclaré à la Cour avoir expliqué à l'assuré qu'il devait, au préalable, obtenir l'acceptation de l'assureur. Selon le Tribunal, ce témoignage fut qualifié «d'ordre mineur».

En l'espèce, la difficulté réside dans la crédibilité des témoins.

Il apparaît «inconcevable» au Tribunal que les trois associés ayant discuté entre eux d'une augmentation puis décidé de communiquer rapidement avec leur courtier suite à leur discussion,

en vue d'augmenter le montant d'assurance, puissent avoir inventé une pareille histoire.

Nous croyons que cette remarque du juge manque de rigueur. Pourquoi une telle histoire serait-elle inconcevable ? Les litiges regorgent de déclarations fausses ou frauduleuses en matière d'assurance. Les fraudes coûtent annuellement des milliards de dollars aux assureurs. Aux États-Unis seulement, on rapporte des fraudes à l'assurance de l'ordre de 20 milliards de dollars par année.

Dans une telle affaire, la position du courtier est très faible. On serait porté toutefois à lui donner raison, à cause de son intérêt. Son entreprise consiste justement à recevoir des demandes d'assurance. Sauf oubli de sa part, il serait vraiment paradoxal qu'il ne donne pas suite à une demande d'assurance, même quelques jours après celle demandée.

493

Le tribunal a préféré donner raison au demandeur, dont les témoignages étaient «catégoriques et crédibles» plutôt qu'au témoignage plutôt «vague» du courtier.

Faut-il croire que les tribunaux tendent à protéger naturellement le consommateur et qu'ils s'identifient à sa cause? L'alternative suivante nous en convainc :

- S'il y a eu oubli du courtier, alors le tribunal n'hésitera pas à sanctionner la négligence professionnelle de ce dernier, ce qui est légitime;
- S'il n'y a pas eu oubli de sa part et si le tribunal en vient à constater que l'assuré n'a pas reçu l'avenant augmentant la valeur assurable, le courtier sera pareillement blâmé.

Il est raisonnable que le tribunal donne raison à l'assuré en s'appuyant sur une preuve concluante. Mais ne revient-il pas à cet assuré, à titre de demandeur, de prouver l'exécution d'une obligation : une preuve écrite de la demande eût été plus acceptable qu'une preuve orale, car ici la parole du premier prime sur la parole du second.

Il faut conclure de façon pragmatique : en de telles circonstances, il semble que le fardeau de la preuve soit transposé sur les épaules du courtier. Celui-ci devra :

- a) soit établir que les témoins n'étaient pas crédibles;

- b) soit fournir des documents ou d'autres preuves solides appuyant ses prétentions.

À défaut de quoi, le courtier devra supporter les conséquences de son manque de preuve ou encore de son inaction ou de sa négligence, si tel est le cas.

Ce litige illustre à souhait l'impérieux devoir du courtier d'écrire sur-le-champ le contenu de toute communication téléphonique avec son client, de la dater et de l'insérer au dossier.

494 2 Le courtier qui rédige la proposition de son client

La proposition d'assurance est un document qui émane du preneur, en vertu de l'article 2476 C.c. A titre de représentant de l'assuré, il est usuel, dans la plupart des cas, que le courtier remplisse la proposition et la fasse signer par son client. Il arrive souvent que ce dernier fasse entièrement confiance à son courtier et qu'il ne prenne pas le temps de lire attentivement les réponses écrites de la proposition, qui sont censées être les siennes.

Supposons les circonstances suivantes, qui peuvent devenir litigieuses: le courtier remplit une proposition d'assurance automobile et il omet de répondre à une question relative à l'existence ou à la survenance d'accidents antérieurs, alors qu'effectivement, il peut être démontré en preuve que l'assuré a été victime de plusieurs accidents de la route.

Cet exemple est réel : il tire son origine de)affaire *Lévesque c. La Fédération, Cie d'assurance du Canada* ¹. A bon droit et fort de cette preuve, l'assureur réclamait la nullité de la police en alléguant les déclarations mensongères de l'assuré. Considérant que le courtier est le mandataire de l'assuré, l'erreur du premier rejaillit sur les épaules du second.

Mais certains éléments additionnels rendent notre exemple plus complexe. Il est bien établi devant le Tribunal que, lors de l'entrevue, le client avait formellement mentionné au courtier l'existence antérieure de cinq accidents de la route et que ce dernier n'en a pas tenu compte en complétant la proposition.

¹J.E. 90-990.

En Cour supérieure, le tribunal, se fondant sur le mandat entre l'assuré et le courtier, a conclu à la nullité de la police. Ce jugement fut infirmé par la Cour d'appel qui décida qu'en pareille circonstance, l'article 2491 C.c. devait s'appliquer, cet article se lisant comme suit :

«Art. 2491. - Lorsque les déclarations contenues dans la proposition d'assurance y ont été inscrites par le représentant de l'assureur ou par tout courtier d'assurance, la preuve testimoniale est admise pour démontrer qu'elles ne correspondent pas à ce qui a été effectivement déclaré.»

Suivant cet article, si l'assuré peut prouver, par témoin, que les déclarations consignées dans la proposition ne correspondent pas à ce qu'il a effectivement déclaré au courtier, l'assureur ne pourra réussir à faire annuler le contrat d'assurance, puisque les «fausses déclarations», selon les articles 2485 et suivants du Code civil, ne proviennent pas de lui.

Dans une telle circonstance, l'assureur pourrait avoir un recours contre le courtier après avoir indemnisé l'assuré, contrairement à l'esprit de la police et de la loi.

Il est donc préférable que le courtier demande à l'assuré de remplir lui-même la proposition en lui fournissant l'aide et l'attention requise.

De nombreux cas de jurisprudence rapportent que le courtier a pu omettre, même involontairement, de déclarer à l'assureur certaines informations essentielles; dans un tel cas, la protection d'assurance fut effectivement annulée ou réduite proportionnellement en l'absence de mauvaise foi, selon l'article 2488 C.c., lequel implique une action récursoire contre le courtier :

- Dans *Dupuis c. Phoenix du Canada* ², le courtier avait omis de déclarer à l'assureur que l'assuré logeait cinq chambreurs dans sa résidence;

496

- Dans *Lapierre et Épicerie de Grasse Inc. c. Assurances Robert Dionne Inc. et Robert Dionne* ³, le courtier avait donné une description inexacte d'un immeuble;
- Dans *de Voyau c. C.E. Lavigne (1961) Ltée* ⁴, le courtier a rempli une proposition contenant des omissions et des renseignements inexacts;
- Dans *Gélinas c. Zurich du Canada et al s*, la preuve a démontré que le courtier a rempli une proposition inexacte, ayant trait aux antécédents médicaux d'un enfant âgé de 21 mois, bien que le courtier ait été adéquatement informé par les parents : il ressort de cette affaire que les réponses inadéquates découlaient de la propre interprétation du courtier;
- Dans *Gingras c. Economical, Cie Mutuelle d'assurance* ⁶, la proposition remplie par le courtier était inexacte quant à l'existence d'une borne-fontaine à proximité des lieux assurés.

En outre, le courtier a également le devoir d'assister son client lorsque ce dernier rédige la proposition. Il ressort de l'affaire *Proto-Joliette inc. c. J. Alfred & Luc Tessier Inc.* ⁷ qu'une police couvrant le commerce de l'assurée avait été déclarée nulle en raison de vols antérieurs non déclarés dans la proposition. Même si la demanderesse n'a pas prouvé que le courtier, au moment de la déclaration du risque, était au courant des vols allégués, le fardeau de la preuve incombait au courtier. Il lui appartenait de démontrer qu'il avait agi de façon raisonnable dans l'exécution de son mandat. Tel ne fut pas le cas, car il fut établi que le courtier s'était pas informé de l'existence de cambriolages antérieurs, même s'il était au courant de la résiliation récente d'une police souscrite antérieurement. Le devoir du courtier, selon la Cour, est très onéreux : il doit poser les questions nécessaires et pertinentes pour bien remplir son mandat. Cette règle prend toute son importance au moment de la proposition.

³(1984) C.S. 18 à 24.

⁴(1986) R.R.A. 469.

⁵(1989) R.R.A. 989.

⁶(1990) R.R.A. 493 (en appel).

⁷(1987) R.R.A. 143.

Cette jurisprudence incontournable démontre que le courtier se doit d'être extrêmement vigilant lorsqu'il complète une proposition et qu'il ne doit jamais faire prédominer sa propre interprétation, au détriment des faits, que seul le preneur est censé connaître. Le courtier a le devoir de guider son client dans la rédaction de la proposition en évitant, comme il arrive parfois, de lui poser des questions négatives, telles que : «Vous n'avez pas eu d'accidents?» ou encore «Vous n'avez eu aucune résiliation de police?» Il importe que le courtier demeure objectif devant les faits.

3 Le devoir de conseil du courtier au moment de déclarer des risques additionnels à l'assureur

497

Sous cette rubrique, nous envisageons la question des renouvellements ou des demandes d'assurance pendant la période d'assurance. Si une proposition additionnelle n'est pas toujours exigée pour un renouvellement, l'assureur doit néanmoins connaître la portée et l'étendue des risques véritables. Le devoir de conseil du courtier prend alors toute son importance devant la justice.

Dans *Gingras c. Jetté, Bergeron, Lafrenière Inc. et al!!*, les faits se résument comme suit. Durant six ans, l'assuré, en sa qualité d'enseignant, occupait sa résidence sans y exercer d'activités commerciales. Puis, l'assuré a commencé des activités de lettrage dans un atelier installé dans le garage de sa maison, et cette activité est vite devenue l'occupation principale de l'assuré.

Il fut établi que le courtier, lors du renouvellement d'assurance de ce client, n'a pas mentionné les faits nouveaux à l'assureur, bien qu'il ait pris soin de faire ajouter à la police une mention autorisant la présence de certains produits solvants dans le garage.

Quelque temps après, l'assuré a fait construire une annexe à son atelier, fait qui fut également ajouté à la police d'assurance. Subséquemment, un incendie détruisit complètement l'atelier et l'annexe.

L'assureur a limité le paiement de l'indemnité en vertu de l'article 2488 C.c., en alléguant que l'assuré s'adonnait à des activités commerciales dans les lieux assurés et compte tenu que la prime avait été établie en fonction d'une tarification résidentielle.

⁸ (1989) R.R.A. 453.

L'assuré réclame alors du courtier la différence dans le montant de l'indemnité non reçue par l'assureur, en alléguant qu'il appartenait à ce dernier de décrire correctement le risque aux assureurs, selon son mandat. En effet, il fut établi que le courtier avait accepté, dans le cadre de son mandat, de vérifier l'état du risque assuré et de conseiller son client sur l'obtention d'une couverture adéquate. Il fut également établi que le courtier a eu amplement connaissance de la construction de l'annexe et des nouvelles activités commerciales de l'assuré.

498 Dans une autre cause, *La Compagnie d'assurance Continental c. Henri Paul Tanguay*⁹, les faits en litige originent de modifications apportées aux lieux par l'assuré postérieurement à sa déclaration initiale. En effet, depuis 1980, l'assuré opérait une entreprise de fabrication et de vente de produits en céramique. Suite à l'expansion de son entreprise dans un autre local, l'assuré a demandé à son courtier d'inclure les biens additionnels qui y étaient contenus. Subséquemment, à la demande de l'assuré, les montants d'assurance furent augmentés, pour le nouveau local, et réduits dans l'ancien. Il appert que des erreurs furent commises dans l'indication des montants d'assurance pour les deux emplacements, quoique le total fût exact, de sorte que, par suite d'incendie dans le nouveau local, l'assureur dut verser une indemnité supérieure à ses obligations en vertu de la police.

L'assureur subrogé poursuivit le courtier en alléguant que sa faute fut de ne pas lui avoir présenté correctement le risque, malgré le fait qu'il connaissait bien les lieux assurés.

La présente cause est intéressante quant à un aspect fondamental dans la réussite d'une telle poursuite. Selon le courtier, l'assureur n'aurait pas refusé la demande de modification par l'assuré, parce que celle-ci n'était pas de nature à aggraver le risque et qu'il aurait accepté la modification si la demande avait été formulée correctement par le courtier.

Dans les circonstances, le Tribunal a conclu que l'assureur se devait de faire la preuve d'un préjudice et qu'il n'avait de recours contre le courtier que si des dommages étaient établis.

Pour faire la preuve d'un tel préjudice, l'assureur devait établir:

- qu'il n'avait pas accepté le risque, tel qu'il avait été formulé;
- que ce risque comportait une aggravation par rapport à celui qu'il avait accepté.

Le courtier fut libéré de toute responsabilité car l'assureur n'a pu établir cette preuve. Il fut démontré que c'était le même ensemble de biens, quoique répartis différemment dans les deux locaux, que l'assuré avait l'intention de couvrir en ne voulant que modifier les montants répartis dans lesdits locaux. En outre, l'assureur n'a pu établir qu'il avait subi un préjudice du fait que les montants avaient été augmentés dans un local plutôt que dans l'autre.

499

Si le devoir de conseil du courtier est vaste, il demeure néanmoins assorti de certaines limites qui lui sont favorables, notamment, comme dans la cause qui précède, lorsque l'assureur ne souffre pas de préjudice de certaines erreurs du courtier, ou encore lorsque l'assuré possède lui-même une grande expertise en matière d'assurance.

4. Le devoir de conseil du courtier quant aux explications des polices ou à l'obligation pour l'assuré de lire la police

Ce n'est trop souvent qu'à l'occasion d'un sinistre, qu'un assuré réalise pleinement les lacunes possibles de son contrat d'assurance, soit parce qu'il prend le temps de lire lui-même la clause litigieuse et qu'il en constate les limites, soit parce que le courtier lui en explique la restriction.

Un cas classique est l'explication de la règle proportionnelle. Celle-ci oblige l'assuré à souscrire et à maintenir un montant d'assurance au moins égal au pourcentage exigé dans la clause, faute de quoi il ne sera indemnisé que partiellement selon la formule suivante :

$$\text{Dommage} \times \frac{\text{Montant d'assurance souscrit}}{\text{Montant d'assurance exigé}}$$

En certaines circonstances, cette clause peut devenir plus sévère si le contrat d'assurance comprend aussi la clause de l'indemnité

selon la valeur de remplacement, et si l'assuré a négligé de souscrire un montant d'assurance approprié.

Les obligations du courtier découlent du mandat intervenu avec l'assuré et dans lequel celui-ci confie au courtier le soin de le représenter. Le mandat implique des obligations de la part du courtier. Sa responsabilité est engagée, notamment :

- a) lorsqu'il outrepassé ses pouvoirs;
- b) lorsqu'il commet une faute professionnelle;
- 500 c) lorsqu'il n'agit pas de façon éclairée et raisonnable dans l'exercice de ses fonctions.

La jurisprudence nous renseigne sur diverses obligations du courtier, notamment:

- a) l'obligation de fournir une couverture conforme à ce qui a été demandé par le client;
- b) l'obligation de placer l'assurance au meilleur prix et aux meilleures conditions possibles;
- c) l'obligation de placer l'assurance auprès d'un assureur autorisé;
- d) l'obligation de signaler à l'assuré les conditions ou les restrictions non usuelles.

Cette obligation est l'objet de nos propos. Le devoir du courtier, dans les circonstances, est de mettre son client en garde sur la sévérité de certaines clauses et même de l'inciter à les respecter. Le courtier est le conseiller de l'assuré: il doit être un guide sûr et efficace, et ce, d'autant que l'assuré est souvent peu au fait de la technicité du contrat d'assurance.

Dans *Les Importations Leroy Inc. c. J. A. Madill* (1985) C.S. 538, le courtier a été trouvé négligent en ne signalant pas à son client l'obligation, stipulée dans la police en vertu d'un avenant, que les portes du commerce de bijouterie de l'assuré devaient être verrouillées pour que la garantie de vol s'applique. Comme cette restriction n'était pas usuelle, il fut jugé que le courtier n'avait pas rempli son mandat avec l'habileté convenable et les soins d'un «bon père de famille».

Dans *Fines Flowers Ltd. c. General Accident Assurance Co. of Canada* (1979) 17 O.R. (2d) 529 (C.A.), la Cour a jugé que le courtier prenait l'initiative de faire les enquêtes et les démarches appropriées pour s'assurer que la police d'assurance à être émise répondait aux besoins du client.

La règle que le courtier doit poser lui-même toutes les questions pertinentes et qu'il se doit d'exécuter son mandat avec prudence et toute l'habileté convenable est consacrée par l'arrêt *Photo Joliette c. Alfred et Luc Tessier inc.* (J.E. 87-133). Cet arrêt souligne que non seulement le courtier a le devoir de bien renseigner son client mais qu'il doit, au cours des négociations précédant l'émission de la police d'assurance, guider l'assuré et non être guidé par lui, afin de bien remplir son mandat.

501

La décision *Pierre Gingras c. Jeué, Bergeron, Lafrenière Inc. et autres* (1989) R.R.A. 453, a accueilli une action contre le courtier qui avait accepté de vérifier l'état du risque assuré et de conseiller son client de façon à obtenir une assurance adéquate. Il a été admis en preuve que ce courtier avait eu connaissance de la construction d'une annexe. Le Tribunal considéra que le courtier avait commis une faute professionnelle en ne voyant pas à ce que le risque assuré soit réévalué.

Dans l'affaire *Michel Bleau c. Compagnie d'Assurance Halifax* (1983) C.P. 177, le courtier a été justement trouvé responsable du préjudice encouru par l'assuré, qui avait vu réduire son indemnité à la suite d'un sinistre. En vertu de cet arrêt, il fut jugé que le courtier a omis d'expliquer à son client la condition de la coassurance. Dans cette cause, le tribunal s'appuie sur deux jugements au même effet: la cause *Backburn c. Bossche* 10 et *Durocher c. Gevry* 11. Dans une décision récente, *Téléson électronique inc. c. Seymour Alpen Inc.* (1991) J.E. 91-1265, le courtier n'a jamais expliqué à son client l'existence et la portée d'une clause de coassurance qui avait pour effet de pénaliser l'assuré en cas de sinistre jusqu'à concurrence de 50% de la perte.

101949 B.R. 697.

11(1961) B.R. 283.

Le manquement au devoir d'information quant à la clause de coassurance, a également fait l'objet d'un jugement récent, en Cour supérieure, dans *Téléson électronique Inc. c. Seymour Alpen Inc*¹².

À la lecture de ces arrêts, on constate qu'au fil des nombreuses décisions judiciaires le devoir de conseil du courtier devient impératif et qu'il est sanctionné, tant chez nous qu'à l'étranger, notamment aux États-Unis et en France.

502

Dans *Lemieux c. Dessurault*, (1969) C.S. 383, le Tribunal précise que le courtier a l'obligation de renseigner son client sur la suffisance de la police et sur son entrée en vigueur. Dans *Chrétien c. Le Groupe Commerce* (J.E. 84-856), l'obligation qu'a le courtier de renseigner son client découle de la nature de sa fonction, et ce, d'une manière rigoureuse et ferme.

Récemment, la Cour d'appel a statué clairement que le manquement au devoir de conseil d'un agent d'assurance-vie constituait une faute susceptible d'entraîner sa responsabilité. Dans l'affaire *Baril c. L'Industrielle et Mai/hot*, (1991) 37 C.A.Q. 141, l'agent avait omis de mentionner à sa cliente qu'elle aurait pu bénéficier d'une couverture immédiate par une note de couverture conditionnelle. Or, une telle couverture n'avait pas été offerte et la cliente, qui se proposait de désigner sa mère comme bénéficiaire, est décédée avant la conclusion du contrat. Une poursuite sans préjudice est donc intentée avec succès contre l'agent par la bénéficiaire, pour le montant auquel elle aurait eu droit si l'assurance avait été effectivement en vigueur.

L'obligation de l'assuré de lire sa police serait-elle susceptible d'assouplir cette règle ? Nous ne le pensons pas. Dans l'affaire *Les Importations Leroy*, citée plus avant, le tribunal jugea que l'omission par l'assuré de lire sa police ne dégageait pas le courtier de sa responsabilité. Même lorsque l'assuré a raison de faire confiance au courtier, le principe général veut lire les documents qu'il signe. D'ailleurs, la plupart des polices actuelles sont ainsi imprimées : «Veuillez lire votre police.»

Néanmoins, une autre tendance semble poindre à l'horizon, du moins aux États-Unis. L'Avocat Andrew Maneval écrit ce qui suit:

¹²(1991) R.R.A. 623 (Porté en appel).

Thus, many courts are now balancing the degree of negligence chargeable to the broker against the insured's "comparative" negligence in failing to read or appreciate the terms of his policy. Frequently, of course, this allows a court (or the jury) to more brazenly fashion its own customized remedy in favor of the party for whom it has the greatest degree of sympathy. In all probability, this is the intended result.

The Shift Away from the Old Rule:

The Old Rule has suffered substantial erosion over time in various courts across the country. A number of forces have contributed to this erosion, which has occurred to such a degree that one respected legal commentator has referred to the Old Rule as the "minority" approach. A number of factors which have been recognized as contributing to this shift are as follows:

503

- *The insured typically has little or no voice in drafting the terms and conditions of the policy, which frequently can be found by a court to be a "contract of adhesion";*
- *Given a greater degree of specialization among insurance brokers, it becomes more reasonable for insureds simply to rely upon their agents for obtaining the types of specialized coverages requested;*
- *Given the involved and complicated nature of many insurance policies, it becomes less reasonable to assume that an insured would understand the contents of the policy even after having reviewed the wording; and*
- *There seems to be greater "common knowledge" that, in fact, very few insureds read their insurance policies as of 1989.*

Nous n'avons lu aucun jugement québécois illustrant cette nouvelle tendance américaine, qui consiste à dégager l'assuré de son obligation quand il a omis «raisonnablement» de lire sa police. Le devoir du courtier de vérifier les polices et de les expliquer à son client ne modifierait en rien l'obligation de lire la police.

C'est ce que rappelle le juge Paul Corriveau dans *Les Industries GMC inc. c. Dupuis, Tremblay, Parizeau Inc.* (1988) R.R.A. 399:

«La preuve révèle que*** n'aurait jeté qu'un coup d'oeil sur ces documents, pourtant très importants. La lecture de ces documents, même pour une personne non spécialisée, indique qu'en tout temps une seule personne apparaissait comme pilote couvert par l'assurance émise.

504

«[...] Il appartient à celui qui s'assure d'examiner la police d'assurance qui lui est livrée, pour au moins vérifier si le contenu est conforme à sa demande.»

Conclusion

Le professionnalisme des intermédiaires, ainsi qu'on désigne les courtiers dans la nouvelle loi, passe nécessairement par le contrôle de la qualité. Les cours ne délimitent pas expressément l'étendue du devoir de conseil et la nature des informations à donner au client. Dans l'appréciation des faits, ils pourront prendre en compte, croyons-nous, les mesures et les normes que s'imposera le courtier d'assurances dans le cadre de sa pratique. Les embûches du courtage ne sont pas, à priori, des fatalités. En menant une réflexion approfondie sur la qualité de ses produits et de sa prestation, le courtier atténuera non seulement les conséquences dommageables de ses actes professionnels, mais encore il répondra mieux aux besoins des assurés, de plus en plus renseignés, et avides d'informations.

Mexico's Insurance Market *

by

Barry Leigh Weissman

and

Sarah Cavanaugh

À l'heure des discussions actuelles entourant l'accord de libre-échange avec le Mexique, il n'est pas inutile de présenter le marché mexicain de l'assurance et de la réassurance.

Les auteurs, Barry Leigh Weissman et Sarah Cavanaugh, tentent de démontrer que l'ouverture des frontières mexicaines offre d'excellentes opportunités pour le développement de l'assurance mexicaine.

505



As Mexico enters the global economy, improved trade relations provide excellent opportunities for insurance development. Mexico's financial and insurance sectors are attempting to eliminate the historical protectionism that has over-regulated the Mexican insurance industry for half a century. Insurer solvency has been controlled by the Mexican government through stringent underwriting policies, tariff rates and restricted entry into the marketplace.

In Mexico, insurance was controlled by the banking sector for many years. President José Lopez Ponillo (1976/1982) nationalized all assets and stocks of the banks. Under the current President Carlos Salinas de Gortari, attempts are being made to move the economy away from its protectionist past and into the global market.

President Salinas has opened Mexico's financial institutions to foreign investment and has facilitated the integration of financial consortiums. The Mexican government has enacted a new legislative programme governing the country's financial system. Both Mexican and foreign companies will take advantage of the new opportunities

in Mexico that allow for reprivatization. Insurance was among the first financial services to be deregulated.

Revised Regulations

506 With few exceptions, foreign insurance companies have been limited to the reinsurance business in Mexico. The revised regulations in Mexico permit foreign insurers to own up to 49% of insurance companies and banks. Management, however, must remain in national hands. The deregulation process will also benefit policyholders by allowing the elimination of tariff rates on property/casualty policies. Insurers will be required to meet a minimum capital requirement set up each year by the country's finance minister. Fewer Mexican companies are expected to stay in the market, but the remaining companies will be stronger.

Under the new reform, insurers must establish reserves equivalent to 75% of paid-up capital as opposed to the existing 50%. Reserves will provide for fluctuations and claims ratios, and will be set at 3% and 10% of net premiums for life and non-life insurers (compared to 1% and 8% previously).

Insurers will also draw up their own policies and set their own rates. The rates will be submitted to the Insurance Commissioner for approval. The authorities will have 30 days to propose modifications, after which the insurer is free to sell policies without official approval.

The regulatory authority will be the National Commission of Insurance and Bonds. Authorization must be obtained by the Secretary of Finance to establish a new insurance company. Companies currently operating in the insurance market will have one year to apply for authorization. Applications must contain a complete description of the activities the company expects to develop and a certificate must be deposited at the Nacional Financiera equal to 10% of the company's paid capital.

A general register of foreign insurers is to be created. Companies must be solvent and well-established in their countries of operation. Foreign reinsurers will be allowed to establish representatives in Mexican territory.

It is expected that foreign investors will view Mexico as a powerhouse for trade, investment and development. As a result of the free competition in the Mexican insurance market, only the most competitive Mexican companies will survive. The solvency margins of the Mexican insurers will improve because of the influx of foreign capital as foreign insurers take equity positions in Mexican industries. The insurance market in Mexico will harden as a result of competitive pricing.

The current economic recovery in Mexico is helping to change the nation's insurance market. Not only is the Mexican government deregulating insurance, it is also deregulating many industries and restructuring the foreign debt. Property/casualty rates will decline with the implementation of deregulation and, as a result, some Mexican insurers will suffer.

507

Open Market

Mexico's insurance rates will be controlled by the free market. The all-risk policy that is typically issued in the United States can now be issued in Mexico because of deregulation.

Under the new rules, property damage and business interruption resulting from earthquake shock may be covered under local insurance contracts. In the past, property contracts would only cover 75% of earthquake shock property damage. Business interruption resulting from earthquake shock could not be insured under local Mexican insurance contracts.

Recently, trade chiefs and business leaders from Mexico, Canada and the United States attended a forum in Acapulco on trilateral free trade. The closed-door forum was organized by the Conference Board, which is a non-profit, private business research company based in New York. The forum was attended by American Trade Representative Carla Hills, Canadian International Trade Minister, John Crosbie and Mexican Commerce Minister, Jaime Serra Puche.

Mexico and the United States had agreed last year to pursue a bilateral trade pact. American President George Bush, Canadian Prime Minister Brian Mulroney and President Salinas announced on 5 February 1991 that Canada would be included in the trade talks. Before the United States can enter into formal negotiations, the Bush

administration must receive congressional approval. The Bush administration is moving towards fast-track authority. Under the fast track, Congress will be able to vote up or down on any agreement, but will not be able to amend it.

Trade Agreement

508

The North American Free Trade Zone would create the world's largest open market, consisting of 360 million people with a combined output of U.S.\$6 trillion. Most of the economic strength and the majority of the people come from the United States. Mexican wage rates are one-seventh of U.S. wage rates. This may lead to american companies relocating their business operations to Mexico, since the free trade pact will allow them to send products into the United States without tariffs.

The Free Trade Agreement (FTA) would open domestic insurers to foreign participation. It is hoped that the foreign capital attracted by these measures will allow Mexico to introduce new technology needed to increase the efficiency of the local insurance industry and to allow a reduction in premiums. An open insurance market is expected by 1992.

The Mexican insurance industry is an important potential market for U.S. insurers seeking to expand international operations. Industrial consumers in Mexico are beginning to demand better insurance prices. Mexico's decision to join the General Agreement on Tariffs and Trade is another step towards becoming part of the global economy.

Foreign Companies

The Mexican insurance industry must prepare for the future. The entry of foreign companies into the Mexican insurance industry must be limited until domestic companies are able to compete fully. The reforms will allow Mexican insurers an opportunity to participate in Mexico's economic growth.

Mexico's wages have been kept low by the frequent peso devaluation. The *maquiladoras* (Mexico's second largest foreign income earner) process imported materials and components into exportable products that are destined for mainly U.S. markets. Mexico's 2,000 mile northern border area has been edging out other

countries, mainly the United States, as a low-wage job locale for unskilled workers.

Depending on the type and size of *maquiladoras*, construction typically takes 15 months. The U.S. multinationals' investment must be protected through the construction and post-construction phase. The contractors' all-risk policy protects all parties against losses arising from either direct damage or third-party liability. Policy limits and conditions that are adequate for a Mexican contractor may be insufficient for a U.S. multinational. The policy premiums and losses must be paid in the same currency in which a policy was written. It is expected that U.S. multinationals will purchase insurance directly in Mexico. These matters must be resolved before the FTA goes into full force.

Mexico's outlook for the future seems positive as a huge growth potential in the industry appears to be unravelling with the tripartite trade agreement.

A 43% interest in Mexico's seventh largest insurance company, Seguros la Republica, was acquired by Commercial Union (CU), the UK composite insurance group for nearly U.S.\$11 m. CU is the first major international insurance company to establish a stake in the insurance business since President Salinas' government reforms liberalized foreign ownership rules in 1989. A 57% majority interest remains privately owned by Mexico.

José Manuel Martínez, Chairman and Chief Executive Officer of Spain's largest insurance group, Corporation Mapfre, stressed that Mexico has great development potential and is open to foreign investors. In 1990, Mapfre acquired a 49% stake in Seguros Tepeyac, a Mexico City insurer.

Potent Inducement

Some third world countries fear the ultimate effects of the tripartite trade agreement. Malaysia is calling for a dynamic east Asian bloc as it is worried that a North American Free Trade Zone will harm the economics of third world countries.

Negotiations on Mexico's oil industry have been ruled out as the oil reserves are constitutionally protected. Mexico has one of the world's largest oil reserves. Now that the Middle East oil supply to

the United States is being interrupted, Mexico has a definite advantage in trade negotiations with the United States.

As 1991 is an electoral year in Mexico, President Salinas' tough economic policies are largely dependent on the outcome of the trilateral trade negotiations. Through acquisitions, alliances or expansion of their operations, insurers worldwide have moved into one another's territories. Their motives are controlled by their chance to profit from the deregulation of developing markets and the developing markets need to acquire expertise.

510

For property/casualty insurers, a potent inducement to go worldwide is the multinational corporations' need for standardized insurance coverage worldwide. Contracts providing coverage for one or more types of risks in all countries in which the companies operate are the only way for large insurers to expand. It is expected that within the next decade approximately 12 elite underwriters will dominate insurance worldwide. Insurance companies' commercial clients are widely becoming international and need coverage the world over.

The Mexican Insurance Association, Asociacion Mexicana de Instituciones de Seguros, and the Insurance Regulatory Commission will play important roles in Mexico's entry into the global economy. The current economic restructuring in Mexico will be a key factor in promoting the financial strength of Mexican insurance companies as well as opening the door to standardized insurance coverage worldwide.

L'arbitrage en réassurance : la fin d'une idylle?*

par

Charles W. Havens III

In order to avoid resorting to the courts when faced with litigation, insurers and reinsurers have favored arbitration services. Today, arbitration and reinsurance no longer live in harmony.

51 J

Charles W. Havens III, Partner of LeBoeuf, Lamb, Leiby & MacRae, an American Law firm, explains why with numerous examples.



L'arbitrage a été longtemps apprécié aux États-Unis, car réassureurs et cédantes pouvaient ainsi régler leurs litiges de façon privée, sans avoir recours au tribunal. Traditionnellement, ce procédé était considéré comme plus rapide et plus économique que de porter l'affaire devant la justice des États-Unis. Les avantages de l'arbitrage peuvent être substantiels. L'aspect le plus important est que le litige est réglé par des individus compétents en réassurance plutôt que par un juge ou un jury composé de personnes comprenant peu ou mal la complexité et les us et coutumes de la réassurance. De plus, grâce à l'arbitrage, les parties maintenaient par le passé le caractère confidentiel de leurs relations d'affaires, de même que la nature du litige et son règlement.

De surcroît, les affaires arbitrées ont souvent eu tendance à être résolues de façon plus rapide et moins onéreuse.

De nombreux observateurs ont constaté que les demandes d'arbitrage en matière de réassurance ne cessaient d'augmenter depuis plusieurs années. Cependant, cet accroissement de la

* Nous remercions l'auteur ainsi que l'éditeur de la revue *l'Argus International* pour leur aimable autorisation de reproduire cet article, publié dans le numéro du 6 septembre 1991.

popularité et de la fréquence de ces demandes d'arbitrage va de pair avec la multiplication du nombre de litiges.

Malheureusement, à l'heure actuelle, les parties ayant recours à l'arbitrage ont dû mal à éviter de porter leurs affaires devant les tribunaux des Etats-Unis à certains stades de la procédure d'arbitrage.

Ce bref article rend compte de quelques développements récents des procédures judiciaires issues de litiges initialement confiés à l'arbitrage.

512

Litiges au niveau de la sélection des arbitres

Par exemple, certains commentaires des tribunaux américains révèlent que les cédantes en arrivent même à des litiges au stade initial de l'arbitrage, comme la nomination des arbitres, et portent l'affaire devant les tribunaux, avant même que l'arbitrage ait commencé.

Une telle procédure d'arbitrage a été portée devant les tribunaux sous la dénomination : *le cas d'arbitrage entre la compagnie d'assurance Evanston et la compagnie de réassurance Gerling Global Corp.*, n° 90-3919 (N.D. Ill., sept. 21, 1990) (1990 US Dist. Lexis 12521).

À la suite d'un point litigieux au niveau du contrat, la cédante a demandé un arbitrage entre elle-même et le réassureur et a nommé son arbitre. La compagnie de réassurance ayant négligé d'informer la cédante, dans un délai de trente jours, du nom de l'arbitre qu'elle avait choisi, la cédante a alors invoqué une clause du contrat l'habilitant à nommer elle-même un arbitre devant agir pour le compte de la compagnie de réassurance.

La cédante a dès lors porté l'affaire devant les tribunaux. Un tribunal fédéral des Etats-Unis a statué que, ayant omis de notifier à la cédante la nomination de son arbitre dans les trente jours impartis après réception de la notification de demande d'arbitrage et selon les termes de la clause y afférente, les deux arbitres seraient nommés par une seule des parties.

Les parties impliquées dans l'affaire *Compagnie de réassurance Pacifie Management corp. V. Ohio Reinsurance Corp.*, 814 F.2d 1324 (9th cir. 1987) ont également eu recours aux

tribunaux dès le premier stade de la procédure d'arbitrage, après avoir auparavant saisi les tribunaux afin de déterminer que cette procédure d'arbitrage était effectivement nécessaire suite à différents contrats en relation avec un pool de réassurance dans lesquels les deux parties étaient impliquées. Les parties ont abouti à une impasse quant au choix d'un troisième arbitre devant départager les deux premiers.

Les parties ont alors saisi le Tribunal fédéral de Californie, qui parvint à sortir la procédure de l'impasse en nommant un arbitre tiers; le Tribunal avait pris cette décision en dépit de la disposition figurant dans sept des douze clauses contractuelles spécifiant que le troisième arbitre devait être désigné par tirage au sort en cas d'impossibilité d'accord entre les deux arbitres représentant chacune des deux parties.

513

Les membres du pool ont fait appel et la Cour d'appel fédérale des États-Unis approuva la décision du tribunal du district quant à la nomination du troisième arbitre. La Cour d'appel, constatant que les deux parties avaient déjà eu l'opportunité, vu les clauses contractuelles, de nommer un troisième arbitre, il appartenait au tribunal du district de débloquer la situation plutôt que de laisser «stagner la procédure d'arbitrage dans des transactions sans fin autour de la procédure de désignation». L'incapacité des deux parties à parvenir à un compromis quant au choix du troisième arbitre les a conduites à saisir le tribunal pour une affaire qui, traditionnellement, restait du domaine privé.

Saisie de la justice en cours d'arbitrage

Outre les procédures portant sur la sélection des arbitres, les parties contestent devant les tribunaux les décisions des arbitres avant même que ceux-ci soient parvenus au règlement final du litige qui leur était soumis. Voici le cas d'un tel litige, porté devant les tribunaux:

Affaire Forum Insurance Co. V. First Horizon Insurance Co., n° 87-2177 (N.D. Ill., June 8, 1989) (1989 US Dist. Lexis 6631). Dans ce cas, le réassureur et la cédante avaient soumis à l'arbitrage un litige concernant l'engagement contractuel de la compagnie de réassurance à rembourser les pertes occasionnées par les obligations souscrites sur des sociétés à responsabilité limitée.

Une liste d'arbitres a été proposée que les parties ont acceptée. Avant que les clauses du litige aient été seulement examinées, la cédante a été informée que le réassureur allait être déchu de sa capacité d'accomplir des actes juridiques et que les conditions financières de sa compagnie allaient se détériorant.

514 La cédante a alors demandé aux membres de la commission d'arbitrage de contraindre la compagnie de réassurance à émettre une lettre de crédit, dont le montant - majoré des frais - devait correspondre au prorata des pertes déjà remboursées ou versées au compte des provisions. Après l'audience uniquement consacrée à la demande de lettre de crédit, la commission ordonna au réassureur d'émettre cette lettre de change et fixa la date d'une deuxième audience au cours de laquelle le montant devait être déterminé.

Peu après, la commission d'arbitrage demanda aux deux parties une indemnité sur les pertes et frais qui pourraient résulter des actions entreprises par ses membres. La compagnie de réassurance a alors demandé la démission de la commission d'arbitrage et, contrairement à la cédante, refusa de contribuer à l'indemnisation de la commission. L'audience consacrée à la lettre de crédit a eu lieu et la commission a émis une sentence d'arbitrage intermédiaire, exigeant du réassureur une lettre de crédit de 3,7 millions de dollars en faveur de la cédante.

La lettre de crédit n'étant pas établie, la cédante a saisi le Tribunal fédéral du district de l'Illinois, lui demandant de confirmer la décision prise par la commission d'arbitrage. Celui-ci a accédé à la demande de la cédante en faisant valoir que la commission était parfaitement habilitée à réclamer à une partie le versement d'un dépôt de garantie. Le Tribunal a réfuté les arguments avancés par le réassureur en alléguant que la demande d'indemnisation de la commission constituait une raison suffisante pour annuler la sentence intermédiaire.

Le Tribunal a donc outrepassé la compétence et la décision d'un comité d'arbitrage avant même que celui-ci ait pu examiner les causes du litige qui lui était soumis.

Recours engagés contre la décision finale des commissions d'arbitrage

De récentes décisions de justice révèlent également que les recours aux tribunaux sont courants avant la clôture des procédures d'arbitrage et que les arbitres aient présenté leur décision ultime. Auparavant, les parties acceptaient plus fréquemment les décisions des commissions et s'y conforment. A l'heure actuelle, cependant, une fois le jugement rendu et ratifié par un tribunal, celui-ci peut être désavoué par l'une des parties se sentant lésée. Bien que la loi fédérale n'admette que très peu la contestation des sentences d'arbitrage, de telles initiatives sont aujourd'hui assez fréquentes, bien que l'on ne constate que de rares réussites.

515

Un tel recours a été exercé dans l'affaire *Mutual Pire Marine & In/and Insurance Co. V. Norad Reinsurance Co. Ltd.*, 868 F.2d 52 (3rd cir. 1989). Dans cette affaire, deux cédantes avaient déjà été départagées par un arbitrage avec un réassureur et le litige portait sur les risques qui leur avaient été transmis en vertu d'un contrat avec le réassureur. Les cédantes demandaient que les contrats soient revus depuis le conunencement. Bien que les trois arbitres aient conclu que les cédantes n'étaient pas habilitées à revoir ces contrats, ils décidèrent que la participation prévue pour chaque année contractuelle serait réduite de 10,8%.

Le réassureur fit appel à la Cour fédérale de Pennsylvanie qui ratifia la décision de la commission d'arbitrage. Les cédantes ont réitéré leur voeu d'amender ou de modifier la décision du tribunal, ce à quoi le tribunal n'a pas souscrit.

Les cédantes ont fait appel à une plus haute instance. Entre autres choses, elles demandaient que la commission d'arbitrage soit dissoute, étant donné que les arbitres avaient dépassé les limites de leur autorité en décidant « de façon arbitraire » que le montant du risque transmis à tort, selon les termes du contrat, devait être de 10,8%. Bien que l'argument selon lequel les arbitres avaient outrepassé leurs prérogatives soit un argument majeur pour saisir un tribunal fédéral, la Cour d'appel débouta les cédantes. Elle fit valoir que la décision prise par la commission d'arbitrage, consistant à réduire la participation contractuelle des cédantes selon un pourcentage fixe, était rationnelle au vu des éléments fournis par les parties. La Cour fit valoir le fait que la décision d'une commission

d'arbitrage ne pouvait être récusée que si elle était totalement irrationnelle et rejeta donc l'appel des cédantes qui avaient contesté l'arbitrage.

En résumé, il semble que réassureurs et cédantes tentent de régler leurs différends au moyen d'un arbitrage et, dans le même temps, saisissent les tribunaux des États-Unis pour qu'ils jugent les points litigieux apparaissant aux différentes phases de la procédure d'arbitrage. Il en résulte que les tribunaux sont de plus en plus sollicités pour interpréter des clauses contractuelles sur la sélection des arbitres et pour réviser les décisions intermédiaires et finales des commissions d'arbitrage.

516

Réassureurs et cédantes peuvent totalement éviter les procédures judiciaires en ayant recours à l'arbitrage si les parties impliquées, le montant du litige et les faits spécifiques le permettent. Réassureurs et compagnies directes peuvent toutefois tenir compte de la possibilité offerte par les commissions d'arbitrage. Quand un arbitrage privé semble être approprié pour résoudre un litige, les parties doivent se demander si ce procédé demeure réellement plus économique au cas où le litige lui-même aurait de fortes chances de déboucher sur une procédure judiciaire. Les réassureurs et cessionnaires doivent également être conscients des possibilités offertes par la voie judiciaire en structurant leur stratégie d'arbitrage.

Ils doivent rechercher l'avis d'un conseil habilité à intervenir aussi bien dans la procédure d'arbitrage que dans la procédure judiciaire. Ils doivent donc reconnaître que certaines décisions comme la non-application des clauses réglant le mode de sélection des arbitres ou le fait de ne pas se plier à la sentence de la commission d'arbitrage peuvent justement entraîner des suites judiciaires que l'on aurait voulu économiser.

The Impact of Networks on the Insurance Industry *

by

D. J. Crowe

Dans cet article, l'auteur décrit brièvement les réseaux internationaux de communication qui existent dans l'industrie de l'assurance. Même si ceux-ci sont encore à l'état embryonnaire, les assureurs ne peuvent plus les ignorer. Ces réseaux sont en voie de transformer radicalement les façons d'opérer et devraient prendre une importance considérable d'ici la fin de la présente décennie.

517



Throughout the past twenty years companies in most trade sectors have invested heavily in computer technology. It is probably true to say that in all cases the main purpose behind this investment has been to improve the efficiency within the company rather than to resolve the communication problems which arise between trading partners. As a result, paper continues to be the main source of communication within each industry.

The possibilities of using networks for the benefit of a whole trading community provide opportunities to eliminate this paperchain and replace it with equivalent electronic services. Electronic mail is seen as the vehicle for delivering free text such as letters, memoranda and reports. Electronic data interchange (EDI) can be used to pass structured data between trading partners. General industry information, provided at the present time through a variety of means (such as periodicals, books, and reference manuals etc.), can be replaced by information databases. These services can provide a number of sectorial benefits such as the speeding up of

* Reprinted from the *Quarterly Le/er*, July 1991, No. 126, Ncdcrlandsc Reassurantie Groep nv, Amsterdam. Based on an article originally written for *Global Banking* (pub. Rococo Group, UK) by D. J. Crowe, Special Projects Manager at the Mercantile and General Reinsurance Company Limited and Chairman of RINET's Standardisation Committee from 1988 to 1990.

communications and the elimination of duplication in rekeying identical information as it passes from company to company.

If one looks at the rationale behind community networks, it would seem obvious that the insurance industry would be one of the prime beneficiaries from such facilities. The insurance industry's services are totally information-based in that large quantities of information are required to assess risks. This applies not only to complex risks (for example, chemical plants) where a large amount of information is required to arrive at an underwriting decision, but also to fairly simple business lines such as personal motor policies.

518

Administrative processes have to be geared to the normal market practices of selling policies to clients. While an individual client may go directly to his insurer, insurance policies are also sold through intermediaries such as agents, brokers, banks, and other organizations. Complex risks often have to be shared between companies and the practice of reinsurance elevates the insurance industry into a truly worldwide community rather than individual markets working at a national level. In summary, the insurance industry cannot survive without information and, despite the computerization of systems in-house, we still use paper as our main communication medium - mountains of it!

From the reasons outlined above one might expect the insurance industry to be a pioneer in the networking field but, until fairly recently, this has not been the case and there are two main reasons why this is so. First, one has to accept that the information requirements of the insurance industry are highly complex. It is very difficult to establish common views on the data elements required, for example, to underwrite a particular class of business. The methods of selling different products and services are very variable and analysis of information flowing throughout the communication chain make it difficult to establish standard practices on which to build EDI services. As other pioneering industries have found, the use of EDI can only work effectively if the paper documents used are replaced by standard electronic messages. Secondly, the use of community networks was seen for a long time by many in the insurance industry as a potential restriction on competitive trade.

Companies felt that the introduction of such networks was a direct threat to their underwriting services although some recognized

that the administrative burden within the insurance market was common to all. Others were prepared to use network services but saw them as an advantage to be exploited over other competitors by providing private network facilities to tie in intermediaries to particular products and services. This approach overlooked the problems of intermediaries gaining access to and using many different non-standard network services. These issues and others have been the subject of much debate in the insurance industry over the past decade. Although progress has been slow, it is encouraging to note that, in the last few years, discussions have moved away from questioning the concept of networks to accepting that networks are here to stay.

519

Although I may have given an impression of an industry reluctant to take on the challenge of networking, it would be inappropriate not to mention an early initiative in the United States. A group of casualty insurers formed a shared value added network service in 1982 called IVANS, the purpose being to provide services for insurers and their intermediaries.

In Europe, there has been what can only be described as an explosion of network initiatives. Insurance tends to be conducted within national markets and this is due in no small part to the different legislation governing insurance in each country. Many of the countries in Europe have now set up insurance network service organizations, normally in collaboration with a value added network supplier such as IBM or GEIS. The most established of these national networks are listed below:

Belgium	—	ASSURNET
France	—	ASSURNET
Rolland	—	ADN
Italy	—	RITA
U.K.	—	BROKERNET LIMNET

All of these organizations apart from LIMNET are developing non-life insurance related network services between insurers and intermediaries.

LIMNET is providing both insurance and reinsurance network services for broker placed business to companies and syndicates in and around Lloyd's in the London market. It is a joint venture

involving all the participants in this specialized market (London brokers, LIRMA, ILU, Lloyd's) and IBM. Exchange of information via computer magnetic tapes has been used in the market for many years. However, the major objective of LIMNET is to fundamentally change market practice by replacing magnetic tape and paper processes with new network services.

520

By its very nature, reinsurance is an international business and although the London market is a significant centre for reinsurance, the majority of reinsurance business is transacted on a global scale involving cross-border trading. Reinsurance therefore requires a worldwide network solution and it was with this in mind that, in association with IBM, eight European reinsurers formed a network service company known as RINET. Since its inception in 1987 RINET has been working on a range of reinsurance electronic trading facilities of which the first operational service for accounting was introduced in 1990. The RINET company is based in Brussels and services have initially been offered in 14 European countries although the intention is to extend services throughout the world over the next five years.

No article on networks would be complete without some observations on the importance of electronic message standards. If we replace our existing paper documents with EDI and give no thought to a standard industry approach we merely create problems for each recipient in the communication chain as a separate conversion is required for each differing format. If 100 companies wish to exchange data with each other and each company uses its own internal file formats for transferring data this would involve nearly 10,000 potentially different conversion routines. We have to avoid replacing our existing documentation jungle with an electronic Tower of Babel! With agreed message standards, each company's burden is reduced as there is only a need for one conversion to create a standard message from an in-house computer system and similar routine to deal with received messages.

It is encouraging to recognize that each insurance network initiative has taken the issue of message standards very seriously, although the results of this enthusiasm is that we now have many differing sets of standards covering a large number of requirements of the insurance and reinsurance industry. While this can be seen as

a step in the right direction, there are many open issues that still have to be resolved.

For instance, bearing in mind the implications of 1992, should the insurance industry be creating one standard electronic marketplace for Europe as a whole with common standards, or should we create standards at a national level only? In the reinsurance area, should the standards used in the London market be the same or different from those used in Europe and elsewhere? Should we use some standard syntax conventions for creating our messages and if so, which one? Unfortunately a number of alternative approaches have evolved over the past decade with a result that there are different ways to construct message standards. One of these methods, known as EDIFACT has been introduced by the United Nations with the specific aim of assisting the development of EDI messages for international use.

521

As the United Nations is supplying a support structure in various centres throughout the world to help develop EDIFACT messages, most network organizations agree that this is the route for the future and this is providing the direction and momentum needed to solve some of our difficulties. In Europe the support structure is known as the EDIFACT Board. This organization has been endorsed and is supported by the Commission of European Communities and the European Free Trade Association.

Part of the function of the EDIFACT Board is to create business interest groups and two years ago an insurance sub-group was formed which is now represented by all the insurance networks and some national insurance trade associations throughout Europe. This forum is beginning to tackle the difficult problems outlined above and, in some circumstances, discussions are also taking place bilaterally between network organizations with common interests.

A number of the networking initiatives mentioned briefly in this article are at a fairly early stage of evolution and some insurance organizations may feel that this technological change can be ignored as it will not affect the way business is conducted. An answer to this view is very simple. Whether we like it or not, the use of networks is going to fundamentally alter the way we do business with our trading partners over the next decade. This is something that is not just happening in our industry, but in all aspects of commerce and

some observers have commented that what is just beginning to happen compares in importance with the invention of the telephone over 100 years ago.

522

Whether this view is believed or not is a matter of personal judgement but maybe the words of an internationally known industrialist from the United Kingdom can best sum up the situation. Sir John Harvey-Jones, former Chairman of ICI plc UK, made the following comment when asked about the importance of networks in the future, "How to use information technology in a business is a strategic decision for any company. In taking that decision the impact of networks and EDI in particular is key for EDI allows the pulse of a business to be touched. EDI opens up new and exciting opportunities for management and must be part of a company's forward strategy."

La réforme de la responsabilité médicale : responsabilité ou assurance ? *

par

Jean-Louis Baudouin **

The author, the general reporter of the 13th Congress of the International Academy of Comparative Law, held in Montréal from August 19 to August 24, 1990, presents a two-part study on the current law of medical responsibility as viewed by the participating countries.

523

In the first part, Mr. Baudouin analyzes different systems of responsibility, looks at third party liability which is most often invoked in the case of medical assistants who also ace under the order of doctors or hospitals and the responsibility for malpractice resulting from health care technology, a problem caused by the growing reliance on technology for diagnosis and treatment.

We on/y publish the second part of Mr. Baudouin's text which presents a comparative study on two insurance mode/s for legal compensation: Sweden and Fin/and.



SECONDE PARTIE. - LE DROIT DE L'AVENIR: LES PERSPECTIVES

La seconde partie de ce rapport porte sur la réforme possible des différents systèmes nationaux de compensation pour les victimes d'accidents iatrogéniques. C'est probablement d'ailleurs sur cette question que la vocation du droit comparé est la plus intéressante, mais aussi la plus difficile.

'(1991) 22 R.G.D. 151 à 180. Nous remercions l'auteur et le directeur de la *Revue générale de droit* pour leur aimable autorisation de reproduire cet article.

**Juge à la Cour d'appel du Québec.

Il paraîtrait mal à propos de faire état des différents courants de pensée sur la question sans auparavant décrire deux systèmes en place à l'heure actuelle et qui servent inévitablement de point de référence et de comparaison à tous les autres pays, soit le système suédois et le système finlandais.

A Les modèles existants: la Suède et la Finlande

Le modèle suédois est antérieur au modèle finlandais qui s'en est d'ailleurs largement inspiré, même s'il diffère de lui par certains aspects.

524

1. L'assurance contre les accidents médicaux

En Suède, le système d'assurance pour les accidents iatrogéniques est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1975 et celui touchant la compensation pour les dommages causés par les produits pharmaceutiques le 1^{er} juillet 1978. La mise sur pied des deux systèmes résulte d'une négociation, puis d'une entente conventionnelle entre les services publics de santé et l'industrie de l'assurance. Par la suite, des contrats sont intervenus avec les représentants du secteur privé pour couvrir ainsi l'ensemble du réseau. La victime peut désormais obtenir compensation dans les cas prévus par le texte selon les règles et modalités prévues, mais garde toutefois la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux réguliers.

Le système ne compense pas tous les cas d'accidents iatrogéniques, mais uniquement ceux énumérés aux articles 2 et suivants de l'entente. Tombe dans la catégorie des cas admissibles en premier lieu le préjudice qui est une conséquence directe d'un diagnostic ou traitement médical, à la double condition qu'il ne constitue pas, d'une part, une complication médicale inévitable ou que, d'autre part, cette complication ait été acceptée comme un risque calculé dicté par la gravité de la maladie. Est également assuré le préjudice qui est la conséquence inévitable d'un diagnostic obtenu par l'utilisation de méthodes défectueuses ou qui est la conséquence d'une erreur médicale.

La seconde hypothèse couverte est celle du préjudice causé par une infection transmise au patient dans le cadre d'un diagnostic ou d'un traitement. Le texte fait exception cependant pour certains types d'opérations (par exemple, les opérations abdominales).

Enfin, est indemnisé en troisième lieu le dommage résultant d'un accident survenu à l'occasion d'un diagnostic ou d'un traitement (par exemple, le patient qui chute de son lit). Là encore, cependant, certaines exceptions particulières sont prévues. Sont de toute façon exclus les dommages psychologiques qui ne sont pas directement reliés à un problème physiologique. En outre, les incidents mineurs sont aussi écartés par la convention et pour pouvoir prétendre à ses bénéfices, le demandeur doit avoir été malade pour au moins 30 jours avec incapacité d'au moins 50 % ou avoir été hospitalisé pour au moins 10 jours ou avoir subi, à un degré quelconque, une incapacité permanente ou encore être décédé.

525

La compensation est évaluée en fonction des normes de la responsabilité civile classique et comprend donc la peine de revenu (dommages économiques) et les douleurs, souffrances et inconvénients (dommages non économiques). La victime n'a pas à faire la démonstration de l'existence d'une faute et le système fait preuve d'un assouplissement notable dans la recherche du lien de causalité.

Ce système d'assurance reste contractuel et volontaire, solution privilégiée par la Suède pour lui conserver une grande souplesse et une faculté accrue d'adaptation aux circonstances nouvelles. Son financement est assuré par les primes payées par les hôpitaux et les médecins. Le rapporteur suédois note qu'une analyse économique des coûts démontrent le grand avantage du système.

Les principaux problèmes résultant de l'administration du système semblent être ceux qui touchent les conditions générales d'admissibilité au régime. Le dommage doit, en effet, avoir été la conséquence directe d'un traitement médical, au sens large donné à ce terme par la convention. Une fois une réponse affirmative apportée à cette première question, il s'agit alors, en second lieu, de déterminer si le traitement qui a causé le dommage était médicalement fondé ou non. Si la réponse à cette seconde question est négative, la victime ne reçoit cependant compensation que dans la mesure où le dommage aurait quand même pu être évité, par un autre traitement médical adéquat.

Le rapporteur suédois indique que l'identification du lien de causalité (donc la réponse à la première question) ne soulève pas en pratique de difficultés sérieuses. Par contre, la seconde question

semble poser plus de problèmes. Si, en effet, la décision médicale de choisir tel traitement plutôt que tel autre est scientifiquement justifiée, la victime n'aura pas droit à une indemnité pour les complications, mêmes sérieuses, pouvant en résulter.

La victime qui n'est pas satisfaite du montant alloué par la Régie administrative (composée de six membres) peut demander l'arbitrage et se pourvoir devant les tribunaux réguliers. Le rapporteur suédois note à cet égard un très haut degré de satisfaction du fonctionnement du régime depuis sa création.

526

La Finlande, pour sa part, a suivi dans les grandes lignes le modèle suédois mais avec certaines différences importantes. La plus notable est que le système n'y est pas volontaire et contractuel mais bien imposé par le législateur, dans une loi spéciale.

Le système finlandais couvre le préjudice relié à un traitement ou à un diagnostic médical sans qu'il soit nécessaire de prouver faute. Il s'applique non seulement aux hôpitaux et aux cliniques, mais à toutes les autres institutions sociales (par exemple les hospices de vieillards et les centres de désintoxication). Comme en Suède, sont exclues cependant les conséquences négatives d'un traitement médical approprié dans les circonstances. Comme en Suède également les critères d'admissibilité des dommages sont ceux du droit commun et une exclusion est prévue pour le préjudice de peu d'importance.

Le système est administré par un regroupement des compagnies d'assurances privées. La réclamation de la victime doit être faite dans les trois ans, à une Commission de sept membres. La victime insatisfaite de la décision du tribunal peut aussi se pourvoir devant les tribunaux réguliers, en vertu des règles ordinaires de la responsabilité civile.

2 L'assurance contre les accidents pharmaceutiques

À ce premier ensemble est venu s'ajouter en Suède en 1978 un système visant à compenser les accidents pharmaceutiques, lui aussi sur base volontaire. Étant donné les difficultés majeures d'établir le lien de causalité, les règles de preuve classiques ont été considérablement assouplies. Il suffit, en effet, qu'il ne soit pas évident qu'une prédisposition individuelle ait pu, à elle seule, causer le dommage pour justifier l'application du système. La convention

suédoise garde cependant une importante soupape de sûreté en exigeant que l'octroi d'une compensation paraisse raisonnable eu égard à la nature et à la sévérité de la maladie pour laquelle le traitement pharmaceutique a été prescrit, aux conditions de santé générale de la victime, à la sévérité des dommages et à la possibilité scientifique de prévoir les effets négatifs du médicament.

La convention prévoit en outre des plafonds monétaires maximaux pour chaque cas, par année, et pour l'ensemble des préjudices reliés à un seul et même médicament.

La Finlande a adopté elle aussi, en 1985, un schéma d'indemnisation des victimes d'accidents pharmaceutiques en collaboration avec les fabricants de médicaments et les importateurs.

527

Comme on peut le constater à partir de cette très brève analyse, ni l'un ni l'autre de ces deux modèles n'est universel, comme l'est par exemple celui de Nouvelle-Zélande¹. L'un et l'autre continuent à susciter certaines difficultés d'application, notamment quant à l'identification du type de situation, lequel peut donner lieu à une indemnisation selon le régime prévu. Cependant, tant le rapporteur suédois que le rapporteur finlandais sont d'avis, chiffres à l'appui, que dans l'ensemble, la réforme a bien fonctionné, qu'elle paraît plus juste pour le patient et moins coûteuse, économiquement et socialement, que le régime traditionnel de responsabilité civile.

B. Les réformes souhaitées

La lecture des divers rapports nationaux révèle que l'insatisfaction éprouvée par certains pays à l'endroit du maintien du système traditionnel de responsabilité médicale dépend d'un certain nombre de facteurs généraux, mais aussi de certains éléments particuliers qui leur sont propres.

Au niveau général, tout d'abord, le système classique, dit-on, est injuste pour les victimes. Il les soumet, en effet, aux aléas d'un procès traditionnel avec des risques d'insuccès élevés, puisque la charge de prouver tant la faute que le lien de causalité repose entièrement sur les épaules de la demande. Bien souvent, le préjudice ne résulte pas d'un seul et unique fait, mais d'une

¹*Accident Compensation Act*, 1972, no. 43; *Accident Compensation Act*, 1982, no. 181 (Nouvelle-Zélande).

528

multiplicité de causes. La preuve en est d'autant plus difficile. En outre, il est souvent fort compliqué pour les tribunaux de choisir entre les différents scénarios ou hypothèses proposées comme cause du préjudice subi. Lorsque l'on ajoute à ceci les effets de la conspiration du silence des médecins et la difficulté, dans beaucoup de pays, d'obtenir des expertises véritablement neutres et impartiales de la part d'autres médecins, force est de constater, selon certains, que la victime qui s'adresse aux tribunaux pour faire valoir ses droits part nettement désavantagée et se trouve plongée dans un processus lent, long, coûteux et très aléatoire. De nombreuses victimes abdiquent ou abandonnent tout simplement leur réclamation et restent donc privées d'une compensation à laquelle elles auraient normalement droit. Le système classique est en outre inefficace puisqu'il a tendance à mal compenser les victimes de dommages sérieux et à surcompenser, au contraire, les victimes de dommages plus bénins.

Ces critiques sont reprises, sous une forme ou sous une autre, par la grande majorité des rapporteurs nationaux et indiquent donc un certain degré d'insatisfaction universelle par rapport au régime actuel de responsabilité classique fondée sur la faute.

Ce n'est pas cependant le cas de tous les pays. Ainsi les rapports suisse, turc, polonais, hollandais font état d'un indice de satisfaction élevé dans l'application du droit classique. Ils estiment tous qu'il existe des moyens d'améliorer le système, mais ne sont pas pour autant partisans d'une réforme globale et radicale. C'est là qu'on constate combien la performance de chaque système national est directement fonction des données économiques et sociologiques propres à chaque pays.

Trois remarques préliminaires générales peuvent être faites. La première est que dans certains pays (les Etats-Unis surtout et, selon le rapporteur national, le Québec, mais à un degré moindre), pour des raisons nationales particulières, il est effectivement possible de parler d'une « crise » de la responsabilité civile médicale traditionnelle. Aux Etats-Unis, cette crise a été provoquée par des facteurs qui n'existent pas nécessairement dans d'autres pays, notamment par l'existence des procès par jury, lequel a en général des préjugés favorables à la victime, par la possibilité qu'il a d'octroyer des dommages punitifs, par le rôle négatif des avocats, qui ont tendance à multiplier les poursuites en raison de la possibilité

de toucher des honoraires à pourcentage (*contingency fees*) et, enfin, par l'élargissement jurisprudenuel considérable des normes touchant la faute et le consentement éclairé. Le modèle américain ne saurait cependant servir de point de comparaison universelle ou même de référence, même si certains pays comme l'Allemagne semblent redouter un certain risque de contagion.

D'autres pays ensuite font face à des difficultés particulières à leur propre système juridique de droit positif. C'est clairement le cas de la France, qui, comme le signale son rapporteur, doit résoudre les redoutables complications de l'association de la faute pénale et de la faute civile, de la dualité des contentieux privé et administratif et aussi des contradictions relatives aux conséquences de l'application des régimes contractuel et délictuel, notamment sur la prescription.

529

La seconde remarque est que, sauf exception, comme le cas de l'Australie ², de certains États américains ³, de la Grande-Bretagne ⁴ et du Canada ⁵, le mouvement de réforme radical de la responsabilité médicale semble être exclusivement l'œuvre de la doctrine ⁶. En d'autres termes, les suggestions visant à remplacer le

²N.S.W. /ndemnity Insurance Discussion Paper: New South Wales Department of Health, The Complaint Unit, *Professional Indemnity Insurance for Medical Practitioners, A Discussion Paper* (August 1988); *Pearson Report: Royal Commission on Civil Liability and Compensation/or Persona/ Injury* (Cmnd 7054, 1978); *South Australian Taskforce Report on No Fault Compensation*: Report of the Task Force on Patients' Rights, *No Fault compensation for Medical Misadventure* (Mareh 1989, South Australia); Sidney SAX (chânnan), *Sax Report: Inquiry into Hospital Services in South Australia*, Adelaide 1983; WOODHOUSE, J. (chânnan), *Woodhouse Report: Compensation and Rehabilitation in Australia*, Report of the National Committee of Inquiry (July 1974), A.G.P.S. Canberra, 1974.

³Par exemple, l'État de New York, N.Y. Judie. L. Secl. 148a (McKinney 1983 and Supp. 1989); N.Y. C.P.L.R. #3017, 4111 (McKinney Supp. 1989); N.Y. Ins. L.R., an. 56 (McKinney Supp. 1989); N.Y. C.P.L.R. #3101(d) (McKinney Supp. 1984).

⁴*Royal Commission on Civil Liability and Compensation for Persona/ Injuries*, London, Queen's Printer 1978 (Pearson Report).

⁵*Au Canada* : le rapport «Pritchard», qui est le résultat d'un groupe de travail fédéral-provincial sur la question, a été rendu public en octobre 1990, soit trop tard pour que le présent rapport puisse en tenir compte : *La responsabilité et l'indemnisation dans les soins de santé*, Rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé de l'Étude fédérale-provinciale-territoriale sur les problèmes de la responsabilité et de l'indemnisation dans le secteur des soins de la santé, 1990.

⁶Voir, à titre d'exemple, *pour l'Argentine* : "Jornadas sobre responsabilidad y seguros", Mar del Plata, 1989; "Jornadas de Derecho Civil", San Juan, 1989. *Pour l'Allemagne*: voir HIPPEL, ZRP 1976, 252 et Sq. Cf. v. MARSHALL, Festschrift für Klingmüller, (1974). p. 258; GLÜCKMANN, ZRP 1977, 128; DEUTSCH, Arzthaftung, Arztversicherung, Ar11neimiuelversicherung, 1982. *Pour la France*: voir André TUNC, «Vers un système fondé sur

système actuel, soit par un système de responsabilité objective, soit par un système d'assurance, quel qu'en soit le modèle, paraissent pour l'instant restreintes à des études théoriques d'auteurs et d'universitaires.

530 La troisième remarque est que de nombreux pays traditionnellement attachés au schéma de responsabilité basée sur la faute ont cependant déjà adopté un système de compensation fondé sur le risque pour certains pays d'actes médicaux ou certains types de dommages. Il en est ainsi au Québec ⁷ et dans la majorité des pays ⁸ pour les dommages résultant des vaccinations : en France, pour les conséquences néfastes des transfusions sanguines ⁹. La même solution a été proposée dans certains États américains ¹⁰ pour les dommages neurologiques causés aux enfants lors de la naissance. On semble donc parfois fort bien entrevoir la coexistence d'un système général classique de responsabilité civile avec des exceptions ponctuelles prévoyant une indemnisation sur le fondement du risque ou de la garantie.

C. Les options de réforme

Quatre grandes avenues de réforme sont possibles. Un premier modèle est celui qui, conformément à ce qui existe en Nouvelle-Zélande, consiste à substituer purement et simplement au régime de responsabilité civile un système d'indemnisation universelle basée sur la sécurité sociale. Tout accident donc, qu'il soit médical ou autre, donnerait droit à compensation suivant un barème fixé d'avance et des tables d'indemnité rappelant en partie le schéma de certaines lois sur les accidents du travail. La réforme est alors

l'assurance du risque» (1987) C. de *D. 125*; Jean PENNEAU, *op. cit., supra*, noie 58, p. 33. *Pour les États-Unis*: voir MOORE et O'CONNELL, "Forclosing Medical Malpractice Claims by Prompt Tender of Economic Loss", (1984) 44 *Ia. L. Rev.* 1267; POLLACK, "Medical Mal Occurrence Insurance, A First Party No-Fault Insurance Proposal for Resolving the Medical Malpractice Controversy", (1988) 23 *Tort and Ins. L.J.* 552.

¹Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35.

⁸Par exemple la France : Code de Santé publique, LL-10-1; pour les États-Unis: N.E. Gen. Stat. Sccl. 130-A-422-434.

⁹Code de Santé publique, art. L-667.5.

¹⁰Virginia *Birth Related Neurological Injury Compensation Act*, VA. Code #38-2-8000-5021 (supp. 1987). Voir: "Innovative No-Fault Tort Reform for an Endangered Specialty", (1988) 74 *Virginia L.R.* 1487. *Florida Birth Related Neurological Compensation Plan*, Fla. Stat. Ann. #766-301 (1988).

radicale, elle abolit complètement l'ensemble du système de droit classique de la responsabilité civile. Il est malheureux que nous n'ayons pas eu de rapport néo-zélandais pour faire part d'une façon directe de l'évaluation du fonctionnement de ce système. Ce premier système est endossé par le rapporteur australien qui y voit, pour son pays, un idéal souhaitable.

Un second modèle est représenté par un système semblable à celui de la Suède ou de la Finlande. Ce système est à base d'assurance volontaire ou imposée et élimine, en grande partie, la recherche de la faute. Il paraît avoir d'incontestables avantages pour les victimes, notamment celui d'éviter des délais prolongés et des coûts élevés. Il ne semble pas toutefois à l'abri de certains reproches, en ce sens qu'il n'offre pas une protection universelle, oblige à séparer les cas «admissibles» de ceux qui ne le sont pas, et donc à maintenir, dans un certain sens, mais à un degré beaucoup moindre, un certain contentieux. C'est cette seconde option (sous réserve de certaines modifications de base) qui semble obtenir la faveur des rapporteurs allemand et français.

531

Un troisième système est celui qui, tout en conservant dans l'ensemble le système de responsabilité civile traditionnel, vise à assurer une plus grande solvabilité du ou des responsables en imposant au moins une assurance obligatoire. Ce système est en vigueur au Québec. Il a la faveur des rapporteurs italien, turc et argentin, entre autres.

Enfin, la dernière possibilité est, à l'intérieur du système traditionnel, de procéder à des réformes ponctuelles visant à améliorer le système en place, à en augmenter l'efficacité, à en éliminer les irritants, sans toutefois en changer la philosophie de base. C'est la solution préconisée par les rapporteurs tchécoslovaque, polonais, suisse et hollandais. Ces réformes sont extrêmement variées et vont de celle portant sur les règles fondamentales du droit substantif à celle de simple procédure comme, par exemple, la mise en place de comités d'arbitrage obligatoire ou même de règles de preuve.

Conclusion

Pour permettre de mieux orienter la discussion, il paraît utile, en guise de conclusion, de poser un certain nombre de grandes

questions générales autour desquelles le débat pourrait être conduit.

La première, qui a d'ailleurs été abordée par beaucoup de rapporteurs nationaux, est de savoir si la disparition de la faute comme condition de la responsabilité médicale aurait un effet négatif sur la pratique médicale, en déresponsabilisant le médecin, qui ne serait désormais plus comptable de ses erreurs de conduite ou de jugement. Certains estiment que non, eu égard au développement potentiel des sanctions disciplinaires; d'autres, au contraire, argumentent pour l'affirmative et signalent en plus que précisément, dans leur pays, le contrôle disciplinaire de la profession est un échec complet et que l'exemplarité de la faute civile, dans ce cas, demeure donc bien réelle.

532

La seconde est de savoir, sur un plan d'analyse économique, quel est le système qui paraît le moins coûteux dans une perspective sociale d'ensemble. Ici aussi, les avis sont partagés. D'aucuns pensent qu'une déviation du système traditionnel aurait un impact significatif et vaudrait une augmentation sensible des réclamations, et donc des sommes versées, et provoquerait une augmentation des coûts généraux de santé. D'autres, au contraire, croient que le coût important lié au contentieux une fois éliminé, un système d'assurance collective, de sécurité sociale ou même de responsabilité objective serait de loin plus économique.

La troisième est de savoir quel régime pour les victimes est au fond le plus juste et le plus avantageux. Est-ce un système qui garantit la possibilité d'obtenir une pleine et entière compensation, tout en lui laissant assumer le risque judiciaire de n'en avoir aucune à défaut de prouver la faute et le lien de causalité ? Est-ce au contraire celui qui supprime ce risque mais qui, par contre, n'octroie qu'une indemnité forfaitaire et partielle? Les deux formules ont leurs adeptes.

La quatrième question, enfin, pour reprendre l'une des conclusions du rapporteur québécois, est de savoir si l'ensemble du problème posé, au lieu d'être seulement instrumentaliste (indemniser le plus de victimes possible à un coût social raisonnable et sans trop menacer le débiteur de l'obligation de soins) n'est pas plus, au fond, un problème de nature épistémologique.

Insuring Conflicts on the Construction Site*

by

Eric A. Dolden **

Le but de cet article est d'examiner les plus récents développements en matière d'assurance construction. Une couverture globale et adaptée aux besoins exige les efforts et la maîtrise de différentes disciplines, notamment dans les domaines juridique et technique. L'auteur tente de démontrer comment le milieu de l'assurance peut répondre aux problèmes les plus particularisés par une analyse exhaustive des principales clauses et conditions en vertu de l'assurance des biens et de l'assurance des responsabilités.

533

La première partie de cet article a été publiée dans le numéro précédent.



PART TWO OF THREE

E. The Impact of Turnkey or "Desing/Build" Contracts for CGL Coverage

The past two decades have witnessed the development of construction management as a means to improve the efficiency of the construction process, reduce costs and improve the quality of completed construction. That has meant that contractors have increasingly assumed the design fonction traditionally handled by architects and engineers. Secondly, construction managers have intruded upon a portion of the design and inspection fonctions of the architect. Many contractors have been quick to act as construction managers without adequate regard to the impact this type of activity

*This anicle was prepared for an insurance seminar sponsored by Ulc Insurancec Institute of British Columbia on May 2, 1991, in Vancouver, B.C.

..Partner with Ule Vancouver law finn Freeman and Company.

can have on the contractor's insurance coverage as its activities shift into a "grey area" of design responsibility that raises the spectre of both CGL and E & O coverage. To fully appreciate the potential for problems, it is useful to examine the traditional structure which has existed in the construction setting.

534

The initial element in the traditional construction alignment is a contract between the owner and the architect or engineer. Utilizing standard form contracts, the architect is normally stipulated to be an agent of the owner and obligates himself to develop a schematic which is ultimately converted into design documents. Customarily, the architect will prepare project specifications and the bidding information. Once construction begins, the architect will assume responsibility for the administration of the construction contract entered into by the owner with the contractor, which could entail site visits, certifying payments to the contractor, interpreting the contract documents, rejecting nonconforming work and determining the date of substantial completion.

The next element in the traditional construction structure emails the owner entering into a contract with the contractor who is contractually obligated to perform the entire construction and provide labour, materials, and equipment in accordance with the contract documents prepared by the prime consultant and his subconsultants. The contractor, in turn, delegates a portion of his obligations to a series of subcontractors, who have expertise in their own chosen fields. The general contractor bears both management and production responsibilities. These obligations are made clear in the 1982 CCDC Form contract which States that the contractor "... shall have complete control of the Work and shall effectively direct and supervise the Work..." (General Condition #25), and "...shall employ a competent supervisor. ." (General Condition #26). It is in directing the subcontractors, especially in scheduling and coordinating their work, that the general contractor bears an onerous burden.

1. Alternative Contractual Arrangements

More recently, the construction industry has seen the emergence of the "turnkey" or design/build form of agreement which results in a differing structure. In a turnkey or design/build arrangement, the contractor contractually commits himself to provide

a completed development to the owner. The obligation necessarily entails the land assembly, design, construction, supervision of construction and commissioning of a fully operative facility. This design/build scenario often results in the owner hiring a separate project or construction manager to interact with the design/build firm during the course of construction.

The term *turnkey* arises because the owner has no legal responsibility for the project until the building is completed and the contractor/developer provides the owner with a key to open the door. The "turnkey" contractor/developer in this modern setting bears a greater risk than the customary building contractor in the traditional construction setting. Since the contractor/developer is responsible not only for the building's construction, but as well for its design and performance, the developer essentially warrants that the building is fit for its intended purpose.

535

Within the traditional structure, without resorting to a design/build concept, other variations can occur. For example, the owner can engage a series of trade contractors and an architect or engineers on a direct contracting basis. Since no single entity has carriage of the entire construction, the owner will hire a construction manager to bear supervisory responsibility for the on-site work. The presence of a construction manager can alter the traditional contractual structure relationships in subtle ways. While the owner may still hire an architect, at least a portion of the duties traditionally placed in the hands of the architect are now shared with the construction manager. These "shared" responsibilities can include an obligation to inspect to ensure completion, the duty to reject nonconforming work, and certification of that portion of the work completed by the contractor.

The more striking change that occurs by reason of this altered structure arises from the elimination of the general contractor as the manager of the work. Assuming the retention of a construction manager the owner will contract directly with numerous prime contractors. These prime contractors customarily contracted as subcontractors with a general contractor in the more traditional format, but now enjoy a contract directly with the owner. In this arrangement, the construction manager assumes the obligation of coordinating the work, providing a detailed schedule for the completion of the work, and inspecting the contractors.

2. Effect on CGL and E & O Policies

536 This realignment in the traditional relationships can have a profound effect on insurance coverage, particularly when it is appreciated that the traditional coverages - the CGL and the E & O - inherently assume that the design function is performed by a party distinct in identity from the entity that provides the management of the project. To the extent that each coverage assumes that the insured is providing one function and not both, neither coverage adequately guards against both types of risks should a loss arise when the insured is providing both functions.

There are few reported decisions which examine in a considered way whether the CGL will respond to a general contractor that undertakes a "desing/build" project that emails design responsibility for the completed structure. The decision in *Baugh Construction Co v. Mission Insurance Co., Underwriters at Lloyds's et al*,¹ a 1988 decision of the Washington State courts, serves as a graphic example of how easily a general contractor can lose the benefit of a CGL by engaging in a "desing/build" project. In *Baugh Construction (supra)* the general contractor had contractually assumed liability for design errors, notwithstanding that the plans were prepared by an engineering firm, and, as a result, the court invoked the "professional services" exclusion to deny indemnity to the insured.

The facts in *Baugh Construction (supra)* are worthy of consideration. The general contractor commenced construction of an eleven-storey office structure located close to the Seattle-Tacoma International Airport. Following substantial completion, it was determined that the general contractor had installed floor slabs that lacked adequate reinforcing steel, and that the building's seismic system was defective. The owner had sued the general contractor and the general contractor sought reimbursement for its defence costs. In the tort lawsuit the general contractor defended against four differing types of allegations made by the owner:

- (a) a claim of physical damage of the building;
- (b) the owner's loss of use of the building;

¹1836 F.2d 1164 (1988).

-
- (c) diminution in value of the building attributable to the "taint" of having been a defective building;
 - (d) damage to tenant improvements and the related cost of demolition.

The contractor, having undertaken the design of the building, was met by the insurer's argument that coverage for items (a) and (b) was excluded on the basis of a "professional services" exclusion, which, not unlike the CCDC Form 101 counterpart, read:

This insurance does not cover liability... arising out of the rendering of, or the failure to render, professional services by or on behalf of the insured, for others, in the insured's capacity as an architect, engineer or surveyor, including, but not limited to, any negligent act, error, omission or mistake involving the preparation of surveys, maps, plans, designs or specifications or supervisory inspection or engineering services furnished in connection therewith.

537

Notwithstanding that the structural design had been prepared by an architect, the mere fact that the contractor was contractually responsible for any structural design defect excluded indemnity. In the Court's opinion, the contractor's role in acting as an engineer fell squarely within the ambit of the exclusion. It is noteworthy, however, that the "professional services" exclusion only entitled the insurer to avoid any obligation to defend against allegations of negligent design, but did not relieve the insurer of his obligation to defend against claims of negligent construction. While the CGL may provide indemnity for loss attributable to faulty construction, the same cannot be said of loss attributable to site design or supervision not inherent in the actual construction.

The decision in *Baugh Construction (supra)* serves as a clear warning that contractors intending to engage in "desing/build" work, or purporting to act as a construction manager, ought to obtain E & O coverage to ensure coverage where the CGL need not respond.

F. The "Product Itself" Exclusion In the Construction Setting

The construction project poses a variety of risks which potentially are the subject matter of insurance. These risks are of four types:

538

1. The owner has the risk that the contractor will fail to properly perform his contractual obligations. That risk can be shifted from the owner by means of a performance bond. If the contractor defaults, the owner can look to the surety for indemnification of the cost of repair or of completion of the project. Ultimate responsibility remains with the contractor who is liable to the surety who has completed the work.
2. The owner or the contractor bears the risk that the project may be destroyed by fire or explosion during construction. Who bears that risk during construction depends upon the terms of the contract by ascertaining which party is at risk during construction. That risk is guarded against by means of a Builders' All Risk policy or "course of construction" coverage.
3. The owner and the contractor bear the risk of third-party claims that entail property damage or personal injury as a result of the project being defectively constructed. This risk can be shifted to an insurer by means of the CGL.
4. The contractor bears the "business" risk that it may be liable to the owner resulting from the contractor's failure to properly complete the project in a manner which does not cause damage to it.

This last risk is one that the general contractor can contract and which the insurer does not assume. Each of the "care, custody or control," "work performed" and "product itself" exclusions typically contained in the CGL are intended to ensure that the contractor, and not the insurer, bear the "business risks" associated with the project.

It is for this reason that both the IBC Form 2003 and the CCDC Form 101 CGL wordings contain an identically worded "product itself" exclusion which provides:

This insurance does not apply to ...

-
- (i) property damage to the Named Insured's products arising out of such products or any part of such products.

The "product itself" exclusion, like the related "work performed" exclusion, was intended to eliminate coverage for business risks which the contractor undertakes and which can be governed as a matter of contract. Risk allocation of this type lies solely with the contractor and can be governed by means of contractual conditions and warranties. To provide the general contractor with indemnity for matters which are a matter of contract as between the contractor and the owner would amount to a license for the contractor to engage in faulty workmanship, and secondly, would furnish a disincentive for the parties to properly address how and in what manner such risk ought to be allocated.

539

Accepting this as the rationale for the exclusion, what is of interest is the extent to which that same exclusion alleviates the underlying tension that can arise over those risks which, in many respects, the general contractor cannot control. The most pronounced of these uncontrolled risks is the risk that a subcontractor will cause loss or damage to that portion of the construction project which the general contractor did not in fact construct.

While generally the contractor will be contractually bound to supervise and direct all of the sub-trades, the contractor cannot possibly guard against every contingency that can occur on the construction site. That reality raises the question as to whether, assuming that a general contractor covenants to construct the entire building and yet only constructs a portion of the building, the general contractor can obtain indemnity for loss to those portions of the building which were built by other parties, including the subcontractor.

Decisions on this question are divided as the United States courts attempt to reconcile three underlying sources of conflict:

1. Judicial unwillingness to allow a CGL to be convened into a type of performance bond for the completed project;
2. Even greater judicial unwillingness to allow the contractor's own carelessness to constitute a basis for indemnity if the loss relates solely to the bargain contracted for;

3. Judicial willingness to allow recovery where the policy is ambiguous.

It is useful to examine the divergent lines of authority. Some American courts have concluded that the general contractor's completed building does not constitute a "product." That conclusion allows the general contractor to obtain indemnity for what would otherwise be characterized as a loss that arose from a "business risk." In effect the COL is converted into a form of performance bond.

540

Representative of this line of authority are decisions such as *Kisell v. Aetna Casualty and Surety Co.*,² a 1964 decision of the Missouri courts. The insured had been hired to build a school. In fact the insured undertook the carpentry work and subcontracted the balance of the project. Defects in the building developed following substantial completion. The court concluded that the building of contracting entailed a "service" and that the end product of that service was not in the nature of a "product."

A similar result occurred in *Kammeyer et al. v. Concordia Telephone Co. et al.*³ The court stated that as the goods or products of the insured are those "created or manufactured and placed in the ordinary channels of commerce, or intended to be so placed" that "any effort to define 'product' as the end result of any activity [such as contracting work]... will be rejected."⁴

In *Mid-United Contractors, Inc. v. Providence Lloyd's Insurance Co.*,⁵ a 1988 decision of the Texas Court of Appeal, the insured had been hired to construct an office building for the owner. Following completion the owner alleged that prefabricated brick panels were improperly installed. The evidence demonstrated that the insured had installed inadequate flashing and weepholes causing moisture to be absorbed behind the walls and the steel reinforcing rods to rust which, in turn, resulted in rows of supporting brick to crack.

²380 s.w. 2d 497 (1964).

³446 S.W. 2d 486 (Mo App. 1969).

⁴Supra al page 489.

⁵754 s.w. 2d 824.

The issue in *Mid-United Contractors (supra)* was whether the general contractor was entitled to a defence. The Court's view was that the completed building did not amount to a "product," but rather, resulted from a service. Unlike retail "products" which are manufactured, a building is erected or constructed. Inferentially, the Court is suggesting that as the predominant component of any construction contract is the labour, and not the materials, a building does not fall within the definition of *Named Insured's Product*.

The case is somewhat anomalous as the result appears to have been shaped, in the writer's view, by the existence of a Broad Form Property Endorsement (BFPE). The BFPE replaced several existing exclusions and extended coverage to property damage resulting from the fault of any subcontractors. For that reason alone the case should be viewed with some caution in terms of its possible application within Canada.

541

In the writer's view, this approach seriously undermines the true purpose of the CGL. The view that an entire completed building falls within the "product itself" exclusion is more analytically sound. That view is supported by judicial authority which is completely at odds with the decision of the Texas Court of Appeal in *Mid-Vniced Contractors (supra)*. In *J. G. A. Construction Corporation v. The Charter Oak Fire Ins. Co.*,⁶ a decision of the New York Supreme Court, Appellate Division, the insured, a general contractor, had been sued on two separate building projects. In respect of one building the owner complained of a leaky roof and in connection with the second building it was suggested that the bulkheads of the swimming pool were unsafe.

The New York court, in concluding that the two buildings did constitute the insured's "product," resorted to dictionary definitions suggesting that *product* meant "something produced by physical labour or intellectual effort." While most in the insurance industry would recognize that a completed building is not a product but rather a service, the Court was also mindful of the fact that to conclude that a completed building was a service, rather than a product, would in effect turn the CGL into a performance bond. For that reason it was concluded that the building was the insured's "product" and that the loss was excluded from coverage.

⁶414 N.Y.S. 2d 385.

542

A similar conclusion was reached- in *Knutson Construction Company v. St. Paul Fire and Marine Insurance Company et al*,⁷ a decision of the Minnesota courts. In *Knutson Construction (supra)* the general contractor hired to construct an apartment building obtained a COL with completed operations coverage and a BFPE which extended to operations and completed operations. The insured had agreed to construct the apartment in accordance with plans and specifications prepared by architects and engineers, and secondly, to correct any defects due to faulty materials or workmanship for one year following the date of substantial completion. The insured had subcontracted much of the work including the installation of the windows, prefabricated brick masonry panels, plumbing, heating and ventilation.

Four years following substantial completion, the owner detected cracks, staining and chipping on the exterior brick of the building. Upon further inspection it was determined that the prefabricated brick panels were loose and that the steel connectors were corroding. The owner commenced action against the insured to recover its repair costs.

The Court noted that, unlike previous cases, including *Kissel v. Aetna Casualty & Surety Co. (supra)*, the owner's claims against the general contractor entailed solely the cost of correcting defects in the building itself and not third party claims involving bodily injury or other property damage. Quoting from its own earlier decision in *Bor-son Building Corp. v. Employers Commercial Union*, decided in 1982,⁸ the Court stated:

The risk intended to be insured is the possibility that the goods, products or work of the insured, once relinquished or completed, will cause bodily injury or damage to property other than to the product or completed work itself, and for which the insured may be found Hable. The insured, as a source of goods or services, may be liable as a matter of contract law to make good on products or work which is defective or otherwise unsuitable because it is lacking in some capacity. This may even extend to an obligation to completely replace or rebuild the deficient product or work. This liability, however, is not what

⁷396 N.W. 2d 229 (Minn. 1986).

⁸(1982) Fire and Casualty Cases 88.

the coverages in question are designed to protect against. The coverage is for tort liability for physical damage to others and not for contractual liability of the insured for economic loss because the product or completed work is not that for which the damaged person bargained.⁹

The insurer argued that to allow the risk of loss due to poor workmanship or inferior materials to be shifted to the CGL insurer would be to make the cost of such insurance prohibitive as the policy would, in effect, be converted into a performance bond. While implicitly acknowledging the potential for that type of problem, the Court preferred, instead, to rest its reasoning on the premise that to allow indemnity in these circumstances would provide an incentive to engage in sloppy workmanship. Outlining its concerns the Court stated:

543

... undoubtedly it would present the opportunity or incentive for the insured general contractor to be less than optimally diligent in these regards in the performance of his contractual obligations to complete a project in a good workmanlike manner. To accept the [general contractor's] contention would be to provide the contractor with assurance that notwithstanding shoddy workmanship, the construction project would be properly completed by indemnification paid to the owner by the comprehensive general liability insurer. In and of itself, the incentive for the contractor to fairly and accurately bid a contract in order to secure the job would be removed. Even if such a result would not always be inevitable, the possibility of such consequences, in our view, is incompatible with the general public policy concerning the relationship between owners and contractors.¹⁰

Other cases supportive of the view that a completed building constitutes the general contractor's "product" include: *S.W. Forest Indus. Inc. v. Pole Bldgs., Inc.*,¹¹ *Home Indemnity Co. v. Miller*,¹²

⁹Supra at page 93.

¹⁰Supra at page 93.

¹¹478 F.2d 185 (9th Cir. 1973).

¹²399 F.2d 78 (8th Cir. 1968).

St. Paul Fire & Marine Ins. Co. v. Coss,¹³ *Zanco, Inc. v. Michigan Mutual Ins. Co.*¹⁴

The opinion expressed in *Knutson Construction Company (supra)*, which in the writer's view reflects the court's appreciation of the role that a CGL ought to assume in the construction setting, as contrasted with the role to be assumed by a performance bond, is probably analytically correct. The decision in *Knutson Construction Company (supra)* probably reflects the position that a Canadian court would take if confronted with a similar claim.

544

G. The Scope of the "Work Performed" Exclusion in the Construction Setting

The CGL does not indemnify the insured against the consequences of poor workmanship. The consequences of poor workmanship are treated as a business risk to be regulated as a matter of contract law by means of contractual warranties and "hold harmless" provisions. Like the "product itself" exclusion, the "work performed" exclusion is intended to prevent the insured from obtaining indemnity for repair costs due to the insured's defective or deficient work. To do otherwise would convert the CGL into a performance bond. It is for this reason that the IBC Form 2003 wording contains an exclusion which provides:

This insurance does not apply to :

- (j) property damage to work performed by or on behalf of the Named Insured arising out of the work or any portion thereof; or out of the materials, parts or equipment furnished in connection therewith;

This rationale for the exclusion is made clear in *Weedo v. Stone-E-Brick inc.*¹⁵ The contractor sought to obtain a defence in light of a lawsuit brought by a dissatisfied property owner. The New Jersey Supreme Court concluded that the CGL policy "does not cover an accident of faulty workmanship but rather faulty workmanship which causes an accident.". In distinguishing between these two types of risks the Court provided an example:

¹³80 Cal App. 3d 888.

¹⁴11 Ohio St. 3d 114, 464 N.E.2d 513 (1984).

When a craftsman applies stucco to an exterior wall of a home in a faulty manner and discolouration, peeling and chipping result, the poorly-performed work will perforce have to be replaced or repaired by the tradesman or by a surety. On the other hand, should the stucco peel and fall from the wall, and thereby cause injury to the homeowner or his neighbor standing below or to a passing automobile, an occurrence of harm arises which is the proper subject of risk-sharing as provided by the type of policy before us in this case. The happenstance and extent of the latter liability is entirely unpredictable - the neighbor could suffer a scratched arm or a fatal blow to the skull from the peeling stonework. Whether the liability of the businessman is predicated upon warranty theory or, preferably and more accurately, upon tort concepts, injury to persons and damage to other property constitute the risks intended to be covered under the CGL.¹⁶

545

The most difficult question in the construction setting is determining what properly constitutes the insured's "work."

Generally, the general contractor's "work" is the entire buildings. In contrast, the subcontractor's or supplier's work product is the component part that it constructed or furnished to the site. The contrast in the position of the contractor and subcontractor is best illustrated by the decision in *Indiana Insurance Co. v. DeZutti*,¹⁷ a 1980 decision of the Indiana Supreme Court. In *DeZutti* the general contractor had built a home and seven years after its completion, the owners discovered cracks in the bricks.

The owners brought action contending that the loss was due to settlement caused by improper construction of the footings. The general contractor sought to argue that the exclusion only applied to the defective component of the project which constituted the defective "work." In rejecting that submission, the Indiana court stated:

[The insured in this case] is a general contractor and his product or work must be the entire project or house which he built and sold. The exclusion for damages to his work arising from the

¹⁵81 N.J. 233 A.2d 788.

¹⁶Supra at page 791-792.

product or work itself will necessarily be broader than a subcontractor's exclusion. A subcontractor's product or work is merely a component part of a larger work or product. Thus, a subcontractor's exclusion would be less encompassing and any damage to the larger work or item caused by his product or work would be damage to the other property which would fall outside exclusions (n) or (o) and be covered. In both situations the exclusion applies to what the insured or those on his behalf worked upon or produced.¹⁸

546

A similar approach has been adopted by the United States courts. In *Western Employers Insurance Co. v. Arciero & Sons, Inc.*¹⁹ the general contractor had agreed to build a condominium project for the owner. Subcontractors had both designed and built the units together with a retaining wall. Following completion of the project the retaining wall collapsed causing damage to the condominium units.

The insured argued that, while the retaining wall was caught by the "work performed" exclusion, it should be indemnified for damage caused to the condominium units. The Court refused to accept that position, noting that to do otherwise would practically convert the CGL into a performance bond or Builders' All Risk policy. Accepting that the contractor must bear any losses due to repair and replacement of its completed product, the Court stated:

This makes sense from the standpoint of the insurer and the insured. By excluding repair and replacement losses, the insurer gives the contractor an incentive to exercise care in the workmanship thereby reducing the risk that is covered : damage to property of third parties. Coverage of repair and replacement costs would undermine this incentive. If the work failed the insurer would end up holding the scrap. Excluding repair and replacement costs also reduces the cost of the policy. The insurer is freed from administering frequent claims for minor repairs and can set its rate based on the less frequent but

¹⁷408 N.E.2d. 1275.

¹⁸At page 1280.

¹⁹146 Cal. App.3d 1027, 194 Cal Rptr. 688 (1983).

potentially large claims for damage to the property of others. The contractor bears the cost of repair and replacement which is usually small and, in any event, cannot exceed the cost of total replacement of the work. He is protected from the risk of damage to the property of others which, in contrast, knows no limitation.²⁰

Subcontractors have attempted, unsuccessfully, to argue that the “work performed” exclusion diminishes in scope following completion of the building, by arguing that its work product is merged into a larger physical structure. Representative of this attempt is the decision in *Simons et al v. Great Southwest Fire Insurance Co.*²¹ The insured had been hired to re-roof a building. Cracking developed following completion, ultimately requiring repair and replacement of all of the defective material and workmanship. While accepting that the cost of removing and replacing the defective material could not be recovered, it was argued that as the damage occurred after the defective product had been integrated into the building, the damage was to the building and not to the insured’s product per se. At that point the exclusion no longer applied. The Court rejected that argument noting that the entire roof constituted the insured’s work product and it did not cease to be such for the purpose of the exclusion simply because it was physically integrated into the building.

547

The scope of the “work performed” exclusion has significant implications for the insured performing the role of a construction manager. Many contractors operate construction management divisions that perform no actual construction work, but instead, supervise the work of the sub-trades for an agreed fee. In such circumstances it could be argued that no portion of the physical project constitutes its “work performed” and as a consequence the exclusion has no application.

That approach, arguable in the context of the CCDC Form 101, is untenable in the context of the IBC wording. The latter excludes indemnity for property damage “arising out of the work.” That choice of words denotes the performance of the work, as opposed to

²⁰Supra at page 690.

²¹569 F. Supp. 1429 (1983).

physical object, and may be sufficiently broad to encompass the construction manager that merely provides consulting services.

[To be continued in our next issue.]

Faits d'actualité

par
R. M.

I. Les résultats du deuxième trimestre de 1991

Publiés dans *Quarterly Report* (2nd Quarter), les résultats du deuxième trimestre, semblent plus encourageants que les résultats publiés à la même époque l'an dernier. À titre d'exemple, pour le deuxième trimestre de 1991, les revenus après impôt totalisent 367 millions \$, contre 272 millions \$ en 1990. Toutefois, les revenus de souscription continuent d'être déficitaires pour le seizième trimestre consécutif¹. Voici un aperçu détaillé des résultats publiés dans la revue trimestrielle :

549

Second trimestre (en millions de dollars)

	1991	1990
Primes nettes souscrites	4 033 \$	3 906 \$
Primes nettes acquises	3 625 \$	3 397 \$
Sinistres nets	2 681 \$	2 569 \$
Rapport sinistres à primes	73,9 %	75,6 %
Revenus de souscription (avant impôt)	-230 \$	-263 \$
Revenus de placement (avant impôt)	635 \$	606 \$
Revenus après impôt	367 \$	272 \$

Sources : *Canadian Insurance*, A publication of Stone and Cox Ltd.
Statistiques Canada.

II. Le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1991

Ce rapport marque la huitième année d'activité de l'Inspecteur général, dont la mission est d'assurer la surveillance et

¹Le plus récent trimestre positif (bénéfices de souscription) remonte au deuxième trimestre de 1987.

le contrôle des institutions financières et des intermédiaires de marché exerçant au Québec. En voici les aspects saillants.

550

- *Permis d'opération.* — 435 permis d'assureurs opérant au Québec ont été délivrés en 1990-1991, dont 299 à des compagnies à fonds social, 56 à des mutuelles, 32 à des sociétés de secours mutuels, 6 à des compagnies d'assurance funéraire, 39 à des sociétés mutuelles d'assurance et 3 à des corporations professionnelles.
- *Contrôle.* — Tous les assureurs détenant un permis en assurance de personnes ou en assurance de dommages ont fait l'objet d'une analyse financière pour l'année 1989. Chez les assureurs de dommages, 58 ont été soumis à un contrôle périodique et 23 ont fait l'objet d'une inspection.
- *Intermédiaires de marché.* — 25 348 intermédiaires de marché étaient autorisés à opérer au Québec au 31 mars 1991, à savoir 6 137 agents d'assurance de dommages et experts en sinistres, 13 692 agents, courtiers et cabinets d'assurances de personnes et 5 519 courtiers d'assurances générales.

III. Le cycle baissier pourrait se poursuivre jusqu'en 1993

À ce stade-ci, tant chez les sociétés d'assurances que chez les maisons de courtage, on hésite à prédire la fin du cycle baissier actuel en assurance de dommages. Selon plusieurs experts, le virage pourrait dépendre de l'état des réserves. Voici ce qu'en pense Charles L. Ruoff, vice-président de Sedgwick James Inc. à New York, dont les propos ont été rapportés dans *Business Insurance* (July 22, 1991) :

In addition, insurers' earnings may not be as strong as many think, Mr. Ruoff said. Studies by Sedgwick James and others have shown "the market as a whole is not putting away sufficient reserves," he said, estimating that the property/casualty industry is underreserved by about \$20 billion.

By early to mid-1992, insurers may have to deal with the reserve shortfall, which would eat into earnings and surplus, Mr. Ruoff said, adding that insurers may begin to recognize the underreserving problem as their 1991 year-end financial statements are prepared in early 1992.

This could be a "significant signal" for the market to turn in late 1992, Mr. Ruoff said.

551

Selon plusieurs experts, le virage ne se ferait pas avant 1993, malgré les résultats de souscription déficitaires des sociétés américaines et européennes. L'année 1990 aura été une année sombre pour la majorité des assureurs européens, et en particulier pour les assureurs français et britanniques. On se souviendra que chez Lloyd's, l'exercice 1988 s'est traduit par une perte de 983,7 millions \$ É.-U. Il importe ici de signaler que Lloyd's continue d'être un marché puissant et vigoureux. Les mauvais résultats semblent provenir essentiellement des opérations maritimes. Il est opportun également de signaler que pour l'exercice 1988, tant décrié par la presse, 70 % des syndicats ont enregistré des profits, ainsi que la majorité des *names*. David Coleridge, président de Lloyd's London, constate le malaise au niveau de l'assurance internationale, et non pas seulement en regard du Lloyd's :

What the world's insurance industry must address is the fact that premiums have become outrageously uneconomic. Profitability is the key to solvency, without which there is no insurance. (ReActions, November 1991, p. 45)

Du côté des réassureurs, on estime que le marché mondial de l'assurance jouit encore d'une grande capacité et demeure hautement concurrentiel, en dépit de la forte sinistralité de 1989 et de 1990 (*Business Insurance*, Sept. 2, 1991). L'année 1990 est considérée comme celle des grandes catastrophes : 298 désastres naturels ont généré 17 milliards de dollars de sinistres assurés. En 1989, 265 catastrophes avaient causé 13 milliards de dollars de dommages.

Lors du *World Insurance Congress* tenu à l'été 1991, plusieurs intervenants n'ont pas hésité à dire que les premières et plus spectaculaires augmentations se feront dans les marchés

d'assurance spécialisés (responsabilité professionnelle et garanties financières) ce qui n'est pas sans rappeler les hausses sensibles de 1985.

Il serait souhaitable qu'une tarification adéquate, qui fait défaut actuellement si l'on juge par le rapport sinistres à primes, se fasse graduellement plutôt que par des réactions draconiennes. Une politique judicieuse de redressement des taux nous semble essentielle dans le contexte économique actuel. Pour l'heure, la guerre des prix continue, en dépit des mauvais résultats de souscription.

552

IV. Le Mexique et le Chili ont signé un traité de libre-échange

L'accord bilatéral de libre-échange entre le Mexique et le Chili, signé en septembre 1991, constitue une première entre nations latino-américaines. Par l'élimination progressive de leurs barrières douanières entre 1992 et 1998, ce traité va plus loin que le traité à Asuncion en mars 1991, conclu parce qu'il créera d'ici quatre ans une zone de marché commun entre l'Argentine, le Brésil, l'Uruguay et le Paraguay. Les échanges commerciaux entre les deux pays, qui totalisent actuellement 160 millions \$, pourraient quadrupler au cours des prochaines années.

Cet accord semble confirmer le Mexique dans son rôle de pays-charnière entre l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud, celui-ci négociant actuellement un traité de libre-échange avec les États-Unis et le Canada. Selon le président de la *Mexican Insurance Association*, le marché mexicain de l'assurance serait dix fois plus grand à la fin de cette décennie, grâce aux perspectives d'ouverture à un vaste marché et à la libéralisation des services financiers et des régimes de pension dont on discute actuellement. Le total des primes directes en assurances de personnes et de dommages, pour les six premiers mois de l'année 1991, s'élève à environ 1,5 milliard de dollars (une augmentation de 31 % par rapport au premier semestre de 1990). Environ 80 % des primes transitent par deux assureurs d'État et cinq assureurs privés, et 15 % par neuf institutions financières.

V. Risques politiques : ouverture face au marché soviétique

Le putsch manqué en U.R.S.S., en août 1991, a pu contribuer à réaffirmer le climat de confiance quant au développement d'entreprises en coparticipation (*joint ventures*) et à la sécurité des opérations sur le territoire soviétique. À preuve l'OPIC, organisme gouvernemental américain qui assure les risques politiques encourus par les entreprises américaines, serait en voie de conclure, très prochainement, un accord visant à inclure le territoire soviétique et celui des trois États baltes dans le programme d'assurance des risques politiques à l'étranger.

553

Pour sa part, la S.E.E., société d'État du gouvernement canadien, ouverte dans un très grand nombre de pays et qui offre des services d'assurances, de garantie et de financement pour les sociétés canadiennes qui opèrent à l'étranger, était encore en attente, en octobre 1991, concernant le territoire soviétique.

Nous observons également que le monopole des assurances par l'État soviétique serait sur le point de prendre fin. En effet, le décret permettrait à des sociétés étrangères de concurrencer les deux assureurs d'État, Gostrakh et Ingosstrakh.

VI. Sombres prévisions concernant les victimes du cancer au Canada en 1991

À la suite d'une étude publiée en août 1991 par la Société canadienne du cancer et Statistique Canada, près de 110 000 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués au Canada en 1991 et environ 57 000 Canadiens mourront de cette maladie. On y mentionne également que plus d'un Canadien sur trois souffrira d'un cancer au cours de sa vie, que le cancer du poumon augmente chez les femmes, bien que le cancer du sein soit le plus répandu, et que le cancer de la peau continue de progresser.

C'est au Québec que l'on retrouve le taux le plus élevé de cancer du poumon chez les hommes, soit 98 cas pour 100 000 hommes.

VII. Une tornade fait des ravages à Maskinongé

Le Bureau d'assurance du Canada révélait, le 7 août dernier, que le montant des réclamations reçues à ce jour par les assureurs à la suite de la tornade de Maskinongé s'élevait à 7,5 millions de dollars.

Des vents de 250 à 330 km/h ont détruit ou endommagé environ 450 maisons d'habitation et 120 automobiles.

554 Le BAC a ouvert un bureau régional d'urgence-sinistres, près de Maskinongé, afin d'accélérer le processus de règlement des sinistres.

VIII. L'ouragan Bob : l'addition

Selon un rapport dont fait état *Business Insurance* (Sept. 2, 1991), l'ouragan Bob, qui a traversé six États le long de la côte est des États-Unis, a causé des dégâts matériels totalisant 800 millions \$. Les sinistres concernent principalement l'assurance des particuliers. L'État du Massachusetts détient le record des coûts, soit environ 525 millions \$; il est suivi du Rhode Island et de New York, qui ont enregistré des dégâts totalisant respectivement 115 millions \$ et 75 millions \$.

IX. À quand les tests génétiques en assurance ?

Dans le cadre d'un congrès médical tenu à Londres l'été dernier, les assureurs demanderaient des examens génétiques au même titre que les examens médicaux. On dénombre environ 4 000 maladies, notamment la fibrose kystique et l'alcoolisme, pouvant être identifiées par des analyses génétiques. Celles-ci pourraient permettre de déterminer à l'avance les maladies qu'un individu ou ses futurs descendants risquent de subir. Tant aux États-Unis qu'en Europe, les assureurs s'intéressent aux recherches génétiques et les législateurs se penchent déjà sur ce problème. La Californie pourrait approuver très bientôt un projet de loi interdisant l'utilisation de toute information génétique pour refuser l'émission d'une police d'assurance. Ce projet de loi serait en vigueur pour une période de huit ans.

X. Les tests de dépistage du sida ont débuté en 1985

La Société canadienne de la Croix-Rouge aurait commencé en novembre 1985, à contrôler le virus HIV du sida, dans les échantillons de sang distribués aux hôpitaux. On rapporte que ces tests étaient disponibles aux États-Unis depuis avril 1985. Cette nouvelle a été donnée par un porte-parole de la Croix-Rouge, dans le cadre d'une poursuite civile intentée contre cet organisme et un établissement hospitalier par la famille d'une femme ayant contracté le sida au cours d'une transfusion sanguine à la suite d'un accouchement.

Les hémophiles figurent parmi les premiers groupes à subir les effets néfastes du sida. Depuis les années 70 environ, ils pouvaient mener une vie normale grâce à des concentrés de facteurs de coagulation qu'ils s'injectaient eux-mêmes; c'est ainsi que le virus du sida a pu se propager rapidement chez les hémophiles.

En France, 400 cas sont actuellement devant les tribunaux administratifs et l'Association française des hémophiles a annoncé qu'elle se constituerait partie civile auprès des victimes. Selon une note publiée dans le journal *Le Monde*, c'est plus de 400 000 personnes qui, en France, auraient reçu des transfusions de sang infecté. Le problème qui fait scandale a pour cause le long délai entre la mise en place des mesures destinées aux hémophiles et la connaissance des effets du sida ainsi que les décisions mises de l'avant pour s'en protéger. On cite à cet égard le rapport Lucas, qui porte sur la transfusion sanguine et le sida. Celui-ci distingue deux périodes :

- la première (1983-1984) faisant état de données scientifiques alarmantes, mais dont la portée était encore méconnue;
- la seconde (1984-1985) étant caractérisée par des certitudes scientifiques mais des incertitudes sur le plan des solutions à prendre.

XI. Convention française *Assurance et sida*

Les séropositifs pourraient dès à présent souscrire une assurance-vie par suite de la convention *Assurance et sida*, signée par les assureurs et les pouvoirs publics. L'engagement des

assureurs français constituerait une primeur mondiale : la limite d'assurance s'exerce jusqu'à concurrence de 1 million de francs et la garantie est limitée à dix ans. Deux principes accompagnent le contrat-type : transparence au moment de la souscription et compréhension au moment du règlement. De plus, les questionnaires médicaux seront adaptés pour insérer les informations autorisées. Enfin, un comité de suivi a été créé pour veiller à l'application de la convention.

556 En outre, depuis le 1^{er} janvier, un fonds d'indemnisation pour les personnes ayant contracté le sida au cours de transfusion sanguines, a été instauré. Une partie de l'enveloppe sera prélevée sur le budget de l'État, l'autre à même les primes d'assurances souscrites par les titulaires de polices d'assurance automobile, habitation et autres.

XII . Charte du citoyen en Grande-Bretagne

Le premier ministre de la Grande-Bretagne a présenté à la Chambre des Communes une charte du citoyen, laquelle énonce 113 propositions visant à améliorer les services publics et protéger les droits des consommateurs. Parmi elles figurent certaines règles en matière d'assurance.

XIII . Ententes, fusions, alliances

Les sociétés d'assurances entendent consolider leurs liens internationaux. Diverses stratégies s'offrent à elles :

- *Investissement.* — Le 18 juillet 1991, le groupe AXA, deuxième assureur français, investit un milliard de dollars américains dans le groupe Equitable Life, troisième société d'assurance-vie aux États-Unis : AXA détiendra entre 40 % et 49 % du capital d'Equitable Life.
- *Joint Venture.* — PanEuroLife, tel est le nom d'une nouvelle société établie à Luxembourg et créée sous forme de *joint venture* entre L'Union des Assurances de Paris, la Royale Belge et la compagnie britannique Sun Life.
- *Coopération.* — Le premier assureur italien, le groupe Generali, a conclu un accord de coopération avec

Continental Corporation, l'un des chefs de file américains en assurance de dommages.

- *Alliance.* — Le groupe Vinci, nouvellement constitué, devrait favoriser les échanges d'actionnariat, l'assiduité des membres aux réunions des conseils d'administration, l'élaboration de certaines stratégies communes, la coopération dans le développement de produits : La Laurentienne est le premier partenaire nord-américain d'une mosaïque d'assureurs internationaux, tels que le Groupe Suez, l'U.A.P., Dai Ichi Mutual Life.
- *Concept global.* — Le Groupe Zurich, qui a acquis en 1989 la société américaine Maryland Insurance Corp., s'oriente vers l'implantation d'un groupe multilocal disposant d'un réseau international puissant. Ainsi, Zurich International apparaît comme un concept global et mondial, mais également comme une compagnie locale.
- *Accord de distribution.* — Zurich Canada, le premier assureur de dommages au Canada, a conclu une entente de mise en marché avec une nouvelle filiale canadienne de l'assureur français GMF Assistance International.
- *Prise de contrôle.* — Altus Finance (filiale du Crédit lyonnais) et MAAF (et autres investisseurs) ont pris le contrôle de la compagnie d'assurance californienne Executive Life, pour un investissement de 3 milliards de dollars, signale *L'Assurance française* (n° 637, p. 996) qui publie d'ailleurs le tableau suivant, paru, le 8 août 1991 dans la *Tribune de l'Expansion* :

557

Dates	Initiateur	Cible
1989		
Février	Nationale-Nederlanden (NL)	Southland Life
Avril	Amev (NL)	Metlife Security Ins.
Juin	La Bâloise (Suisse)	Providence Washington House
Septembre	Copenhagen-Re (R.-U.)	Reinsurance Corp. of New York

558

Octobre	Skandia (Suède)	Ryder System
1990		
Février	Aegon (NL)	Washington National Insurance
Mars	Generali (Italie)	Business Men's Insurance of America
Juin	Skandia (Suède) Willis Group (R.-U.)	Metropolitan Re Corroon and Black
Juillet	Winterthur (Suisse) General Accident (R.-U.)	Liberty Mutual Silvery Corporation
Août	Allianz (D)	Fireman's Fund
1991		
Février	Trygg-Hansa (Suède)	Home Insurance
Mars	Aegon (NL)	Western Life Insurance
Juillet	Axa (France)	Equitable Life Insurance
Août	Amev (NL)	Mutual Benefits Life

Source : La Tribune de l'Expansion, 8 août 1991.

XIV . La déconfiture du B.C.C.I. et son faible impact sur le marché de l'assurance bancaire

Selon *Business Insurance* (July 29 1991), la saisie des actifs de la Bank of Credit & Commerce International aurait peu d'impact sur les garanties usuelles ou les cautionnements bancaires couvrant la fraude, principalement parce que cette banque n'aurait pas souscrit des limites de garanties suffisantes ou adéquates. Selon certains experts, les limites globales souscrites (*bankers blanket bond policy*) ne seraient pas supérieures à un million de livres (1,7 million \$ É.-U.), alors que les limites requises d'une banque de cette envergure seraient de l'ordre de 25 millions de livres.

XV. L'assurance obligatoire des lieux publics en Belgique

Désormais, grâce à un arrêté royal, tous les exploitants d'établissements habituellement accessibles au public, autres que gouvernementaux, devront souscrire une assurance responsabilité civile couvrant les dommages corporels et matériels subis par autrui à la suite d'une explosion ou d'un incendie. L'assureur qui aura indemnisé les tiers en vertu de cette assurance sera subrogé contre les tiers responsables. L'assurance confère un droit direct contre l'assureur aux personnes lésées

559

Les montants d'indemnité sont alloués jusqu'à concurrence des montants d'assurance obligatoire qui sont prévus légalement.

XVI. La catastrophe d'Oakland

Le gigantesque incendie d'Oakland, en octobre 1991, serait l'un des plus désastreux et des plus coûteux de l'histoire des États-Unis. Certains chiffres divulgués font état d'une perte assurable totalisant près de 1 milliard de dollars, principalement au chapitre des assurances de particuliers. On a compté 19 morts, 148 blessés, 5 000 évacués, de nombreux disparus, 1 800 maisons et 900 appartements détruits. Le sinistre s'étant produit dans une zone résidentielle cossue, certaines des maisons détruites étaient évaluées à plus de 2 millions de dollars. On rapporte qu'une collection de tableaux estimée à 18 millions de dollars a été complètement détruite. L'une des compagnies d'assurances les plus touchées est la State Farm, la plus grande compagnie d'assurance de Californie. Elle aurait reçu des réclamations totalisant 380 millions \$, dont 3 millions \$ en assurance automobile. Pour sa part, Allstate, le deuxième assureur en Californie, aurait enregistré des réclamations de près de 130 millions \$.

XVII. Dommages punitifs aux États-Unis : nouveaux développements

Deux faits récents ont retenu notre attention relativement au dossier problématique des dommages punitifs.

D'abord, deux poursuites alléguant des dommages punitifs pour un total de 33,8 millions de dollars contre le manufacturier du médicament *Bendectin*, la firme Marion Merrell Dow Inc., filiale du groupe Dow Chemical Co. Les deux poursuites ont trait à la même victime, née avec des séquelles physiques, par suite de l'utilisation par la mère, pendant sa grossesse, du médicament contre la nausée. On se souviendra d'un jugement record de 75 millions \$ en dommages punitifs, rendu en 1987 par suite de l'utilisation du même médicament.

560

Ensuite, une cour d'appel de l'État du Maryland vient statuer, pour la première fois, que des dommages punitifs de 12,5 millions \$ rendus contre la firme Alexander & Alexander Inc. étaient inconstitutionnels, car ils étaient excessifs dans les circonstances en cause. La Cour ordonna la tenue d'un nouveau procès visant à établir des dommages punitifs plus appropriés.

XVIII. Entrée en vigueur de la *Loi sur l'utilisation des produits pétroliers* et du règlement sur les produits pétroliers

La *Loi sur l'utilisation des produits pétroliers*, adoptée le 15 décembre 1987, est entrée en vigueur le 11 juillet 1991, en même temps que son règlement d'application. Contrairement à l'ancienne *Loi sur le commerce des produits pétroliers*, la nouvelle législation vise non seulement le commerce mais aussi l'utilisation non commerciale des produits pétroliers et de l'équipement pétrolier utilisé dans la fabrication, le commerce, la consommation, la manutention, l'entretien ou le transport routier des produits pétroliers.

Pour être habilité à exercer le commerce des produits pétroliers, il faut détenir un permis commercial dans l'une ou l'autre catégorie suivante : grossiste, détaillant, entreposeur ou transporteur. Tout titulaire de permis doit détenir et maintenir en vigueur un contrat d'assurance, au sens de l'article 27 du Règlement.

Chronique actuarielle

par
divers collaborateurs
de
MLH + A inc. *

Congés pour événements familiaux

561

Il y a quelque temps, la L.N.T. instaurait de nouveaux congés pour événements familiaux. Il s'agit du congé parental, du congé pour examens reliés à la grossesse et du congé pour obligations relatives à l'enfant. Un employeur ne peut refuser d'accorder ces congés à un salarié qui désire s'en prévaloir. Des modalités d'application particulières sont prévues pour chacun de ces congés (voir le tableau «Les congés pour événements familiaux en vertu de la *Loi sur les normes du travail*»).

Rappelons que les normes relatives aux congés pour événements familiaux s'appliquent aux cadres supérieurs, sauf celles relatives au congé pour décès et au congé à l'occasion d'un mariage.

LES CONGÉS POUR ÉVÉNEMENTS FAMILIAUX EN VERTU DE LA LOI SUR LES NORMES DU TRAVAIL

CONGÉ DE MATERNITÉ

Droit aux avantages sociaux pendant le congé, sous réserve du paiement des cotisations exigibles par la salariée.

Durée du congé 18 semaines continues (sans salaire).

**Qui peut
bénéficier de
cette norme ?** Toutes les salariées, incluant les cadres.

* La société MLH + A inc. fait partie du groupe Sodarcam inc.

562

Formalités exigées	<p>Avis écrit à l'employeur d'au moins 3 semaines, indiquant la date du début du congé et celle du retour ¹; et</p> <p>Certificat médical attestant de la grossesse et de la date prévue pour l'accouchement.</p> <p>À partir de la 6^e semaine précédant l'accouchement, l'employeur peut exiger par écrit un certificat médical attestant que la salariée est en mesure de travailler. À défaut de le fournir dans les 8 jours suivants, l'employeur peut, par avis écrit, obliger la salariée à prendre son congé immédiatement.</p>
Début du congé	<p>Pas avant le début de la 16^e semaine avant la date prévue pour l'accouchement.</p>
Fin du congé et prolongation	<p>6 semaines de prolongation : avis à l'employeur, accompagné d'un certificat médical (attestant que son état de santé l'exige) avant la date d'expiration de son congé.</p> <p>L'employeur peut exiger de la salariée qui revient au travail dans les 2 semaines de l'accouchement, un certificat médical attestant qu'elle est en mesure de travailler.</p>
Droits du salarié à la fin du congé	<p>À la fin du congé, droit d'être réintégré dans son poste habituel avec le même salaire et les mêmes avantages.</p> <p>Si le poste habituel a été aboli, l'employeur doit reconnaître tous les droits et privilèges dont la salariée aurait bénéficié au moment de la disparition du poste.</p>

¹ L'avis peut être de moins de trois semaines si le certificat médical atteste que la salariée doit cesser de travailler dans un délai moindre.

Recours en cas de violation	<ul style="list-style-type: none">- Plainte écrite au Commissaire général du travail en cas de pratique interdite (articles 122, 123, 123.2, 123.3). Délai : 45 jours. Délai : 90 jours (en cas de mise à la retraite interdite)- *Plainte écrite à la Commission des normes du travail en cas de congédiement sans cause juste et suffisante (articles 124 à 135) :<ul style="list-style-type: none">• Un salarié doit justifier de 4 ans de service continu dans une même entreprise.• Ne peut être utilisé l'orsqu'il existe un autre recours. Délai : 45 jours* Ne s'applique pas aux cadres supérieurs.
------------------------------------	---

CONGÉ PARENTAL

Durée du congé	34 semaines continues (sans salaire).
Qui peut bénéficier de cette norme ?	Tous les salariés, incluant tous les cadres qui sont les père ou mère d'un nouveau-né ou qui adoptent un enfant n'ayant pas dépassé l'âge de la fréquentation scolaire obligatoire. Un salarié n'a pas droit au congé parental lorsqu'il adopte l'enfant de son conjoint ² .
Formalités exigées	Avis à l'employeur d'au moins 3 semaines, indiquant la date du début du congé et celle du retour ³ .
Début du congé	Au plus tôt le jour de la naissance ou, en cas d'adoption : le jour où l'enfant est confié au salarié ou le jour où le salarié quitte son travail afin de se rendre à l'extérieur du Québec pour que l'enfant lui soit confié.

² Le terme *conjoint* s'entend de l'homme et de la femme qui :

- a) sont mariés et cohabitent;
- b) vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
- c) vivent maritalement depuis au moins un an.

³ Le gouvernement peut déroger à cette règle par l'adoption de règlements.

Fin du congé et prolongation	Au plus tard un an après la naissance ou, dans le cas d'une adoption, un an après que l'enfant ait été confié au salarié.
Droits du salarié à la fin du congé	<p>Si le congé n'excède pas 12 semaines : droit d'être réintégré dans son poste habituel avec le même salaire et les mêmes avantages.</p> <p>Si le congé dure plus de 12 semaines : droit d'être réintégré dans un emploi comparable dans le même établissement avec au moins le salaire auquel le salarié aurait eu droit s'il était resté au travail et, le cas échéant, avec un régime de retraite et d'assurance équivalent.</p> <p>Les avantages auxquels peut prétendre un salarié en congé parental seront déterminés par le règlement. En attendant, les dispositions réglementaires relatives au congé de maternité qui sont compatibles avec la loi s'appliquent.</p>
Recours en cas de violation	Voir recours relatifs au congé de maternité.

CONGÉ POUR EXAMENS RELIÉS À LA GROSSESSE

Examen médical ou examen effectué par une sage femme (au sens de la loi).

Durée du congé	Aucune restriction (sans salaire).
Qui peut bénéficier de cette norme ?	Toutes les salariées, incluant les cadres.
Formalités exigées	Avis à l'employeur, le plus tôt possible, du moment où la salariée devra s'absenter.
Début du congé	S.O. ⁴
Fin du congé et prolongation	S.O.

⁴ Sans objet.

Droit du salarié à la fin du congé

S.O.

Recours en cas de violation Voir recours relatifs au congé de maternité.

CONGÉ POUR OBLIGATIONS RELATIVES À L'ENFANT⁵

Doit être un congé pour remplir des obligations reliées à la garde, à la santé ou à l'éducation de l'enfant mineur du salarié; et

Présence nécessaire en raison de circonstances imprévisibles ou hors de son contrôle. Le salarié doit avoir pris tous les moyens raisonnables à sa disposition pour assumer autrement ces obligations et limiter la durée du congé.

565

Durée du congé

5 jours (sans salaire).

- Peut être fractionné en journées; ou en demi-journées, si l'employeur y consent.

Qui peut bénéficier de cette norme ?

Tous les salariés, incluant tous les cadres.

Formalités exigées

Avis à l'employeur, le plus tôt possible, de l'absence du salarié.

Début du congé

S.O.

Fin du congé et prolongation

S.O.

Droits du salarié à la fin du congé

S.O.

⁵ Des dispositions transitoires récentes insérées dans la *Loi sur les normes du travail* ont pour effet de retarder l'application de certaines modifications à la loi à l'égard des salariés soumis à une convention collective ou à un décret.

Recours en cas de violation Voir recours relatifs au congé de maternité.

CONGÉ POUR NAISSANCE OU ADOPTION ⁶

566

Durée du congé	5 jours (sans salaire*).
	- Peut être fractionné en journées à la demande du salarié.
	- Un salarié qui adopte l'enfant de son conjoint ⁷ a droit à un congé de 2 jours, sans salaire.
	* Deux premières journées avec salaire si le salarié justifie de 60 jours de service continu.
Qui peut bénéficier de cette norme ?	Tous les salariés, incluant tous les cadres.
Formalités exigées	Avis à l'employeur, le plus tôt possible, de l'absence du salarié.
Début du congé	Dans les 15 jours qui suivent l'arrivée de l'enfant à la résidence de son père ou de sa mère.
Fin du congé et prolongation	S.O.
Droits du salarié à la fin du congé	S.O.

⁶ Voir note 5.

⁷ Voir note 2.

- Recours en cas de violation**
- Plainte écrite à la Commission des normes du travail en cas d'atteinte à un droit conféré par la loi (articles 98 à 121) :
Il faut avoir épuisé les recours prévus dans une convention collective ou dans un décret.
Délai : 1 an.
 - Voir également les recours relatifs au congé de maternité.

CONGÉ POUR DÉCÈS OU FUNÉRAILLES

Doit être pris le jour du décès ou des funérailles, ou entre les deux.

- Durée du congé**
- 1 jour (avec salaire); et
3 jours (sans salaire) : lors du décès ou des funérailles du conjoint⁸, du salarié, de son enfant, de l'enfant de son conjoint⁹, de son père, de sa mère, d'un frère ou d'une soeur.
 - 1 jour (sans salaire) : lors du décès ou des funérailles d'un gendre, d'une bru, de grands-parents, de petits-enfants, de même que du père, de la mère, d'un frère ou d'une soeur du conjoint¹⁰ du salarié.
- Qui peut bénéficier de cette norme ?**
- Tous les salariés, incluant les cadres, sauf les cadres supérieurs.
- Formalités exigées**
- Avis à l'employeur, le plus tôt possible, de l'absence du salarié.
- Début du congé**
- S.O.

⁸ Voir note 2.

⁹ Voir note 2.

¹⁰ Voir note 2.

Fin du congé et prolongation	S.O.
Droits du salarié à la fin du congé	S.O.
Recours en cas de violation	Voir recours relatifs au congé pour naissance ou adoption.

CONGÉ À L'OCCASION D'UN MARIAGE¹¹

568

Durée du congé	- 1 jour (avec salaire) lors du mariage du salarié. - 1 jour (sans salaire) lors du mariage de l'un des enfants du salarié, de son père, de sa mère, d'un frère, d'une soeur ou d'un enfant de son conjoint ¹² .
Qui peut bénéficier de cette norme ?	Tous les salariées, incluant les cadres, sauf les cadres supérieurs.
Formalités exigées	Avis à l'employeur au moins une semaine à l'avance de l'absence du salarié.
Début du congé	S.O.
Fin du congé et prolongation	S.O.
Droits du salarié à la fin du congé	S.O.
Recours en cas de violation	Voir recours relatifs au congé pour naissance ou adoption.

¹¹ Voir note 5.

¹² Voir note 2.

Garanties particulières

par

Rémi Moreau

569

XXXI. Les préjudices découlant de la publicité et de leurs assurances

L'assurance responsabilité civile générale protège l'entreprise contre les conséquences de sa responsabilité civile vis-à-vis des tiers en raison de ses activités de publicité associées à la mise en marché de ses produits ou de ses services, sous réserve, toutefois, des conditions usuelles qu'on y trouve dans les formulaires, notamment :

- a. L'application de la garantie est restreinte aux préjudices accidentels, selon la définition du mot *événement* de la police;
- b. La garantie ne s'applique qu'à des dommages définis, notamment les atteintes corporelles ou les préjudices personnels subis par les tiers;
- c. La police ne garantit que les seules activités de publicité associées aux produits et services d'une entreprise, les «dommages résultant de la publicité» étant généralement limités, comme suit :

le préjudice subi par une personne physique ou morale résultant de l'un ou plusieurs des délits suivants commis pendant la durée de la police :

- écrits ou paroles de caractère diffamatoire ou dépréciateur;
- toute contrefaçon de droits d'auteur, de titres ou de slogans;
- pillage, concurrence déloyale, appropriation d'idées, atteinte aux droits à la vie privée¹;

¹Assurance responsabilité civile complémentaire. Le formulaire couvre automatiquement les risques de publicité, sous réserve de certaines restrictions.

- d. Les préjudices personnels résultant des opérations publicitaires d'une entreprise de publicité, d'édition, de radiodiffusion ou de télévision sont exclus; sont également exclus certains cas particuliers, tels que : poursuites découlant de la non-performance du produit annoncé, violations de marques de commerce, descriptions incorrectes du produit ou erreurs dans les prix annoncés.

570

En somme, par la souscription de l'assurance responsabilité civile générale, toute entreprise, dans le cadre de ses activités courantes, bénéficie d'une protection générale, quoique restreinte, du fait d'une publicité trompeuse ou déloyale relativement aux activités publicitaires. Cette protection peut être élargie, cas par cas, par avenant ou par la souscription d'une assurance responsabilité civile complémentaire.

La protection de base, en résumé, est une assurance responsabilité civile générale qui couvre les conséquences du libelle ou de la diffamation, à l'exclusion des actes intentionnels, malhonnêtes ou criminels.

Certaines entreprises peuvent bénéficier d'une protection élargie, telles que les agences de publicité, les agences d'annonces ou les médias. Voyons quelques cas de polices spécialement conçues au regard d'opérations de publicité.

L'assurance responsabilité des agences de publicité et des annonceurs

Cette assurance est souscrite selon un formulaire particulier : elle couvre les conséquences des responsabilités découlant de la loi ou assumées par la loi, particulièrement les conséquences de la diffamation, les violations du droit d'auteur, d'idées ou de titres, la concurrence déloyale et le non-respect de la vie privée.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la responsabilité assumée par contrat signifie le fait, pour une agence de publicité, de tenir indemne un client contre une éventuelle poursuite ou contre les frais relatifs à une violation des droits d'auteur.

Voici certains exemples d'exclusion retrouvées dans le formulaire américain intitulé "Radio and TV Broadcasters Liability" :

- *Any act committed by the insured after actual notice of an infringement or with knowledge that such act constitutes an infringement or to any defamatory broadcast which is uttered maliciously by the insured or at his direction.*

- *Liability imposed upon the insured by reason of failure of performance of any contract or liability of others assumed by the insured under contract (except for coverage for contracts provided under the definition of "contract"). Coverage for contractual liability may be provided specifically by endorsement.*

571

- *Any property rights claimed by or any dramatic, literary, musical or dramatico-musical composition or work owned by any person or organization presently or formerly employed, connected or associated directly or indirectly with the named insured, with respect to any infringement or alleged infringement.*

- *Fines or penalties.*

Punitive or exemplary damages as to any insured against whom such damages are awarded, if it is found that such insured has committed wilful, intentional, malicious or fraudulent acts.

- *Damages for physical property damage, or damages which are attributed to, or are a direct or consequential result of injury or death of any person.*

- *Incorrect description of any article or commodity or any mistake in advertised price.*

- *Any claim unless resulting from events occurring during the effective period of the policy. If such events occurred or were initiated prior to the effective date, and are repeated or continued after the inception date, the company's liability is limited to that proportion of the total claim or judgment which the number of events during the policy period, upon which the*

claim is based, bears to the total number of events upon which such claim is based.

Le formulaire d'assurance ici examiné ne couvre que des dommages personnels ou matériels survenus accidentellement pendant la période d'assurance. Les dommages financiers, notamment les conséquences d'une erreur professionnelle ou d'un défaut de performance, ne sont pas garantis par une telle assurance. Ces risques font plutôt l'objet d'une assurance responsabilité professionnelle. En voici un exemple.

572

L'assurance contre les erreurs ou omissions des imprimeurs

Cette assurance couvre tout dommage que l'assuré peut être légalement tenu de payer par suite d'une réclamation faite contre lui pendant la période d'assurance et résultant d'une éventuelle erreur ou omission découlant de services d'imprimerie ou du défaut d'effectuer de tels services.

Nous signalons certaines particularités :

- a. La police en titre ne couvre que les réclamations présentées à l'assuré durant la période de la police;
- b. Le mot *réclamation* comprend un jugement, une sentence arbitrale ou «toute demande d'argent ou de services» résultant d'actes négligents, qu'ils soient réels ou présumés ou qu'ils proviennent d'erreurs ou d'omissions;
- c. Les services d'imprimerie définis dans la police désignent les activités accomplies dans les maisons d'impression, de publication ou d'art graphique;
- d. Les exclusions usuelles qu'on y retrouve ont trait aux conséquences d'actes intentionnels, à la pollution, au retard dans l'exécution du contrat, sauf si ce retard résulte d'erreurs ou d'omissions dues à la négligence dans l'exécution de services d'impression vis-à-vis de tiers, au dépassement des estimations de frais, et autres.

On retrouve sur le marché de l'assurance diverses formulations, variables d'un assureur à l'autre, garantissant les

activités de publicité proprement dites ou les conséquences d'erreurs ou d'omissions découlant de telles activités. Avant d'arrêter un choix, il est donc opportun de bien connaître les éléments de garantie offerts par différents assureurs, peu nombreux à souscrire ce type de risques. À titre d'exemples : la défense de l'assuré par l'assureur et les frais consécutifs, l'étendue territoriale de la garantie, l'étendue de la définition du mot *assuré*, la clause de résiliation de la police, les types et niveaux de franchises, d'ordinaire assez élevés.

Ces assurances sont exclusivement négociées par les courtiers qui connaissent bien le rôle et la portée des garanties ici identifiées. À titre de conseillers, ils sauront répondre aux besoins de protection exigés par diverses entreprises quant aux risques découlant de la publicité.

573

L'assurance voyage illimitée

Le programme *Prééminence Voyage*, associé à la Croix Bleue, offre une assurance voyage riche en découvertes. Voici les principales caractéristiques de ce programme :

- a. 365 jours : *Prééminence* est une assurance voyage annuelle;
- b. Garanties illimitées : aucune limite d'indemnité n'a été fixée pour les frais d'urgence suivants :
 - Évacuation sanitaire, rapatriement de la personne assurée et des membres de sa famille;
 - Hospitalisation, frais médicaux, paramédicaux et infirmiers;
 - Transport d'un membre de la famille dont la présence au chevet de la personne assurée est recommandée par le médecin;
 - Garde des enfants à charge (à domicile ou à l'étranger) en cas d'hospitalisation ou de décès de la personne assurée;
 - Retour d'un véhicule privé par une agence commerciale.
- c. Montants majorés :

- Frais de subsistance, gîte et couvert, frais de communication et de taxi : 250 \$/jour, maximum de 2 500 \$;
- Rapatriement de la dépouille de la personne assurée, ainsi que son incinération ou son enterrement sur place : 5 000 \$;

d. Protections inédites :

- Retour d'un bateau de plaisance à sa marina d'origine lorsque la personne assurée n'est pas en mesure de le faire : 2 500 \$;
- Retour d'un avion privé à son aéroport d'origine : 2 500 \$;
- La formule familiale protège les enfants à charge de la personne assurée, même lorsqu'ils voyagent seuls (limite d'âge : 21 ans; s'ils sont étudiants à temps plein : 25 ans).

574

Il n'y a pas de limite d'âge pour adhérer au programme *Prééminence*. Ce programme comprend en outre un service d'aide à l'étranger en cas d'urgence, offert sans frais, vingt-quatre heures par jour. Les principaux services sont l'assistance juridique, l'aide d'un interprète, l'information sur les ambassades, le règlement de formalités en cas de décès, la transmission de messages urgents et autres services pendant le voyage ou avant le départ.

Trois options sont disponibles et déterminent le montant d'une prime fixe individuelle ou familiale, à savoir les voyages annuels ne dépassant pas soixante, cent vingt ou cent quatre-vingts jours.

On peut obtenir des informations additionnelles auprès d'un courtier ou d'un agent.

Études techniques

par

Christian N. Dumais

Étude comparative de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants de sociétés

Notes préliminaires

Les sujets mentionnés se réfèrent aux dispositions des lois suivantes : 575

Canada : *Loi sur les sociétés par actions*, L.R.C. 1985, c. C-44 et amendements

Québec : *Loi sur les compagnies*, L.R.Q. c. C-38, parties I et IA et amendements

Les abréviations «a» et «d» qui apparaissent à la suite des références signifient que les dispositions législatives se rapportent aux administrateurs (a) ou aux administrateurs et dirigeants (a+d).

SUJET	CANADA	QUÉBEC	
		Partie I	Partie IA
Agir de bonne foi dans l'intérêt de la société, avec soin et diligence	122(1) (a + d)	Doctrines et jurisprudence (a + d)	Doctrines et jurisprudence (a + d)
Obligations d'un mandataire	Jurisprudence, même celles d'un fiduciaire (a + d)	1710 C.c. (a + d)	123.83 (a + d)

SUJET	CANADA	QUÉBEC	
		Partie I	Partie IA
Observer les lois et règlements, les statuts, règlements et conventions unanimes de la société	122(2) (a + d)	S. O. ¹	S. O.
576 Conflit d'intérêts	Jurisprudence	Jurisprudence	Jurisprudence
Ne pas déclarer ou/et verser de dividende illégalement	118 (2) c) (a) (devoir de ne pas déclarer ni verser et responsabilité si versement)	94 et 79 (a) (devoir de ne pas déclarer et responsabilité si déclaration et versement)	123.70 et 123.71 (a) (devoir de ne pas déclarer ni verser et responsabilité si versement)
	Voir aussi art. 79 (2) Loi de la faillite applicable aux trois types de corporations		
Ne pas acheter les actions de la compagnie illégalement	118 (2) a) et b) (a)		123.52 à 123.56 et 123.58 (a)
	Voir aussi art. 79 (2) Loi de la faillite applicable aux trois types de corporations		

¹Sans objet.

Études techniques

SUJET	CANADA	QUÉBEC	
		Partie I	Partie IA
Ne pas procéder illégalement à la dissolution de la compagnie	S. O. V. 121	29 (a)	123 (a)
Ne pas fournir d'aide financière à un actionnaire (et au Canada, à un administrateur, dirigeant ou employé)	44 (1) (en certaines circonstances) (a)	95 (a + d)	123.69 (en certaines circonstances) (a)
Salaires et autres rémunérations des employés	119 (1) (a)	96 (a)	idem 123.6 et 96 (a)
	Voir aussi art. 107 (1) d) Loi de la faillite applicable aux trois types de corporations		
Ne pas verser de commissions déraisonnables lors de la vente ou émission d'actions	118 (2) b) (a)	S. O.	S. O.

	SUJET	CANADA	QUÉBEC	
			Partie I	Partie IA
	Ne pas émettre d'actions qui ne sont pas entièrement payées	118 (1) (a)	S. O.	S. O.
578	Ne pas faire un transfert d'actions impayées à une personne qui paraît être sans moyen	S. O. v. 25 (3)	72 (a)	123.6 (a)
	Défaut de divulguer son intérêt dans une transaction avec la société	120 (1) (a + d)	S. O. (Règles du droit civil sur la liberté de contracter) (a + d)	
	Défaut de retenir ou remettre l'impôt retenu à la source ou d'autres sommes	Loi de l'impôt sur le Revenu 227.1 (a)	Loi sur le ministère du Revenu 24.0.1 (a)	
		Voir aussi art. 59 Loi sur l'assurance-chômage, art. 21.2 (2) Loi sur le régime de pensions du Canada et art. 73 Loi sur la Régie des rentes du Québec.		
	Paiement de la TPS	Loi modifiant la Loi sur la taxe d'accise 323 (1) (a)		

Études techniques

SUJET	CANADA		QUÉBEC	
			Partie I	Partie IA
Ne pas réduire indûment le capital-actions émis	(responsabilité des actionnaires qui en ont bénéficié) 38 (4) (a + d)	(responsabilité des actionnaires qui en ont bénéficié) 60 (a + d)	123.64	(a)
Fausse déclaration dans un prospectus ou défaut de prospectus ou de note d'information		Loi sur les valeurs mobilières 214 et ss. (a + d)		
Ne pas faire de fausses inscriptions dans les livres et registres de la compagnie ni refuser de les montrer	22 (3) et 20 (6) (responsabilité pénale) (a + d)	108 (1) (responsabilités civile et pénale) (a + d)	S. O.	
Ne pas utiliser des renseignements confidentiels lors d'une transaction de valeurs mobilières	131 (a + d)	Loi sur les valeurs mobilières 187, 226, 204 (resp. civile et pénale) (pour «compagnies publiques») et resp. délictuelle pour les autres (a + d)		

SUJET	CANADA	QUÉBEC	
		Partie I	Partie IA
Ne pas procéder indûment à une fusion avec une autre corporation	S. O.	S. O.	123.121 (a)

580

Notes complémentaires

La loi fédérale et la loi québécoise partie IA créent une présomption d'approbation des décisions du conseil d'administration, à moins, pour les compagnies partie I, d'absence des administrateurs à cette réunion (art. 123 (1), L.S.A. et art. 72,94 et 123.85, L.C.Q.).

L'administrateur d'une société fédérale ou québécoise pourrait être exonéré s'il enregistre sa dissidence par écrit (art. 123 (3), L.S.A. et 72,94 et 123.85, L.C.Q.), s'il prouve qu'il s'est basé de bonne foi sur l'opinion ou le rapport d'un expert (123 (4), L.S.A. et 123.84, L.C.Q.), ou encore si une convention unanime des actionnaires vient le décharger de ses responsabilités (146 (5), L.S.A. et 123.92, L.C.Q.).

Les poursuites contre les administrateurs se prescrivent par deux ans s'il s'agit de compagnies fédérales (118 (7), L.S.A.) ou de compagnies provinciales partie IA (123.168, L.C.Q.). La prescription commence à courir à compter de la résolution autorisant l'acte illégal. Pour les compagnies québécoises partie I, on applique la prescription de cinq ans en matières commerciales, à moins de dispositions contraires et la prescription devrait commencer à courir à compter de la date de commission de l'acte reproché.

Chronique de documentation

par
R. M.

I. ***Droit des assurances*, 7^e édition, par Yvonne Lambert-Faivre, Précis Dalloz, 1990**

L'intérêt de cette septième édition est l'importante mise à jour législative, jurisprudentielle et doctrinale en droit des assurances, domaine juridique en constante évolution. Parmi les aspects nouveaux, le lecteur retrouvera le contenu du nouveau code français des assurances et son adaptation à l'ouverture du marché européen, puis le chapitre consacré aux différents partenaires dans la relation d'assurance, à savoir les professionnels de l'assurance d'une part, et les consommateurs d'assurance, d'autre part.

581

II. ***La Peine privée en droit des assurances*, par Patrick Nabet, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 1986**

Ce livre d'une centaine de pages se lit tout d'un trait tant il satisfait le lecteur intéressé par le thème, fort concret, et par la recherche fondamentale. Comme le souligne la préface, «[le] juriste d'assurance comme le gestionnaire y trouveront leur profit.»

Dans un premier temps, l'auteur identifie la peine privée et en démontre les fondements techniques. Dans un second temps, il met en relief le caractère de la peine privée de l'assurance de responsabilité.

III. **«Euro Disney», numéro spécial de *L'Argus international*, La Sécurité, 1991**

Ce numéro spécial n'a été distribué qu'aux participants du Rendez-vous de septembre 1991, à Monte-Carlo. Il est également disponible à la librairie de *L'Argus*, à Paris. Les titres qui ont retenu notre attention sont les suivants :

- *Technique*. — «Vous avez dit Réassurance financière?», par Daniel Marren, conseiller du groupe SCOR.

L'auteur décline les aspects de la réassurance financière, remettant en question la terminologie.

- *Actualité.* — «Capital Re : Le pionnier de la garantie financière», interview de Michaël Satz, président-directeur général de Capital Re.
- *Reportage.* — «Euro Disney, un monde magique hautement protégé», par Florence Dufлот, journaliste, *L'Argus*.

582

La sécurité tient une place omniprésente et quasi invisible à Marne-la-Vallée, le lieu choisi pour Euro Disney, en banlieue de Paris, dont l'ouverture officielle est prévue pour le 12 avril 1992.

L'auteur termine son article par l'encadré ci-après.

«Le complexe en chiffres

«Situation géographique : 32 km à l'est de Paris, à Marne-la-Vallée.

«Taille du projet : 1 943 hectares, soit 1/5^e de Paris intramuros.

«Nombre d'ouvriers sur le site : 7 000.

«Nombre d'entreprises françaises et étrangères : 400.

«Nombre d'employés d'Euro Disney : 2 000 en juin 1991 et 12 000 en avril 1992.

«Première phase du chantier : 600 hectares.

«Pour les cinq pays à thèmes : 29 attractions, 36 boutiques et 30 restaurants.

«Nombre de chambres dans les hôtels : Disneyland (500), New York (575), Newport Bay Club (1 098), Sequoia Lodge (1 012), Santa Fe et Cheyenne (1 000) chacun.

«Autres éléments : Davy Crockett Campground (56 hectares); centre de divertissement (18 000 m²); golf de 18 trous en 1992 et de 27 trous en 1993.

«Extensions prévues : ouverture d'un deuxième parc à thèmes dès 1995 (Disney MGM Studios Europe), 13 000 chambres d'hôtel supplémentaires, un immense centre de congrès, un parc aquatique et une extension du camping caravaning».

- *Droit.* — «L'arbitrage en réassurance : la fin d'une idylle ?», par Charles W. Havens III, associé du cabinet d'avocats américain LeBoeuf, Leiby, Lamb & MacRae.

IV. Assurance des vins

583

Une compagnie d'assurances américaine, Cigna, proposait l'an dernier au marché français une assurance adaptée particulièrement aux besoins des vignerons et des éleveurs ainsi que des négociants en vin. Assurant depuis quinze ans les viticulteurs bordelais grâce à la police Multivins, cet assureur poursuit son développement dans d'autres vignobles français, dont ceux de Bourgogne, de Champagne et d'Alsace. Le même concept existe également dans d'autres pays, dont l'Espagne, l'Italie et la Californie.

Il s'agit d'une police «Tous Risques Vins» : le contrat garantit les dommages matériels directs et les pertes à tous les stades de production du vin, depuis le raisin coupé pendant la vinification et la cuvaison jusqu'au transfert de propriété. En vertu du contrat, tout est garanti, sauf les risques spécifiquement exclus. Sont notamment couverts :

- le coulage accidentel;
- le bris de logement, en particulier suivant l'effondrement des voûtes;
- les frais de reconditionnement de la récolte;
- la responsabilité civile après livraison dans le monde entier, y compris aux États-Unis et au Canada;
- les frais de retrait des produits livrés, y compris les frais engagés pour des dépenses de communication;
- le transport dans le monde entier par quelque moyen que ce soit, (terre, air, mer);

V. **«L'assurance mondiale en 1989 : chute de moitié du taux de croissance,» Études économiques 2/91 de Sigma, Compagnie Suisse de Réassurances**

584 En 1989, en assurances directes, les sociétés d'assurances ont encaissé, à l'échelon mondial, des primes totalisant 1 210 milliards de dollars É.-U., ce qui représente un taux de croissance réel de 3,9 %, soit la moitié du taux de l'année précédente. Le ralentissement des primes a été principalement observé aux États-Unis et au Japon, les deux chefs de file de l'industrie de l'assurance, qui monopolisent 59,4 % du marché mondial.

Le taux de croissance canadien semble dans la moyenne puisqu'il se situerait entre 0 et 5 %, secteurs Vie et Non-Vie confondus.

VI. **La loi modifiant la loi sur les normes de travail, Chronique de législation, par Benoit Pelletier, (1991) 22 Revue générale de droit, 195 à 215**

L'auteur fait un tour d'horizon des principales modifications législatives. Voici les subdivisions de son article :

- Le champ d'application de la loi;
- Les définitions;
- Les congés pour événements familiaux;
- Le salaire et les vacances des salariés à temps partiel;
- Les vacances annuelles payées;
- Les jours fériés;
- L'avis de cessation d'emploi ou de mise à pied;
- Les recours contre une pratique interdite;
- Les recours contre un congédiement sans cause juste et suffisante;
- Les recours civils;
- Conclusion.

VII. "All Risk and Builders' Risk Policies — Emerging Trends," by Eric A. Dolden, *Canadian Journal of Insurance Law*, Vol. 9, No. 2

Voici une étude bien documentée sur la police «tous risques chantiers» et ses innovations les plus récentes. L'auteur distingue les approches américaine et canadienne et il explique plus particulièrement les exclusions problématiques :

- *Faulty workmanship;*
- *Improper design;*
- *Inherent vice;*
- *Wear and tear;*
- *Latent defect;*
- *Mysterious disappearance.*

Il termine par l'interprétation de certains concepts :

- *Fortuity in the Circumstances of the Loss;*
- *Proximate Cause;*
- *External Cause;*
- *Occurrence.*

585

VIII. "Tough Times at Lloyd's," *Business Insurance*, September 2, 1991

Business Insurance passe en revue, dans une série d'articles, les récentes difficultés de l'institution anglaise : les changements en perspective, les sinistres majeurs encourus depuis deux décennies, les syndicats, les courtiers, les *names* et autres aspects. Les dossiers *Perspective* titrent "Time for Change at Lloyd's" et "Opening the Cloister Doors."

IX. Nouvelles de l'Institut d'assurance

Les déjeuners-conférences des Fellows de l'Institut d'assurance se décrivent comme suit :

- 9 octobre 1991. — *Le règlement des sinistres par les courtiers*, par M. Régis Tremblay.
- 11 décembre 1992. — *La responsabilité professionnelle et la loi 134*, par M^e Christian Dumais.
- 12 février 1992. — *Un marketing différent*, par M. Réal Circé.
- 8 avril 1992. — *L'assurance-automobile en Ontario*, par M^e Hélène Lamontagne.

586

Pour sa part, l'Institut d'assurance du Québec a dévoilé en août dernier le programme des séminaires 1991-1992. Plus particulièrement, l'Institut a organisé une journée-conférence, le jeudi 31 octobre 1991, sur le thème : «Les tribunaux sont insatisfaits de la pratique d'assurance».

X. "Business Interruption Insurance — Its Theory and Practice," by Robert M. Morrisson, *National Underwriter Publication*, 1986

Ce livre au contenu très dense, intéressera aussi bien le gestionnaire que le vendeur. Il constitue un guide complet et pratique du contrat et des pratiques, incluant les nouveaux formulaires en vigueur en 1986.

XI. *The Insurance Industry in Canada*, by Bernstein and Geehan, *The Fraser Institute*, 1988

Professeurs à l'Université Carleton d'Ottawa, les deux auteurs ont voulu préparer un fascicule concis démontrant l'importance de l'assurance dans l'économie canadienne et identifiant les différentes protections d'assurance disponibles et les entreprises d'assurances. Les deux derniers chapitres sont consacrés aux innovations et aux réglementations.

XII. "Directors' and Officers Liability Insurance," Report by Advanced Study Group No. 226 of The Insurance Institute of London, 1986

Depuis l'origine de l'assurance en titre, soit de 1930, jusqu'à notre époque, son intérêt n'a jamais décliné. Ce manuel de cours explique en profondeur les garanties et les cas de sinistres

potentiels, sans négliger les sources de responsabilité, les couvertures à l'étranger et les éléments de souscription.

XIII. *Chemical Catastrophes*, by Martin T. Katzman, published for The S.S. Huebner Foundation for Insurance Education, University of Pennsylvania, Richard D. Irwin inc., 1985

La raison du sous-titre "Regulating Environmental Risk through Pollution Liability Insurance" est évidente. L'auteur s'en explique :

Recent environmental legislation has established financial responsibility requirements for businesses that handle hazardous chemicals. This legislation, particularly the Superfund act, favors insurance as the instrument for meeting these requirements. The link between insurance and environmental risk suggests two lines of inquiry:

- *Are environmental risks insurable and under what conditions?*
- *Can insurance requirements result in private decision makers achieving a socially acceptable level of environmental risk? If not, what adjustments are required to narrow the gap between privately and socially acceptable risk?*

587

XIV. «Opérations Internationales et risque politique», par Jean-Pierre Lambert, *L'Argus*, 1984

Les assureurs disposeront, grâce à cet ouvrage, d'une synthèse de qualité sur le risque politique : sa définition, son évaluation, sa prévention et sa protection. Dans la préface, Jean-Louis Terrier précise : «Du même coup, l'auteur nous montre ce que pourrait être l'apport positif de la profession d'assureur à la discipline naissante et balbutiante de l'analyse des risques-pays.»

XV. Reinsurance in the Courts : Case Update, by Jonathan F. Bank and Patricia Winters, *Reinsurance Digest*, September/October 1991

Deux avocats d'une firme californienne analysent succinctement certains jugements récents en matière de réassurance :

588

- *Pennsylvania Court Analyzes Obligations of Intermediaries and Finds Domestic Intermediary Is Not Liable to Ceding Company.*
- *The Third Circuit Enforces Forum Selection Clause in Favour of Cedent.*
- *Pennsylvania Court Orders Rehabilitator to Arbitrate Disputes.*
- *New York Court Allows Offsets*
- *Court Declines to Change Venue, Finding that Underlying Tort Claim Had No Relevance to an Action, Alleging Late Notice Under the Reinsurance Agreement.*
- *Court Dismissed Second Amended Complaint, Alleging Late Notice, But Allows Reinsurer to File Third Amended Complaint.*
- *Court Defers to Liquidator's Preference for Federal Forum.*
- *Ninth Circuit Allows Antitrust Litigation to Continue*

XVI. *Risk Management Reports*, Vol. XVIII, No. 4, July-August, 1991

Contents :

- a) Carpal Tunnel Syndrome: A Perspective. "The Carpal Tunnel Syndrome can affect people using computer terminals continually."
- b) The Advantage of Claims-Made Forms for Insurance Buyers. (*Cet article est reproduit intégralement dans le présent numéro.*)

Reinsurance Dialogue

between

Christopher J. Robey*

and

David E. Wilmot**

November 22, 1991

Re: Incidental Exposures and the Nature of Excess Payments

Dear Mr. Robey,

589

Incidental Exposures

Before I reply to your comments on incidental exposures, perhaps you and I should step back and tip our hats to those who must underwrite today's complex and multidimensional composite industries. Increasingly, property and casualty underwriters must address risks with an incredibly broad range of operations and services — operations which may be incidental, or which may be small but profound in their contribution to risk exposure.

Reinsurers know that it is only the rare commercial or industrial risk which does not include one or more prohibited classes or operations. Home improvement stores sell propane tanks from their shelves. Independent truckers will not turn down the occasional load of scrap metal, and local contractors will not refuse to install a cottager's deck and breakwater. One manufacturer's buzzer is a component in another manufacturer's fire alarm or in an aeroplane manufacturer's ground proximity detector. These and many other examples of excluded risks or operations are made acceptable because they are incidental to the insured's general operations.

However, you are quite correct in noting the dangers of misinterpreting or misusing the Incidental Exposures clause. In a competitive market which is unduly influenced by aggressive yet inexperienced underwriters, we are in danger of taking an overly

* Mr. Christopher J. Robey is an executive vice president of B E P International Inc., member of the Sodarcen Group.

** Mr. David E. Wilmot is Manager for Canada, Norwich Winterthur Reinsurance Corporation Limited.

relaxed interpretation of the word "incidental." In consequence, what was intended to be a small "opening" in the exclusion list so a landscape contractor could get around the demolition exclusion and tear down a back-yard garage, becomes a "barn door" allowing a communications company to include satellites in its schedule of risks.

590 Reinsurers support the Incidental Exposures clause because they understand the complexity and diversity of today's risks. However, that same complexity has made it very difficult to define "incidental" in the limited space of a reinsurance contract. The issue, like so many of the discussions you and I have held, comes down to intent, partnership and utmost good faith. And, as you have correctly pointed out, mechanical definitions of "incidental" such as "10%" do not serve us well. In fact, they may do more harm than good.

You noted that 10% is a widely used guideline for "incidental" but that such a guideline begs the question, "10% of what?" Indeed, it can mean 10% of operations or receipts, 10% of locations on a schedule of risks, or 10% of values. I suppose that, if the underwriter wanted to write the risk badly enough, he or she could determine that the excluded material takes up only 10% of plant floor space or that the excluded operation represents less than 10% of contract bids (although the successful bid for asbestos removal turns out to be 60% of the contractor's 1992 income.)

You also noted that different reinsurers on different treaties or layers of excess reinsurance may view their exposure to excluded risks in their own way. My own example of this situation would be the contractor who excavates below grade in high-density construction areas. Less than 10% of the contractor's business includes such operations, but when the neighbouring office tower collapses into his hole in the ground, the excess reinsurer will be mightily distressed.

However, I think it is a mistake to differentiate among reinsurers when we discuss the Incidental Exposures clause. If we return to intent and look closer at the above example, we discover that the only reason the contractor bought liability limits to \$10 million was *because* of these occasional excavations next to high rise office buildings! The excavations were not incidental. In fact, they were the "raison d'être" of the \$10 million liability policy. The

excluded operation was far more than 10% of the underwriting exposure, and that should have been the measure of whether or not the exposure could be called "incidental."

To use your own example of ten scheduled warehouses, nine filled with vegetables and one filled with explosives; the question is not what the excess reinsurer will think, and it is not whether or not the tenth warehouse has a higher value than 10%. The correct question is this; "Can you call 17 tons of dynamite an incidental part of a vegetable operation?"

We must drop the 10% concept and ask, "Does an excluded risk or operation represent an incidental part of the underwriting exposure." The lumber mill that transports 60% of its sawn lumber to the United States may not be considered to have more than incidental U.S. sales. The insured whose premiums shoot up after securing a contract to sell 2% of its gauges to a major airbus manufacturer may be far in excess of any sensible definition of incidental.

591

Unfortunately, not all wordings on the market support the idea that underwriting exposure is the best measure of incidental. A relatively new wording in the Canadian market accepts otherwise excluded risks which "...form a detached and accessory part of the general operations of the insured.." This misleads the reader to believe that it is some "separation" from insurable operations and not the *quality* of the underwriting exposure that determines whether or not the excluded risk is incidental.

Some wordings are totally unacceptable. In one contract, liability arising out of the manufacture of fireworks, nitroglycerine and similar hazardous products is excluded only when "such risks are carried on by the insured as a principal operation." Of course, it is the reinsurers' fault for accepting such a clause, but it is the insurer who must face, and then ultimately pay back to reinsurers, a loss that its underwriters should never have been encouraged to accept.

Also, it must be remembered that the exclusions themselves already allow considerable underwriting latitude *before* adding the Incidental Exposures clause. Using a generous marine exclusion as an example, we may find that the treaty exclusion does not apply to yachts, small pleasure craft, sports fishing vessels,

inland waterways and sea going vessels under 200 tons. It would appear that only the Queen Elizabeth II is unreinsurable.

592 In the end, the exclusion list attempts to keep unacceptable risks out of the reinsurance agreement. What makes such risks unacceptable may well be a need for a higher level of underwriting or engineering expertise on a demanding or hazardous piece of business. If the insurer and its underwriters determine that they have that expertise, then they should be able to secure agreement from reinsurers to remove the exclusion. If the insurer has not sought to remove an exclusion, but a particular exposure proves to be more than an incidental underwriting consideration, then perhaps this is an indication that the company should not write the risk.

The Nature of Excess of Loss Payments

Excess of loss contracts are not treaties. As a result, reinsurers do not follow the fortunes of the ceding company when they make excess of loss payments.

Treaty reinsurance refers to those participating contracts of quota share or surplus shared liability in which the reinsurer proportionally follows the fortunes of the reinsured in respect to the policies coming within the scope of the treaty. Quite simply, treaty reinsurance entails the proportional sharing of the original *liabilities* assumed by the insurer. Excess reinsurance, on the other hand, indemnifies the reinsured against the *contingency* of a large loss. While the principles of utmost good faith and honourable intent remain, the excess of loss reinsurer does not follow the fortunes of the reinsured. The consideration for excess protection may be tied to the dollars collected by the reinsured from its policy holders, but the reinsurance agreement is nevertheless a separate contract independent of the assumed liabilities of the reinsured.

If some of the less experienced reinsurers in the Canadian market are unable to grasp this distinction, then those insurers who find the concept subtle may certainly be forgiven.

Misunderstanding manifests itself in a number of ways, but I will restrict this discussion to three problem areas: the distinction between losses paid and losses payable, ex gratia payments, and commercial risk versus insured risk.

Losses Payable

The core of excess of loss payments is the Ultimate Net Loss Clause. Generally, such clauses begin with the words "The term 'ultimate net loss' shall mean the sum actually paid by the Company in respect of any loss occurrence.." Occasionally, the wording will instead say "The term 'ultimate net loss' shall mean the actual loss paid by the Company or for which the Company becomes liable to pay..." This latter wording may have been introduced in order to facilitate the rapid payment of large losses to the reinsured in order to avoid investment loss. Unfortunately, the wording creates a larger problem than the one it attempts to solve.

593

It must be understood that the excess reinsurer's liability arises out of the reinsured's payment of a large loss and not out of the policy or the circumstances which led to that payment. For example, the excess reinsurer's liability is not the result of Mr. Fernwick's automobile policy, his careless driving, or Mrs. Hollet's subsequent injuries. The excess reinsurer's liability is the result of the insurance company's settlement of Mrs. Hollet's injuries for a large dollar amount.

It is not merely incorrect to use phrases such as "losses payable." Such wordings may be interpreted by a court as having shifted the excess of loss agreement from one of indemnity for loss to one of indemnity against liability. This has happened in the United States, and in such circumstances, the reinsurer may be required to participate with and follow the fortunes of the insurer in regard to a particular loss. Some reinsurers fear they could thus be implicated in a third party action.

Also, reinsurers do not want to act like bankers giving overdrafts. While reinsurers may be sympathetic to the cash flow requirements of their client insurance companies, it is not their intention to fund insurers over extended periods of time. A strict reading of this contractual obligation to advance "losses payable" would actually mean "pay as soon as the loss is incurred." Reinsurers could be required to pay for outstanding losses — including IBNRs — thus funding the insurer who in turn would earn additional interest during delays in settlement.

Words such as "losses payable" or "become liable to pay" should be avoided. If an insurer has reason to believe payments will

not be prompt, reinsurers could instead agree to reimbursement of loss once settlement has been quantified and agreed, or where a proof of loss has been accepted, or once a release has been obtained by the insurer.

Ex Gratia Payments

594

Another example of the failure to understand the payment responsibilities of the excess of loss reinsurer is seen in misguided efforts to include ex gratia payments in the definition of ultimate net loss. Pro rata reinsurers may or may not care to include ex gratia payments in their proportional contracts, but at least their losses are shared proportionally with the insurer and are supported by an equal proportion of the insurer's premiums. The excess of loss reinsurer does not share in the original premiums and an ex gratia payment is not proportioned between the insurer and the reinsurer. Invariably, such a payment would be borne entirely by the excess reinsurer. Any benefits that result from an ex gratia payment, such as placating an important producing broker, would not inure to the excess reinsurer's benefit. More importantly, agreement to ex gratia payments is a blank cheque, given without recourse to discussion or agreement. As such, ex gratia payments do not belong in an excess agreement. If there is a valid reason for making such a payment, then there must be mutual agreement (and, perhaps, a proportioning of the amount) between the insurer and the reinsurer.

Commercial Risk

The third and most troubling example of the misunderstanding regarding excess reinsurance payments is found in an apparent failure to distinguish between insurance risk and commercial risk. "Insurance risk" refers to the exposure to loss arising out of the original insurance coverages as defined within the excess agreement. "Commercial risk" refers to financial and operating risks which arise out of "being in business" and do not relate to the contractual liabilities assumed by the insurer. Commercial risks may include the failure to collect premiums from a broker, fictitious losses created through employee fraud, pressure from the government to roll back profits from a previous year, or punitive damages against the insurance company for wrong doing in the settlement of a loss.

Such losses cannot be transferred to a reinsurer whose excess of loss agreement is intended to cover losses arising solely out of insurance risks. Excess reinsurance was not extended to include economic loss, the criminal actions of employees, or political risk insurance. Coverage in the form of specific insurance may or may not be available elsewhere, but such losses are not addressed in the excess contract, nor has a premium been charged. For this reason, one must be careful to distinguish between loss attributable to the policies of insurance and loss attributable to commercial risk. An example may be helpful:

Consider the political ramifications of an earthquake hitting the greater Vancouver area. Catastrophe reinsurers will have collected a small percentage of excess premiums based on risk exposure, aggregated liabilities, original policy coverages and other rating factors. When the damage is tabulated, insurers will pass substantial amounts of insured loss to these catastrophe reinsurers. However, a newly elected, socially conscious, yet financially impaired provincial government is "appalled" that many homeowners can not recover fully from their insurance companies. The premier tells the press, "Insurers have been negligent in assessing insurance to full value on most homes and they have been derelict in their duty to promote the purchase of earthquake insurance!" It becomes clear that, if insurers want to continue doing business in the province, they will have to pay to value and read in earthquake cover retroactively.

595

Would insurers attempt to pass this burden to reinsurers? The additional loss of hundreds of millions of dollars would be borne entirely by excess of loss reinsurers with no rationale other than preservation of the commercial status of insurers who themselves would contribute nothing of the increase. Such a legislated change is not reinsurable. Though related in an abstract way to the original property business, this example illustrates a *commercial* loss. The excess reinsurer will not — *can* not — contribute to this political risk because it does not participate in the underwriting activities of the insurer, it does not share in the premiums and results, and it does not follow the fortunes of the reinsured.

Due to recent events, I must give another, more immediate example of the fundamental misunderstanding that persists:

596

Much talk relating to the Ontario Motorist Protection Plan has centred around the possibility of accident benefit increases and the further possibility that these increases will be applied retroactively. (That is, they will be applied to the ongoing benefits of existing OMPP accident victims as well as to future accident victims.) There is no basis in law for mandated retroactive increases, and, in fact, case law indicates such increases are not possible. Nevertheless, the speculation reveals a problem. If, in seven or eight years time, the government imposed or, more likely insinuated, a retroactive increase on all continuing loss payments, the burden of such an increase should not be passed to excess of loss reinsurers. The reasons are much the same as those of the first example. After seven years, the impact of retroactive increases would fall almost entirely on the excess reinsurers. The burden of these increases could be considerable, and yet there would be little or no sharing of the responsibility between the insurer and the reinsurer — the reinsurer would shoulder the losses without having collected a premium for the risk and with little recourse to future premiums.

Should a retroactive increase in accident benefits be put forward, it will not likely be legislated and mandatory but rather “recommended” and imposed by coercion. The imposed increase would likely be adopted by insurers as a “forward-thinking commercial decision” related to the four or five billion dollars of Ontario automobile premiums they wish to continue writing. And yet, excess of loss reinsurers, some no longer even participating, would be asked to pay this enormous additional loss out of excess premiums which were no more than a fraction of a percentage of the original premiums. Those reinsurers who do not follow the fortunes of the insurer in respect to premiums and original liabilities can not be asked to follow the fortunes in respect to political risk.

Insurers and reinsurers must recognize the limited role of excess reinsurance and they must appreciate that, for a small percentage of original premiums, the excess reinsurer does not follow the insurers’ fortunes, fund losses, accept or share in original liability, issue blank cheques for ex gratia payments or assume the insurers’ commercial risks.

Yours sincerely,

David E. Wilmot

Chronique juridique

par
Rémi Moreau

I. L'avis de sinistre

L'avis de sinistre a fait l'objet d'un article¹ bref mais complet, écrit par un confrère, M^e Jean Croteau. Celui-ci n'y résume pas moins de treize jugements rendus au Québec depuis quelques années sur cette question. L'article 2572 C.c. semble pourtant explicite :

597

«L'assuré doit donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance, de tout sinistre de nature à mettre en jeu la garantie. Tout intéressé peut donner cet avis.»

Dans l'interprétation de cet article, le dommage en soi n'est pas une condition essentielle à l'obligation précitée : l'assuré doit aviser l'assureur de toute circonstance pouvant entraîner des dommages.

Sauf dans le cas d'un jugement, il ressort de l'ensemble de la jurisprudence étudiée, que l'assuré, faute d'aviser l'assureur dans un délai raisonnable, perd son droit à l'indemnité, même si l'assureur n'a subi aucun préjudice du fait de ce délai tardif.

Il importe de mentionner que le projet de loi 125, intitulé *Code civil du Québec*, prévoit d'ajouter au droit actuel, comme le stipule l'alinéa 2 de l'article 2455, ce qui suit :

«Lorsque l'assureur n'a pas été ainsi informé et qu'il en a subi un préjudice, il est admis à invoquer, contre l'assuré, toute clause de la police qui prévoit la déchéance du droit à indemnisation dans un tel cas.»

Vu la nécessité pour l'assureur d'être prévenu le plus rapidement possible puisqu'il assume le fardeau du sinistre, cette

¹*Les Experts*, mai et juin 1991, p. 35.

clause, à l'opposé de la jurisprudence actuelle, nous semble injustifiée.

Advenant l'absence de préjudice, les parties, en vertu du droit actuel, peuvent s'entendre contractuellement sur la possibilité pour l'assureur de renoncer à invoquer la déchéance du retard d'avis. Toutefois, nous déplorons que l'assureur, selon le nouvel article 2399 du projet de loi 125, n'ait plus cette latitude contractuelle.

598

II. **Burnout et incapacité totale**

Souffrant d'insomnie et de fatigue constante, la requérante consulta un médecin qui diagnostiqua un *burnout* et lui prescrivit un repos. Suivant la réclamation qu'elle présenta à son assureur, pour incapacité totale, ce dernier alléguait que l'assurée n'était pas totalement invalide, conformément à la définition du contrat d'assurance.

Dans son jugement, la Cour du Québec² constate l'existence de théories différentes portant sur le sens et l'étendue d'un *burnout*³, soutenues par les deux médecins entendus. Cette divergence fit naître un doute, qui, en matière d'assurance doit favoriser l'assurée.

III. **Devoir de loyauté de l'agent envers l'ancien employeur**

Dans la présente cause⁴, le défendeur, au service d'une société d'assurances depuis 25 ans à titre d'agent, fut congédié pour avoir manqué à ses obligations d'emploi. La demanderesse tente d'obtenir, par voie d'injonction interlocutoire, que son ex-employé cesse de solliciter sa clientèle et de la lui soutirer. Après avoir examiné la preuve, le tribunal est d'avis que les clients ne sont liés ni à la demanderesse ni au défendeur, et qu'ils ne recherchent que leur propre intérêt. En l'espèce, la demanderesse n'a pu démontrer explicitement ni son droit à l'injonction réclamée ni la preuve d'un

²(1990) R.R.A. 987 à 989.

³Pour le premier médecin, le *burnout* est une altération de la santé mentale médicalement déterminable, tandis que pour le second, le *burnout* n'est pas une maladie.

⁴*London Life Insurance Co. c. Seymour Rimer*, (1991) R.R.A. 115.

préjudice irréparable aux fins de la délivrance d'une injonction interlocutoire.

IV. Conduite d'un véhicule en état d'ébriété

Un avenant joint au contrat d'assurance précise le paiement d'une double indemnité, en cas de mort accidentelle. L'assureur refuse le paiement de la double indemnité en se fondant sur l'exclusion suivante de l'avenant :

«La défenderesse a déjà payé l'indemnité première, mais refuse la seconde portion, au motif d'une exclusion ainsi rédigée : «Le présent avenant ne donne droit à aucun paiement si le décès de l'assuré est le résultat direct ou indirect [...] de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'une agression ou d'un autre crime.»

599

Les faits allégués dans la poursuite⁵ précisent l'état d'ébriété du conducteur, compte tenu de la quantité importante d'alcool retrouvée dans le sang de l'assuré.

Le jugement mentionne que l'assureur, pour réussir dans sa défense, a le fardeau d'établir, par prépondérance de preuve, les trois éléments suivants :

- «1. Que l'assuré était en train de commettre un crime, ici, la conduite d'un véhicule alors qu'il avait plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
- «2. Que ce crime est la cause directe ou indirecte de l'accident au cours duquel il a trouvé la mort;
- «3. Que la rédaction de la clause d'exclusion permet l'interprétation qu'en propose la défenderesse, c'est-à-dire que le mot *crime*, employé après le mot agression, comprendrait aussi un crime d'une nature différente, soit la conduite en état d'ébriété.»

⁵*Jeannette Lavoie Duquette c. La Compagnie d'assurance-vie Transamerica du Canada*, (1991) R.R.A. 123.

L'assureur n'a pu faire la preuve. En effet, le test sanguin n'aurait pas été effectué adéquatement et il ressort des témoignages que le véhicule était conduit normalement et sans vitesse excessive.

Quant à l'interprétation de l'exclusion, le tribunal rejette les prétentions de l'assureur en se fondant sur l'article 2481 C.c. :

«Est sans effet toute clause générale libérant l'assureur en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un acte criminel.»

600

Or, la Cour note la distinction qu'il y a entre le mot *crime* et l'expression *acte criminel*. Ainsi l'emploi du mot *agression*, dans l'exclusion précitée, ne saurait être applicable dans les cas de conduite en état d'ébriété.

V. Biens temporairement hors des lieux

L'assuré réclame la valeur de certains articles de sport qui ont été entreposés et volés dans un garage situé à une autre adresse que celle de la résidence principale. L'assureur refuse l'indemnité alléguant que les biens volés n'étaient pas couverts par le contrat d'assurance.

Le Tribunal accueille la réclamation de l'assuré, en se fondant sur la clause C du contrat, qui stipule que les biens doivent «se rapporter habituellement à l'affectation des lieux à des fins d'habitation.» Au dire du tribunal, cette clause doit recevoir une interprétation large. De plus, selon le Tribunal, l'utilisation saisonnière des biens volés permettrait de croire qu'ils étaient temporairement hors des lieux, donc couverts aux termes de la police.

VI. Sur quelques jugements à l'étranger

a. La responsabilité de l'employeur par suite d'actes criminels de l'employé⁶

Le 5 septembre 1991, la Cour suprême de l'État de Californie a conclu à la responsabilité de la Ville de Los Angeles

⁶*Business Insurance*, September 16, 1991, p. 1.

pour un viol commis par un policier durant l'exercice de ses fonctions.

Le procureur de la Ville a déclaré que cette décision alourdirait considérablement la responsabilité des organismes publics, du fait que la conduite criminelle d'un employé n'entre manifestement pas dans ses attributions ⁷.

De nombreuses autres causes de cette nature sont actuellement en délibéré dans divers États américains.

On constate que l'effet juridique de cette décision est d'imposer à la Ville une responsabilité stricte. Dans cette optique, les *Risk Managers* devront être plus attentifs aux procédures liées à la prévention et au contrôle des risques, notamment en matière d'embauche, d'entraînement et de supervision du personnel. Mieux encore, plusieurs procédures en place aux États-Unis encouragent l'adoption de modes de vie plus sains : refus du tabac, de l'alcool et des drogues.

601

b. Lloyd's devant les tribunaux

Pour l'exercice financier de 1988, les Lloyd's, on le sait, ont connu un déficit de plus d'un milliard de dollars, ceci par suite de divers sinistres catastrophiques; l'explosion de Piper Alpha a coûté à elle seule un milliard de dollars américains. Les *names*, qui investissent dans le fonds Lloyd's, devront payer une contribution du fait de leur responsabilité illimitée, prévue dans les statuts de l'institution tricentenaire.

Or, comme le signale *Business Insurance* ⁸, voici que des deux côtés de l'Atlantique diverses poursuites sont annoncées :

One members group in London is examining whether it can win court injunctions to bar Lloyd's from seizing their assets to pay losses.

⁷L'article 1460 du projet de loi sur le Code civil du Québec est intéressant à cet égard : «Le préposé de l'État ou d'une personne morale de droit public ne cesse pas d'agir dans l'exécution de ses fonctions du seul fait qu'il commet un acte illégal, hors de sa compétence ou non autorisé, ou du fait qu'il agit comme agent de la paix.»

⁸«Lloyd's faces litigation to void members' losses," Sept. 16, 1991.

In addition, many North American members are heading for court to avoid paying their losses, charging Lloyd's with fraudulent misrepresentation, fraudulent conduct and practices, and infringement of U.S. and Canadian securities laws.

The North American members' anger and despair has led the U.S. Securities and Exchange Commission to conduct an "informal" investigation to determine whether Lloyd's has infringed securities law as the members allege (see related story).

602

Lloyd's maintains that it is exempt from certain securities regulations, but it does require that members agents file a list of U.S. members under the Section D exemption of the Securities Act of 1933.

"Lloyd's has offered the SEC full cooperation in its investigation," a Lloyd's spokesman said.

Lloyd's also points out that the United Kingdom is the proper jurisdiction for members' disputes under the terms of their membership agreements. Lloyd's already has used this argument to win a postponement of one lawsuit filed by a U.S. member in federal court in Denver (Business Insurance, September 9). That ruling is being appealed.

However, other North American members allege that because Lloyd's fraudulently misrepresented the quality of the syndicates they joined, their membership agreements are null and void. If the agreements are void, they say, then so is the requirement that litigation be heard in U.K. courts.

En outre, 67 membres canadiens exerçant à Hamilton ont intenté une poursuite en Ontario, alléguant que l'entente d'admission aux Lloyd's devrait être déclarée nulle, car fondée sur des représentations frauduleuses et contraire aux lois canadiennes en matière de valeurs mobilières.

c. L'application de la «garantie dans le temps» des contrats d'assurance responsabilité civile en France

Voici un extrait que nous retenons de l'Argus, numéro du 17 septembre 1991, intitulé «Nouvelles rapides de l'assurance française» :

«Une série d'arrêts rendus en décembre 1990 par la Cour de Cassation a remis en question la validité des clauses d'application de la «garantie dans le temps» des contrats d'assurance de responsabilité civile. Compte tenu du temps de «gestation» d'un sinistre de responsabilité civile et du délai parfois long qui sépare le fait générateur de la réclamation de la victime, il est nécessaire de déterminer, conventionnellement, l'événement qui, situé dans la période d'assurance, constituera le sinistre et entraînera l'application de la garantie.

«Pour la responsabilité civile après livraison ou après travaux, les mérites respectifs de l'*occurrence basis* (l'assureur couvre les dommages survenus dans la période d'assurance) et du *claims made basis* (l'assureur couvre les réclamations présentées dans la période d'assurance) ont été souvent analysés.

«En France, le système «base réclamation» est devenu prédominant dans les contrats d'assurance récents; il présente notamment l'intérêt de faire gérer les sinistres par l'assureur du présent, celui qui couvre le risque au moment où la réclamation est présentée par la victime. Il est généralement assorti d'une clause de reprise du passé inconnu et d'une garantie subséquente limitée dans le temps.

«En estimant que «le versement des primes, pour la période qui se situe entre la prise d'effet de contrat d'assurance et son expiration a pour contrepartie nécessaire la garantie des dommages qui trouvent leur origine dans un fait qui s'est produit pendant cette période», la Cour de Cassation française

semble vouloir imposer le critère du «fait générateur» qui présente deux inconvénients majeurs :

- la difficulté de déterminer, et donc de dater dans un processus de fabrication complexe, le fait générateur à l'origine d'un dommage;
- l'incompatibilité des techniques de répartition qui s'appliquent à l'assurance de responsabilité civile avec un système dans lequel l'assureur ne peut connaître les limites dans le temps de ses éventuelles interventions.

«Cette jurisprudence nouvelle conduit les assureurs à réfléchir une nouvelle fois sur les moyens de faire correspondre, autant que possible, la durée de la garantie et la durée de la responsabilité.

d. Dommages environnementaux et frais de dépollution : décisions américaines contradictoires

La Cour d'appel du District of Columbia a statué, le 13 septembre dernier, que les frais de nettoyage ou de dépollution (*cleanup costs*) doivent être considérés comme des dommages au sens de la définition du contrat d'assurance responsabilité civile. Cette décision va à l'encontre de celle rendue par un tribunal d'appel du Missouri où les frais de nettoyage ne faisaient pas partie des dommages assurés.

La Cour suprême des États-Unis devrait être appelée à trancher ce débat en apparence contradictoire : en effet, l'interprétation des contrats d'assurance relève du droit de chaque État; on ne doit donc y voir aucune contradiction.

Pages de Journal

par

Gérard Parizeau

La publication des «Pages de Journal» se termine avec le présent numéro. Ces «Pages» furent publiées dans la Revue pour la première fois à la fin des années soixante et depuis lors, elles le furent sans interruption. Nous remercions le fondateur de la revue, M. Gérard Parizeau, pour ces 1000 pages fort agréables qu'il nous a confiées. Voici ce que mentionnait M. Parizeau dans l'introduction de la première publication des «Pages de Journal», laquelle remonte à juillet 1969 :

605

«Pendant des années, j'ai livré au lecteur mes travaux sur les assurances : sujet grave qu'on ne peut traiter à la légère. Me pardonnera-t-il de lui apporter maintenant ces pages où les souvenirs viennent un peu tumultueusement, comme ils se présentent ? Je l'espère, car ainsi s'établira entre nous d'autres liens, bien différents, mais non moins valables.»

Nous remercions également les lecteurs de l'intérêt qu'ils ont manifesté à ces «Pages», comme en témoignent les nombreuses lettres reçues par la revue Assurances à cet égard.

Rémi Moreau



Montréal, 29 août 1986

Pourquoi, en venant au bureau ce matin, ai-je pensé à cette fin d'août passée avec ma femme au domaine du Sommet Bleu, à Sainte-Marguerite, en 1939 ? Probablement parce que le temps était le même : ciel bleu, presque bleu de roi, température assez fraîche, soleil glorieux. À ce moment-là, nous étions très inquiets : la guerre menaçait; elle devait d'ailleurs être déclarée pendant notre séjour à Sainte-Marguerite.

Alors l'hôtel s'était vidé de son personnel, en grande partie allemand, qui s'était dispersé dans la crainte d'être mis dans un camp de prisonniers.

Nous avons quitté Montréal pour éviter la radio. Or, matin, midi et soir, nous étions rejoints à l'hôtel par les commentateurs qui ne cessaient de répéter les mêmes bruits de guerre, de malheur menaçant.

À l'époque, le domaine était magnifique. Il comptait, entre autres choses, l'hôtel de la Pointe Bleue, le club-house où nous étions, le centre commercial et un autre hôtel qui donnait sur le lac où sont maintenant l'Estérel et le golf. Quel ensemble bien joli tout cela formait, et quelles vacances agréables nous aurions passées, s'il n'y avait eu cette menace de guerre qui nous suivait d'immeuble en immeuble avec la radio !

606



5 septembre

J'ai fait l'éloge de M. Jean Drapeau, notre maire démissionnaire. Et je crois que j'ai eu raison. Mais quel a été son rôle exact en 1967, dans la préparation de l'exposition ? Il voulait M. Pierre Dupuy comme commissaire général, avec raison d'ailleurs, car notre ambassadeur à Paris avait une grande réputation dans les milieux européens. M. Diefenbaker n'en tint pas compte et nomma deux personnalités montréalaises très mêlées aux affaires. Ce qui n'empêcha pas *** d'orchestrer une campagne de presse, dont les arguments principaux étaient : « Nous sommes entre bonnes mains, puisque l'un de nos commissaires fabrique des pâtes alimentaires et l'autre du vinaigre. » Il suffit d'une campagne bien menée et cohérente pour que les deux intéressés comprennent et disparaissent, pour faire place au grand bonhomme que se révéla Pierre Dupuy.

Celui-ci s'attendait à être nommé d'abord. Je me rappelle une visite que j'avais faite à son bureau, au cours de laquelle il me demanda si, à mon avis, il devait accepter ou non. Je le lui donnai sans hésitation. Puis, tout à coup, on apprit que le groupe Diefenbaker avait fait nommer ses gens, en passant par-dessus la

tête du maire, qui n'a jamais aimé qu'on procède de cette manière avec lui. Puis, l'équipe changea; et l'Expo fut la réussite que l'on sait.

Tout cela peut-il être dit ? Je le crois, car M. Drapeau a pris sa retraite et les deux fabricants sont décédés.

Je ne pense pas que M. Pierre Dupuy fasse une allusion quelconque à ces détails dans le livre qu'il a laissé à propos de l'Expo, mais je puis en garantir l'authenticité, car je me rappelle très bien la conversation que nous avons eue dans son bureau de Paris, à la chancellerie du Canada.

Je me souviens également comme la campagne de presse avait été soutenue et bien désagréable pour ces hommes d'affaires qui méritaient mieux, étant donné leur personnalité véritable.

Auraient-ils pu réussir cette extraordinaire collaboration des principaux pays du monde ? Je ne le crois pas, car M. Dupuy a, pendant des mois, sillonné la terre entière pour obtenir la collaboration du plus grand nombre de pays possible. Il a fait un succès extraordinaire de l'exposition visitée, dit-on, par des millions de personnes.

Pendant que M. Pierre Dupuy parcourait le monde, M. Jean Drapeau faisait aménager les îles du Saint-Laurent, tout en en faisant élever d'autres, tandis qu'à l'ouest, on élevait ce batardeau qui, en déchiquetant la glace, empêcherait que le tout soit emporté au moment de la débâcle et mettrait en danger les travaux de l'Expo (Terre des Hommes, comme on commençait à dire).

Quel magnifique esprit de collaboration a alors uni les membres de l'équipe !



J'ai rappelé précédemment que devant la levée de boucliers de certains professeurs de l'École des beaux-arts de Montréal, le directeur, Charles Maillard, avait dû donner sa démission. Cela s'est passé il y a longtemps, serait-on tenté de me dire ! C'est vrai, mais n'ai-je pas toute ma vie été tenté de vivre dans le passé ? Or, cela s'est produit vers 1945, si je me souviens bien.

Si M. Maillard avait dû démissionner, ce n'est pas qu'il fût un mauvais peintre. Je reviens sur cette idée. C'est simplement qu'il s'opposait de toutes ses forces à l'entrée à l'École des impressionnistes ou des post-impressionnistes, et en particulier de Cézanne. Il le faisait avec violence et maladresse devant des peintres en pleine maturité comme Pellan, Riopelle, Borduas, de Tonnancourt, et mon frère Marcel. Bien maladroitement, il leur opposait les oeuvres d'une école entièrement dépassée, mais non sans mérite. Dans *Ateliers*, Jean Chauvin nous présente quelques exemples de la peinture de Maillard, comme je l'ai noté précédemment. Il avait fait quelques portraits en particulier, qui sont d'une facture excellente mais qui étaient si loin des voies où Pellan, Riopelle et Borduas s'orientaient, eux qui mettaient dans leur peinture cette violence que montre la jeunesse quand elle est en colère.

C'est dans ce milieu que mon frère Marcel aurait oeuvré, à titre de successeur de Charles Maillard, s'il n'était pas mort au plus vif de la bagarre.

7 septembre

Je reviens en arrière. Le premier juillet, M^{me} Jeanne Sauvé, gouverneur général du Canada, a présenté ses voeux au peuple canadien, à l'occasion de la fête nationale. Le discours était officiel, mais bon. M^{me} Sauvé est vraiment un exemple excellent de ce que peut être la femme intelligente au service de l'État. Il m'a semblé, cependant, qu'il y avait dans son allocution plus que ce que n'y met ordinairement le haut fonctionnaire chargé de préparer le discours officiel du représentant de la Reine. Je ne crois pas qu'on ait laissé au seul rédacteur le soin d'exprimer les sentiments du chef de la Nation. Il m'a semblé que M^{me} Sauvé avait dû tout au moins inspirer aux scribes certaines idées personnelles, car elle est intelligente et, pendant longtemps, elle a été en contact direct avec les gens et avec leurs joies, leurs malheurs et leurs préoccupations.

Un de ses prédécesseurs avait dû laisser beaucoup d'initiatives, sans doute, à son collaborateur, Pierre Trottier, à un moment où, diminué par la maladie, il était encore représentant de la Reine. Mais cela n'était venu qu'après une longue carrière dans le corps diplomatique canadien. S'il avait eu des difficultés avec le général de Gaulle à Paris, il avait une grande dignité. À ce moment-

là, il ne devait pas être facile de s'entendre avec le président venu au Canada pour prononcer des discours nombreux et, en particulier, les mots fameux de : «Vive le Québec libre !», qui ont enchanté certains et déplu à beaucoup d'autres. Quelle levée de boucliers il y eut dans les milieux officiels ! Il faut dire que le Général était allé un peu loin. Je me rappelle comme j'avais sursauté devant le petit écran en entendant : «Vive le Québec libre !». Plus tard, peu de gens protesteront quand certains chefs d'État n'hésiteront pas à se prononcer sur la situation politique du pays.



J'ai tenu la revue *Assurances* à bout de bras pendant un bon nombre d'années. Tous les articles n'étaient pas de moi, mais un bon nombre l'étaient sous des noms de plume divers : J. H., G. P., Jean Dalpé, Gérard Parizeau. J'utilisais l'un ou l'autre suivant les sujets, le nom, la nature de la critique, car, dois-je l'admettre, sans rechercher la critique, je la pratiquais à l'occasion. Mes affaires et mes lectures m'apportaient des sujets que j'étudiais aussi à fond que possible, et j'attribuais à l'un ou à l'autre la paternité de l'article. C'est ainsi que j'évitais de répéter mon nom trop souvent, à travers les numéros et les années.

À côté de la Revue, il y eut aussi ces livres que j'ai écrits de 1973 à 1984, mes affaires me demandant moins de temps. Cela me permettait de quitter le bureau un peu plus tôt et, souvent, d'aller à la Bibliothèque municipale, en particulier, ou au McCord Museum. Dans les deux endroits, je recevais un accueil bien agréable grâce à M^{lle} Baboyan, dans le premier cas, et à M^{me} Miller, dans le deuxième. Dans le cas des deux bibliothèques, je trouvais une excellente documentation. Souvent, M^{lle} Baboyan m'appelait à la maison en me disant qu'elle mettait à ma disposition tel ou tel document qui me serait sans doute utile. De son côté, M. Jean-Jacques Lefebvre m'a beaucoup aidé dans mes travaux par ses conseils et ses précisions si utiles.

Déjà, j'ai rendu hommage à ces amis. J'y reviens dans mon journal pour expliquer un peu certains aspects de ma méthode de travail. Dans le cas de chaque livre, j'ai également indiqué ceux qui s'étaient employés à m'aider dans mes recherches.



Je mets fin à ces *Pages de Journal*. Mon état de santé, en effet, ne me permet pas d'aller au-delà. Je m'en excuse auprès des lecteurs de la Revue que mes souvenirs ont pu intéresser, et je les remercie de m'avoir suivi fidèlement.

Je remercie également la Revue et son directeur de l'hospitalité qu'ils ont bien voulu m'accorder.



**OGILVY
RENAULT**

AVOCATS

DROIT DES ASSURANCES

Responsabilité professionnelle et
représentation devant les tribunaux,
notamment :

des avocats • des comptables •
des médecins • des courtiers •
des ingénieurs • des architectes •
des hôpitaux • des administrateurs
et dirigeants de compagnies

Litige et avis juridiques en matière :
d'assurance résidentielle •
d'assurance sur les biens
commerciaux • d'assurance sur
la vie • de cautionnements •
d'assurance responsabilité civile

Notre équipe est constituée de :

*G. B. Maughan
Hélène Lefebvre
John I. S. Nicholl
Mindy Paskell-Mede
André Legrand
Emmanuelle Doyon
Frank Calandriello
Paul Prosterman
Josée Noiseux
Jean-Charles René
Marjolaine Breton Rambo*

MONTRÉAL

OGILVY RENAULT
1981, AVENUE MCGILL COLLEGE
MONTRÉAL (QUÉBEC) CANADA H3A 3C1
TÉLÉPHONE (514) 847-4747
TÉLÉCOPIEUR (514) 286-5474

OTTAWA

OGILVY RENAULT
50, RUE O'CONNOR, BUREAU 1015
OTTAWA (ONTARIO) CANADA K1P 6L2
TÉLÉPHONE (613) 230-8661
TÉLÉCOPIEUR (613) 230-5459

QUÉBEC

OGILVY RENAULT
500, GRANDE-ALLÉE EST, BUREAU 520
QUÉBEC (QUÉBEC) CANADA G1R 2J7
TÉLÉPHONE (418) 540-5000
TÉLÉCOPIEUR (418) 640-1500

OSLER RENAULT LADNER

LONDON PARIS HONG KONG NEW YORK



Vous cherchez de la jurisprudence dans le domaine des assurances?

SOQUIJ à ce qu'il vous faut.



RECUEIL EN RESPONSABILITÉ ET ASSURANCE

Texte intégral et résumés de jugements de la Cour d'appel, de la Cour supérieure et des cours du Québec dans les domaines du droit des assurances et de la responsabilité civile délictuelle.

Abonnement 1991 (4 fascicules): 195 \$

QUANTUM

Environ 700 jugements (résumés et références), rendus depuis 1970, où des indemnités pour des blessures corporelles et des décès ont été accordées.

Volume Quantum (mise à jour jusqu'en 1990): 100 \$
Mise à jour 1990 seulement: 31 \$

SOQUIJ vous offre aussi d'autres produits.
Demandez notre catalogue. C'est gratuit.



Société québécoise d'information juridique

10 rue Saint Jacques
Bureau 101
Montréal (Québec)
H2Y 1L3

Téléphone: (514) 842 8745
1 800 363 6718
Télécopieur: (514) 842 5357

La mémoire... du Droit.

Une équipe innovatrice

Des systèmes de gestion flexibles

*Une contribution efficace
à la rentabilité et à la croissance
des assureurs*



La Nationale
Compagnie de Réassurance du Canada

BLAKELY, GASCON

AVOCATS

BUREAU 1200, PLACE DU CANADA
MONTRÉAL, CANADA H3B 2P9

TÉLÉPHONE: (514) 866-3512

TÉLÉCOPIEUR: (514) 866-0038

**Réassurance
I.A.R.D.**

Traité
Facultative

Proportionnelle
Excédent de sinistre



**La Munich du Canada,
Compagnie de Réassurance**

Pepin, Letourneau

AVOCATS

Le bâtonnier ALAIN LETOURNEAU, C.R.
CLAUDE PAQUETTE
DANIEL LETOURNEAU
GAÉTAN H. LEGRIS
CHARLES E. BERTRAND
ANNE JACOB

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.
ÉMILIE VALLÉE
ALAIN LAVIOLETTE
MICHEL BEAUREGARD
ISABELLE PARIZEAU
MARTINE COMTOIS

ROBERT J. LAFLEUR
BERNARD FARIBAULT
PIERRE DÉSORMEAU
ANDRÉ CADIEUX
JEAN-FRANÇOIS LÉPINE
CHANTALE MASSÉ

Conseil

YVON BOCK, C.R., E.A.

Suite 2200
500, Place D'Armes
Montréal H2Y 3S3

Télécopieur : (514) 284-2173
Téléphone : (514) 284-3553

andrew hamilton (montréal)

limitée

Experts en sinistres / Claims Adjusters
Tous genres de réclamations • All lines

SIÈGE SOCIAL / HEAD OFFICE

MONTRÉAL
550 Ouest, Sherbrooke
Suite 305
Montréal, Qué. H3A 1B9
(514) 842-7841
Fax: (514) 842-7848

SUCCURSALES / BRANCH OFFICES

QUÉBEC
2860, des Quatre-Bourgeois
Suite 330
Ste-Foy, Qué. G1V 1Y3
(418) 651-9564
Fax: (418) 651-9593

TORONTO
80, Richmond St. West
Suite 1102
Toronto, Ont. M5H 2A4
(416) 365-3160
Fax: (416) 365-2196



Membre: Association des Experts en Sinistres Indépendants du Québec (A.E.S.I.Q.)
Canadian Independent Adjusters Association (C.I.A.A.)
Association Canadienne des Experts Indépendants (A.C.E.I.)
International Institute of Loss Adjusters Inc.
National Association of Independent Insurance Adjusters (N.A.I.I.A.)



SOIRS & JOURS DE FÊTES / NIGHTS and HOLIDAYS

J.S. Daignault: (514) 631-9380 • C. Fournier: 739-3025 • R.N. MacDonald: 684-0105
R.J. McCormick: 445-6106 • L. Bernier: 762-1247 • M. Ledoux: 384-8523

Succursale STE-FOY Branch Office: M. St-Martin: (418) 656-0122

Succursale TORONTO Branch Office: Carl Smith: (416) 282-2703

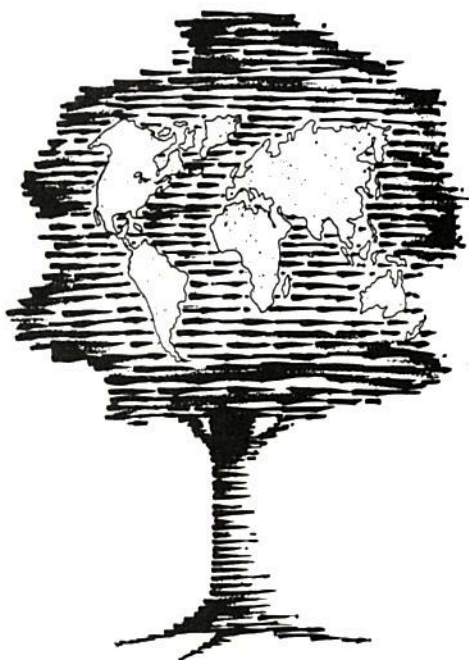


PRUDENTIELLE

La Prudentielle Compagnie d'Assurance Limitée

The Prudential Assurance Company Limited

Siège social canadien : 1155, rue University, Montréal, Qué. H3B 1R7



BEP International **Chef de file canadien**

Depuis plus de 30 ans, BEP International apporte à sa clientèle une expertise reconnue dans l'élaboration de programmes de réassurance traditionnels et innovateurs.

En s'appuyant sur les ressources de ses quatre bureaux situés en Amérique du Nord, notre groupe poursuit son engagement dans le développement de nouveaux produits et dans le mariage des technologies modernes aux formules traditionnelles de réassurance, dimensions essentielles de

la qualité et de l'efficacité du service qui ont contribué à établir sa solide réputation.

BEP International est membre du groupe Sodarcan, lequel se classe parmi les vingt plus importants courtiers d'assurance et de réassurance au monde.



BEP International

Courtiers de réassurance

Martineau Walker

AVOCATS

Goudreau Gage Dubuc & Martineau Walker

AGENTS DE BREVETS ET MARQUES DE COMMERCE

Roger L. Beaulieu, c.r.	Peter R.D. MacKell, c.r.	Guy Gagnon, c.r.	André J. Clermont, c.r.
J. Lambert Toupin, c.r.	Roger Reinhardt	Jean H. Lafleur, c.r.	C. Stephen Cheasley
Hon. Francis Fox, C.P., c.r.	Gérald A. Lacoste	Pierre B. Meunier	Robert M. Skelly
James G. Wright	Maurice A. Forget	Richard Martel	Stephen S. Heller
Roland Forget	Pierrette Rayle	Lawrence P. Yelin	André T. Mécs
Claude Brunet	David L. Cannon	Roger Duval*	Serge Guérette
Jean Lemelin*	Ross J. Rourke*	Louis Bernier	Jean-François Buffoni
Jocelyn H. Leclerc	Wilbrod Claude Décarie	Robert B. Issenman	Marc Nadon
Andrea Francoeur Mécs	Donald M. Hendy	Claude Désy	Paul B. Singer
Dennis P. Griffin	François Rolland	Jean Masson	André Durocher
Gilles Carli	Richard J. Clare	Marie Giguère	Eric M. Maldoff
Xeno C. Martis	Ronald J. McRobie	David Powell	Robert Paré
Richard Lacoursière	Jean G. Morency*	Claude Paré*	Pierre J. Deslauriers
Brigitte Gouin	Daniel Picotte	C. Anne Hood-Metzger	Lise Bertrand
Karl Delwaide	Jacques Rajotte	Patrice Vachon	Michael E. Goldbloom
Mark D. Walker	George Artinian	R. Andrew Ford	George J. Pollack
Robert C. Potvin	Marc-André G. Fabien	Barbara L. Novek	Louis H. Séguin
Marc Généreux	Guy Leblanc*	Pierre Lefebvre	Alain Ranger
Claude Auger	Louise Béchamp	Marie Lafleur	Marilyn Piccini-Roy
Jean-François Gilbert	Louis Roy*	Jean-Pierre Blais	Édith Bonnot
Jacques Dalpé	Dominique Monet	Micheline Perrault	Benoit Turmel
Claudette T. Couture*	Paul Mayer	François Bastien	James Cameron
Sharon Druker	Stéphane Gilker	Carole Gingras	Alain Riendeau
Marie-José Roux-Fauteux	Catherine La Rosa	Ingrid Stefancic*	Benito Aloe
Nathalie Béland	Dougal W. Clark	Claude Marseille	Pierre Setlakwe
Philippe Tremblay*	Isabelle Rondeau	Jean G. Lamothe	Benoit Mandeville
Suzanne Anfousse	Éric Ménard	Brigitte Ramaseder	Nathalie Faucher
Éric Bédard	Michel Boislard	François Lajeunesse	Michel Lalande
Marc Novello	Natalie Pouliot	Monique Archambault	Bernard Bussiès
Odin Larocque	Norbert Haensel	Dimitri Mastrocola	Robert J. Stocks
David W. Rothschild	Pierre Barsalou	François Dell'Aniello	Michiko Hara
Dominique Barsalou	Charles Kazaz	Antoine Turmel	Guy Dion*
Yves Lepage*			

Conseil

George A. Allison, c.r.
Bâtonnier Marcel Cinq-Mars, c.r.

L'Honorable Alan A. Macnaughton, C.P., c.r.
Owen L. Carter, c.r.*

Jean Martineau, C.C., c.r. (1895-1985)
Robert H. E. Walker, c.r. (1912-1988)

Montréal

Tour de la Bourse
Bureau 3400
800, place Victoria
Montréal, Canada
H4Z 1E9
Téléphone (514) 397-7400

*Québec

Immeuble Le Saint-Patrick
Bureau 800
140, Grande Allée Est
Québec, Canada
G1R 5M8
Téléphone (418) 647-2447

Fasken Martineau Davis

Montréal
Québec
Toronto
Vancouver
New Westminster
Londres
Bruxelles

*We meet the growing needs
of insurers and reinsurance brokers*

Innovative strength

Flexible systems



The National
Reinsurance Company of Canada



Depuis plus d'un siècle et demi....

C'est une tradition chez nous de s'adapter aux nouveaux besoins et exigences des Québécois.

Des centaines d'agences font équipe avec la Compagnie d'Assurance du Québec et l'Assurance Royale pour offrir un service professionnel à une clientèle de plus en plus exigeante.

Un service de règlement rapide, fiable et équitable est une autre raison pour laquelle ils nous accordent leur confiance... comme les agents d'antan.

Compagnie d'Assurance du Québec

Associée avec l'Assurance Royale depuis 1961



DE GRANDPRÉ, GODIN

AVOCATS

PIERRE de GRANDPRÉ, C.R.

RENÉ C. ALARY, C.R.

JEAN-JACQUES GAGNON

RICHARD DAVID

J. LUCIEN PERRON

ANDRÉ P. ASSELIN

ALAIN ROBICHAUD

MARIE-CHRISTINE LABERGE

PIERRE CHESNAY

PIERRE LABELLE

JEAN BENOÎT

PIERRE HAMEL

ANDRÉE GOSSELIN

CHRISTIANE ALARY

MARC DÉCARIE

MARC BEAUCHEMIN

ANNIE FORGET

CHANTAL QUINIOU

ELISABETH COLSON

GILLES GODIN, C.R.

ANDRÉ PAQUETTE, C.R.

OLIVIER PRAT

GILLES FAFARD

GABRIEL KORDOVI

PIERRE MERCILLE

BERNARD CORBEIL

JACQUES L. ARCHAMBAULT

YVES POIRIER

FRANÇOIS BEAUCHAMP

DANIEL SÉGUIN

YVAN BRODEUR

DIANE LAJEUNESSE

HÉLÈNE MONDOUX

GUY GILAIN

ANNE BÉLANGER

LOUIS CHARRON

MARIE PEDNEAULT

DANIEL L'AFRICAIN

CONSEIL

MARC DESJARDINS

25^{ÈME} ÉTAGE, TOUR DE LA BOURSE
800 PLACE VICTORIA, CASE POSTALE 108,
MONTREAL, QUÉBEC H4Z 1C2

TÉLÉPHONE : (514) 878-4311
TÉLÉX : 05-25670 MULTILEX MTL
TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-3467

AGENCE DE RÉCLAMATIONS CURTIS INC.

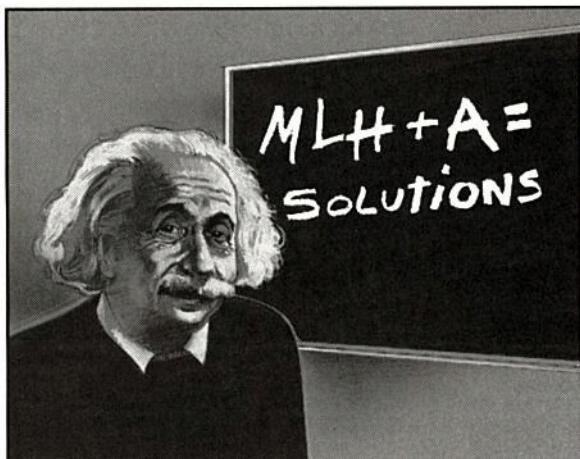
Gilles Lalonde
Jacques Lemarbre
Mario Pedroni

EXPERTISES APRÈS SINISTRES
DE TOUTES NATURES

2340, rue Lucerne
Bureau 9

V.M.R., Montréal
H3R 2J8

Tél.: 341-1820
Fax: 341-1828



**Échangez vos problèmes
contre nos solutions**

Régime de rentes
Assurances collectives
Rémunération
Ressources humaines
Gestion des risques
Communications
Administration de
régimes de rentes



MLH + A
Murray, Le Houllier, Hertzog
actuaire et conseillers

Montréal
(514) 845-6231

Toronto
(416) 486-5460

Québec
(418) 659-4941

Hamilton
(416) 522-8884

Ottawa
(613) 232-9150

Vancouver
(604) 641-1383

MACKENZIE GERVAIS

AVOCATS

Agents de marques de commerce

Place Mercantile, 13^e étage
770, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) Canada H3A 1G1
Téléphone : (514) 842-9831 – Télécopieur : (514) 288-7389

David Mackenzie, c.r.

Tass G. Grivakes, c.r.

I. Edward Blanshay

Lionel J. Blanshay

Luc LaRochelle

Serge Brassard

Peter Richardson

Denis Caron

Robert E. Charbonneau

Helga P. De Pauw

Louis Lemire

Virgile Buffoni

Michael Patry

Carl LaRoche

Ann Soden

André Dufour

Sylvie Bouvette

Rosaire Houde

Mathilde Carrière

Joel Heft

Michael Bantey

Alain Vaclair

Jack Greenstein, c.r.

P. André Gervais, c.r.

Raymond D. LeMoine

Peter C. Casey

Ian B. Taylor

Georges R. Thibaut

Ghislain Brossard, c.a.

Michel A. Brunet

Pierre-André Jodoin

Harold M. White

David P. Williams

Johanne Thomas

Roger P. Simard

M. Cristina Circelli

Pierre M. Gagnon

Élise Dubé

Paul R. Bourassa

Sylvia Pateras

Bruno Duguay

Mark D. Chernin

François Longpré

Jasmine Larichelière

CONSEILS

Daniel O'C. Doheny, c.r.

Charles M. Bédard, II.d.

membre de

Borden ♦ DuMoulin ♦ Howard ♦ Gervais

VANCOUVER CALGARY TORONTO MONTRÉAL

Une association de cabinets d'avocats canadiens

MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET AVOCATS

Michel Marchand	Pierre Magnan	Yves Forget
Paul A. Melançon	Bertrand Paiement	Serge Boucher
Yves Tourangeau	Alain Falardeau	Francis C. Meagher
François Shanks	Jacqueline Bissonnette	Maria De Michele
Martine Bazinet	Jean-François Desilets	Marie-Claude Thibault
Lyne Beauchamp	Annamaria Mongillo	François Haché
Christian Reid	François Cossette	

Agents de marques de commerce

CONSEIL: LE BÂTONNIER YVON JASMIN, c.r.

**600, rue de La Gauchetière Ouest
Bureau 1640
Montréal (Québec)
H3B 4L8**

Téléphone: (514) 393-1155

Télécopieur: (514) 861-0727

Adresse télégraphique: «Sajelex»

B E A **LE BUREAU D'EXPERTISES DES** **ASSUREURS LTÉE**

EXPERTS EN SINISTRES DE TOUTES NATURES
SUCCURSALES À TRAVERS LE CANADA

Président : S.M. LaPalme

Vice-président directeur - Exploitation : L.G. Burns

Vice-président directeur - Finances & Adm. : Y. Langlois

BUREAUX DIVISIONNAIRES

Atlantique — Halifax — J.W. Egery (902) 423-9287
Est du Québec — Québec — G.-A. Fleury (418) 651-3525
Ouest du Québec — Montréal — C. Chantal (514) 735-3561
Est de l'Ontario — Ottawa — R. Leduc (613) 725-2967
Ouest de l'Ontario — Toronto — W.B. Gillies (416) 598-3722
Prairies — Calgary — W.A. Tibbs (403) 263-6040
Pacifique — Vancouver — J.E. Vallance (604) 684-1581
Centre d'Estimation — Montréal — Geo. W. MacDonald
(514) 735-3561

Siège Social — Montréal — André Mancini,

Vice-président — Marketing (514) 735-3561

Siège social : 4300, rue Jean-Talon ouest, Montréal H4P 1W3

Téléphone : (514) 735-3561 - Télécopieur : (514) 735-8439

STONE & COX LIMITED

CANADIAN INSURANCE PUBLISHERS

TABLES D'ASSURANCE-VIE, STONE & COX

Edition Français-Anglais pour les Courtiers d'assurance-vie - les 60 premières compagnies.

GENERAL INSURANCE REGISTER

Un ouvrage de référence avec profils des compagnies au Canada; un supplément financier; courtiers d'assurances générales; experts en sinistres; firmes d'experts-conseil.

BLUE CHART REPORT

Les proportions d'accomplissement pour les compagnies d'assurance de biens et de risques divers.

L'ANNUAIRE BRUN

Résultats techniques des compagnies d'assurance générales par classées.

CANADIAN INSURANCE LAW SERVICE

Statute & Bulletin service covering many Acts affecting the insurance industry. Quebec, New Brunswick and Federal volumes are bilingual.

111 PETER STREET, SUITE 202, TORONTO, ONTARIO M5V 2H1



LA

FEDERATION

COMPAGNIE D'ASSURANCES DU CANADA

Siège social:

**1080, Côte du Beaver Hall
Vingtième étage
Montréal H2Z 1S8**

Bureau régional:

**5300, boul. des Galeries, bureau 125
Québec (Québec) G2K 2A2**

**Au service des
compagnies
d'assurance-vie
canadiennes
depuis 1960**

Compagnie
Canadienne
de Réassurance



1010, Sherbrooke Ouest
Bureau 1707
Montréal (Québec)
H3A 2R7

Tel.: (514) 288-3134
Fax: (514) 288-8808

Alphonse Lepage,
Président

DALE-PARIZEAU

Professionnalisme et excellence en courtage d'assurance

Le groupe Dale-Parizeau possède une expérience de plus de 125 ans dans le domaine de l'assurance et se classe parmi les grands courtiers nord-américains. Son personnel qualifié, son réseau national ainsi que ses associations au niveau international permettent à Dale-Parizeau de répondre aux besoins diversifiés et changeants de sa clientèle et ce, dans toutes les classes d'assurance.



Dale-Parizeau inc. **courtiers d'assurances**

Montréal (514) 282-1112 • Toronto (416) 591-2500 • Vancouver (604) 681-0121

Prenez conseil de votre courtier, Dale-Parizeau

Membre du groupe Sodarcan

DESJARDINS DUCHARME

AVOCATS

Pierre Bourque, c.r.
Claude Bédard
Denis St-Onge
Gérard Coulombe
Louis Payette
Robert J. Phénix
Michel McMillan
Danièle Mayrand
Michel Legendre
Madeleine Leduc
Gilles Leclerc
Suzanne Courteau
Gilbert Poliquin
René R. Poitras
Dominique Fortin
Nicolas Dion
Char.tal Fafard
Erik Bellavance
Louise Chamberland
Sophie Marquis

Jean-Paul Zigby
Pierre-G. Rioux
C. François Couture
André Loranger
Michel Benoit
Serge R. Tison
Pierre Legault
Victor Marcoux
Jean-François Munn
Gilles E. Bujold
Benoît Emery
Claude Bérard
André Vautour
Johanne Bérubé
Jean-Marc Brodeur
Patricia Seguin
Richard Comtois
Erik Robichaud
Gérald N. Apostolatos
Sonia Paradis

Alain Lortie
Daniel Bellemare
Jacques Paquin
Jean-Maurice Saulnier
Roger Page, c.r.
Luc Bigaouette
Armando Aznar
François Garneau
Louise Lalonde
Christiane Brizard
Joanne Biron
Marie-Josée Bélainsky
Michèle Beauchamp
Lucia Bourbonnais
François Renaud
Sylvie Préfontaine
Joëlle Boisvert
Sylvie Lambert
Marisa Giannetti

Michel Roy
Réjean Lizotte
Marc A. Léonard
Anne-Marie Lizotte
André Wery
Paul R. Granda
Paul Marcotte
Sylvain Lussier
Marie St-Pierre
Lucille Dubé
Eugène Czolij
Daniel Majeau
Jean Leduc
Marc Beauchemin
Éliane-Marie Gaulin
Monique D'Amours
Chantal Roy
Lucie Letendre
Benoît Pepin

Le Bâtonnier Claude Tellier, c.r.

Conseils

Guy Desjardins, c.r.

Charles J. Gélinas, c.r.

Georges Emery, c.r.

Claude Ducharme, c.r.

André E. Gadbois, c.r.

Richard Minceau

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE

600, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST, BUREAU 2400
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4L8

TÉLÉPHONE : (514) 878-9411

TÉLEX : 05-25202 «PREMONT» TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-9092

AFFILIÉ À :

TORY, TORY, DESLAURIERS & BINNINGTON • TORONTO
LAWSON, LUNDELL, LAWSON & MCINTOSH • VANCOUVER

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE :
TORY DUCHARME LAWSON LUNDELL • LONDRES



L'Union Canadienne
Compagnie d'assurances
L'Union Canadienne
Compagnie d'assurances
L'Union Canadienne
Compagnie d'assurances

UNION CANADIENNE
Compagnie d'assurances
Société membre du Groupe UNINDAL

UNION CANADIENNE
L'ÉQUITABLE
COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES

ENTREPRISE UNIFIÉE

ENTITÉ AGRANDIE

NOUVEAUX ATOUTS DE TAILLE

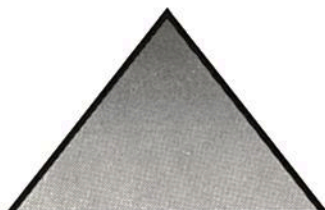
POUR UN MEILLEUR SERVICE

UNINDAL Inc.

Siège social, Sillery (Québec)

Société de portefeuille détenue par

L'Industrielle-Alliance Compagnie d'Assurance sur la Vie
et Les Mutuelles du Mans Canada Inc.



LE TRUST GÉNÉRAL

MET DU SUCCÈS

DANS VOS AFFAIRES

- Services d'épargne**
- Services financiers**
 - Dépôts garantis, REÉR
 - Rentes, FERR
- Fonds de placements**
- Services de placement**
 - Gestion privée de placement
 - Garde privée de valeurs
 - Administration de tutelles et de curatelles
- Services d'exécution testamentaire**
 - Planification testamentaire
 - Règlement de successions
 - Administration de successions et de fiducies
- Services de financement**
 - Prêts hypothécaires
 - Prêts personnels
 - Carte de crédit (Or)



TRUST GÉNÉRAL

**GAGNÉ, LETARTE
SIROIS, BEAUDET**

A V O C A T S

**LE DROIT DES ASSURANCES,
LE LITIGE,
UNE SPÉCIALITÉ, UNE ÉQUIPE**

**JEAN H. GAGNÉ, C.R.
GRATIEN BOILY
BENOÎT MAILLOUX
MARC WATTERS
MICHEL HÉROUX
SERGE BELLEAU
MICHELINE LECLERC**

**79, BOUL. ST-CYRILLE EST, BUREAU 400
QUÉBEC (QUÉBEC) CANADA G1R 5N5
TÉLÉPHONE: (418) 522-7900**

**TÉLÉCOPIEUR: (418) 523-7900
TÉLEX: 051-3948 «GATLOB»**

PAGÉ, DUCHESNE, DESMARAIS & PICARD

**Avocats
Barristers and Solicitors**

**Robert Pagé, C.R.
Michel P. Desmarais, LL.L.
Michel Garceau, LL.L.
Philippe Pagé, LL.L.
Pierre Boulanger, LL.L.
Georges Pagé, LL.L.
Yves St-Arnaud, LL.L.**

**Jean Duchesne, C.R.
Paul Picard, LL.L.
André Pasquin, LL.L.
Pierre Viens, LL.L.
Jean Rivard, LL.L.
Pascal Parent, LL.L.**

**ÉDIFICE BANQUE NATIONALE 500 PLACE D'ARMES MONTRÉAL H2Y 2W2
TÉL. (514) 845-5171**

L'ASSUREUR DIFFÉRENT

EFFICACITÉ

COURTOISIE

SOUPLESSE

Pour votre assurance automobile,
résidence et biens personnels.



La Capitale

Compagnie d'assurance générale

Membre du Groupe MFQ

Baie-Comeau, Beauport, Boucherville, Brossard, Charlesbourg,
Chicoutimi, Granby, Hull, Laval, Lévis, Montréal, Pointe-Claire,
Québec, Rimouski, Rouyn-Noranda, Saint-Georges, Sainte-Foy,
Sept-Iles, Sherbrooke, Tracy, Trois-Rivières.

Assureur officiel du



MC MASTER MEIGHEN
AVOCATS

630 ouest. boul. René-Lévesque
Suite 700
Montréal (Québec) H3B 4H7
Canada

Tél. : (514) 879-1212
Télex : 05-268637 «CAMMERALL
MTL»
Télécopieur : (514) 878-0605

A. Stuart Hyndman. c.r.
Alex K. Paterson, o.c., c.r.
William E. Stavert
Jacques Brien
Hubert Senécal
Alexis P. Bergeron
Norman A. Saibil
Daniel Ayotte
Jon H. Scott
Michel A. Pinsonnault
Diane Quenneville
Benoît M. Provost
Thomas M. Davis
Yves A. Dubois
Nancy G. Cleman
Richard R. Provost
Robert J. Torralbo
Pierre B. Côté
Jacques Gauthier
P. Stuart Iversen
Peter G. Pamel
H. John Godber
Douglas C. Mitchell
Nicole Mohr
Chantal Bêïque
Valérie Beaudin
Catherine Rakush

Thomas C. Camp. c.r.
Richard J. Riendeau. c.r.
R. Jamie Plant
Colin K. Irving
Thimothy R. Carsley
Sean J. Harrington
Brian M. Schneiderman
Pierre Flageole
Richard W. Shannon
Elizabeth A. Mitchell
P. Jeremy Bolger
Philippe C. Vachon
Marc Duchesne
Nicholas J. Spillane
Charles P. Marquette
Janet Casey
Pierre Trudeau
Jean Daigle
André Royer
François Morin
Vincent Gallo
Yvan Houle
John G. Murphy
Luc Béliveau
Robert D. Campbell
Serge Bourassa

CONSEIL

Maurice D. Godbout, c.r.

Affiliés à Fraser & Beatty
Toronto North York
Ottawa Vancouver
Hong Kong

ASSURANCES

*Revue trimestrielle consacrée à l'étude
théorique et pratique de l'assurance au Canada*

Un abonnement utile

Depuis 1932, la revue *Assurances* continue à suivre l'évolution de l'assurance au Canada. Elle aborde, sous l'angle théorique ou pratique, tous les aspects reliés à l'assurance et à ses techniques, y compris ceux reliés à la distribution de l'assurance. Elle s'intéresse également au droit, à l'économie, à la finance, à l'immobilier et aux valeurs mobilières et suit de près les nouvelles orientations, comme le décloisonnement des institutions financières et des intermédiaires, la réforme du Code civil et l'internationalisation des marchés financiers.

La revue *Assurances* : un abonnement utile. C'est pourquoi nous vous invitons à vous abonner à l'aide du coupon ci-joint. Nous serons heureux de vous compter parmi nos lecteurs assidus.

Si vous êtes déjà abonné à la revue *Assurances*, vous pourrez trouver opportun d'adresser des abonnements additionnels à d'autres membres de votre personnel.

Grâce à nos prestigieux collaborateurs et à nos fidèles annonceurs, la revue *Assurances* constitue, à un prix très abordable, une source documentaire essentielle à la compréhension de l'assurance.

A very useful tool

Assurances, which has been keeping abreast of the progress in the field of insurance since 1932, examines subjects on the theory and practice of insurance, as well as areas and activities related thereto, including the distributing of insurance products. It also contains articles on law, economics, finance, real estate and securities, among others, and closely follows new trends, namely the deregulation of financial institutions and intermediaries, the reform of the Civil Code and the globalization of financial markets.

Assurances can therefore be considered a very useful tool. To subscribe, simply fill out the attached subscription form. We look forward to having you among our faithful readership.

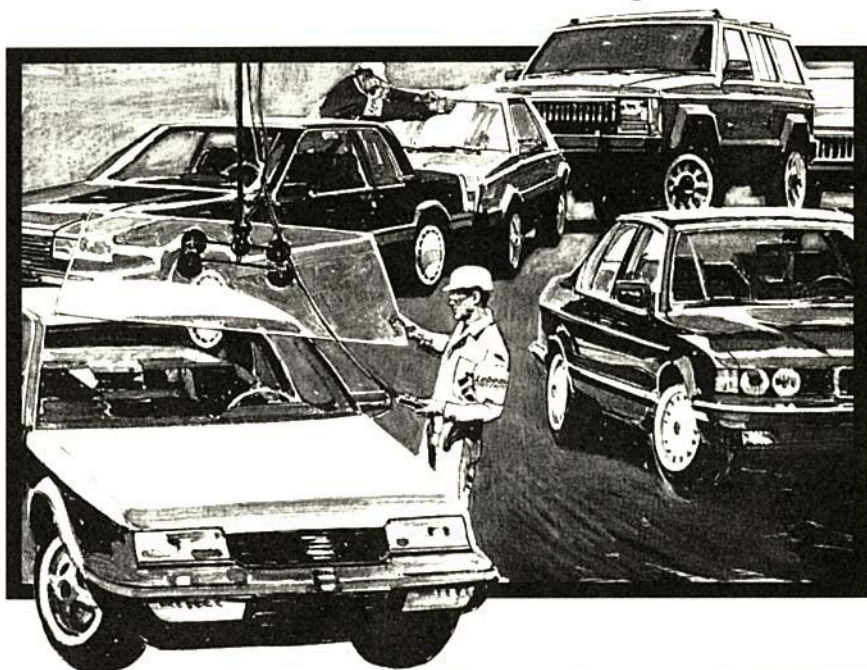
If you already subscribe to our journal, you may wish to obtain additional subscriptions for other management staff and personnel in your company.

Thanks to our renowned collaborators and faithful advertisers, *Assurances*, which is available at a reasonable price, has become an important source of information essential to understanding insurance.

LA DIRECTION

THE MANAGEMENT

Chez Lebeau on remplace les pare-brise selon les normes de sécurité du fabricant d'origine !



Un remplacement non-conforme
affaiblit l'armature du toit du
véhicule, réduisant ainsi la sécurité
des occupants lors d'impacts.
La vie de vos assurés, c'est
important !



L'installation de nos pare-brise est
garantie aussi longtemps que votre
assuré est propriétaire du véhicule.

Plus de soixante succursales à votre service.

Lebeau
VITRES D'AUTOS

DIVISION D'AUTOSTOCK INC.

Sodarcanc

notre société offre des produits et des services financiers diversifiés

*le plus important groupe de
courtage d'assurance à propriété
canadienne*

*le chef de file canadien de
l'industrie de courtage de
réassurance*

*l'une des dix plus importantes
firmes d'actuaaires et de
consultants au Canada*

*la seule compagnie de
réassurance à propriété
canadienne souscrivant la
réassurance générale et vie*

Dale-Parizeau inc.
courtage d'assurance

BEP International inc.
courtage de réassurance

MLH + A inc.
*actuariat-conseil
et consultation*

La Nationale,
*Compagnie de Réassurance
du Canada
souscription*



Sodarcanc inc.