

# Assurances

---

Revue trimestrielle

Octobre 1992 - N° 3

*Économie et assurance*  
*Rôle de l'intermédiaire*  
*Études en matière de sinistres*

Insurance Economics

Le rôle de l'agent et du courtier d'assurance

Claims Audit

L'indemnisation du stress au travail

Finite Insurance

La normalisation comptable canadienne

La fiducie foncière

Les chroniques

Index de la Revue



## UNE NOUVELLE FORCE EN MOUVEMENT

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



Assurance-vie  
Desjardins

IL EST L'EMBLÈME DE NOTRE MISSION: HÉRITIERS DES RESSOURCES DE DEUX GRANDES ENTREPRISES, NOUS SOMMES INVESTIS DE LA RESPONSABILITÉ DE TRADUIRE, DANS L'INDUSTRIE DES ASSURANCES DE PERSONNES, LA VOLONTÉ D'EXCELLENCE ET LA TRADITION DE SERVICE DU MOUVEMENT DESJARDINS, AU SEIN DU RÉSEAU COMME À L'EXTÉRIEUR.



Desjardins

L'incroyable force de la coopération.

# Assurances

---

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



La revue *Assurances* est la propriété de Sodarcac inc.  
1140, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec) H3A 3H1

**Fondateur de la Revue et membre d'honneur du Comité**  
Monsieur Gérard Parizeau

**Membres du Comité de la Revue**

Gilles Cantin, Christian N. Dumais, Gérald Laberge, Murielle Laramée, Didier Lluelles, Louise Ménard, Denis Moffet, Rémi Moreau, Josée Plamondon, Christopher J. Robey, Louis Rochette et Angus H. Ross.

**Directeur et secrétaire de la rédaction**

M<sup>r</sup> Rémi Moreau

**Secrétaire de l'administration**

M<sup>me</sup> Murielle Laramée

**Administration**

1140, boul. de Maisonneuve O.

Bureau 701

Montréal (Québec)

H3A 3H1

Téléphone : (514) 288-0100

Télécopieur : (514) 282-1364

**Prix au Canada**

L'abonnement 35 \$ — Le numéro 15 \$

**Prix à l'étranger**

L'abonnement 42 \$ — Le numéro 17 \$

**Les articles sont répertoriés dans :**

*Index à la documentation juridique au Canada*

*Index de périodiques canadiens*

*Index to Canadian Legal Periodical Literature*

*Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec*

*Insurance Journal Index*

*Insurance Periodicals Index*

*Point de repère*

**Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.**

© Tous droits de reproduction et de traduction réservés — Canada 1992 — par Sodarcac inc. On ne peut reproduire, enregistrer ou diffuser aucune partie de cette publication sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation du directeur.

Dépôt légal

ISSN 0004-6027

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

**Envoi poste publication    Enregistrement n° 1638    Port payé à Montréal**

# Assurances

60<sup>e</sup> année

octobre 1992

N° 3

## INSURANCE ECONOMICS

by Georges Dionne and Scott E. Harrington ..... 369

## LE RÔLE DE L'AGENT ET DU COURTIER D'ASSURANCE

par André J. Clermont ..... 399

## CLAIMS AUDIT

by Kevin M. Quinly ..... 425

## L'INDEMNISATION DU STRESS AU TRAVAIL

par Katherine Lippel ..... 441

## FINITE INSURANCE

by Douglas H. Hartman ..... 469

## LA NORMALISATION COMPTABLE CANADIENNE

par Yves-Aubert Côté ..... 475

## LA FIDUCIE FONCIÈRE

par Rémi Moreau ..... 489

## LES CHRONIQUES :

REINSURANCE DIALOGUE, by David E. Wilmot ..... 507

The Reinsurer's Role in The Market

FAITS D'ACTUALITÉ, par R. M. .... 517

Mesures fiscales proposées en assurance-vie au Canada. Règles à l'égard des dossiers médicaux informatisés. Adoption de trois lois fédérales sur les institutions financières. Loi modifiant la *Loi sur les cités et villes* et le *Code municipal*. Les vols ont augmenté de 39 % depuis 1974. Les résultats de la Société d'assurance automobile. Le Sommet de la Terre tenu à Rio en juin 1992. « L'assurance-maladie : de l'État au marché privé ». Les résultats du premier trimestre de l'année 1992. Le déficit de Lloyd's de Londres, pour l'exercice 1989. Entente de fusion entre les deux instituts d'assurance. La RIO réclame 10 millions de dollars aux assureurs de Lavalin. Un service d'assistance téléphonique instauré par la SAAQ. La discrimination basée sur le taux d'assurance devant la Cour suprême

du Canada. Le devoir d'avertissement des dangers de la cigarette devant la Cour suprême des États-Unis. Le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières. Les taxes du contrat d'assurance : régime d'exception. L'assurance responsabilité des opérateurs de bungy. L'ouragan *Andrew*.

#### CHRONIQUE ACTUARIELLE,

par divers collaborateurs de MLH + A inc. .... 527

Régime de retraite : la levée du moratoire québécois sur les surplus pourrait avoir lieu dès l'automne.

#### CHRONIQUE JURIDIQUE, par Rémi Moreau ..... 531

Un exemple non probant d'aggravation de risque. L'expression « *et/ou* ». Le droit de l'assureur de consulter les dossiers médicaux. La subrogation légale et le cas du créancier hypothécaire. Une fausse déclaration interprétée strictement. L'Hôpital Le Gardeur finalement non responsable. Pollution : deux jugements américains récents.

#### DOCUMENT, ..... 539

Un agent d'assurance dans l'oeuvre de Balzac - Extraits de *l'Illustre Gaudissart*.

#### INDEX DES AUTEURS DE LA REVUE ASSURANCES (1990 - 1992),

par Josée Plamondon et Odette Lavoie ..... 549

## Insurance Economics

by

Georges Dionne

and

Scott E. Harrington\*

*Grâce à l'aimable autorisation des auteurs et éditeurs, nous sommes heureux d'offrir aux lecteurs les introductions extraites de deux ouvrages, parus conjointement, sur l'économie et l'assurance. Le premier ouvrage, « Contributions to Insurance Economics », regroupe des textes de recherches et des essais préparés par divers collaborateurs. Le professeur Dionne le décrit ainsi : « The purpose of this book is to fill this gap in literature... The contributions offer basic reference, new material and teaching supplement to graduate students and researchers in economics, finance and insurance. »*

369

*Le deuxième ouvrage, « Foundations of Insurance Economics » collige également les recherches de divers collaborateurs sur la notion de risque, la demande d'assurance, les structures de marché, la tarification, la réglementation et autres aspects.*



### Contributions to Insurance Economics\*\*

In the Arrow-Debreu economy, different market arrangements are introduced to obtain efficient risk shifting. The role of insurance is to transfer individual risks to parties with comparative advantage in risk bearing. For example, risk-averse

---

\* Georges Dionne est professeur titulaire au département des Sciences économiques et chercheur associé au Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal. Scott E. Harrington est professeur de finance à l'Université de la Caroline du Sud.

\*\* Introduction - *Contributions to Insurance Economics*, Edited by Georges Dionne, Kluwer Academic Publishers, 1992.

---

individuals pay a fixed price to a more diversified insurer who offers to bear the risk at that price. Under well known assumptions of basic insurance models, an equilibrium is characterized by full insurance coverage. The two standard theorems of welfare economics hold and market prices of insurance are equal to social opportunity costs.

370 However, risk is not completely shifted in any market. The contributions published in this book discuss many of the reasons that explain incomplete insurance coverage. C. Gollier's article is concerned with transaction costs and insurers' risk aversion. Coinsurance is explained by either insurers' risk aversion or convexity of transaction costs. Transaction costs are also shown to be a motivation for deductibles. The role of the technical constraint that coverage must be nonnegative is also discussed. Another assumption in the standard models of optimum insurance concerns the implicit agreement of both parties on the probabilities of loss. J.M. Marshall relaxes that assumption and considers the case where the insured is more optimistic than the insurer. The results are functions of how *optimism* is defined. When optimism is defined broadly, the optimum risk bearing contracts can have almost any form and may not resemble insurance contracts. However, under a condition that restricts disagreement, the optimum contracts are insurance arrangements.

Externalities between individuals' losses are sufficient to justify the emergence of liability rules for injuries caused to third parties and risk aversion can explain the presence of liability insurance. P. Danzon and S. Harrington introduce the literature on the demand for and the supply of liability insurance. Emphasis is put on the relationships between liability law, liability insurance, and risk reduction. Asymmetric information on individuals' actions that affect other parties' welfare results in a tradeoff between care and risk bearing in liability insurance as in any form of insurance contracts. R. Winter synthesizes and extends the general theory of optimal insurance under moral hazard. He distinguishes ex-ante moral hazard on the probability of an accident from ex-ante moral hazard on the size of the loss.

The distinction generates predictions as to when deductibles, coinsurance, and coverage limits are observed. Moral hazard, however, does not only affect the nature of insurance contracts but also alters the positive and normative properties of competitive equilibrium. R. Arnott shows how moral hazard may give rise to nonconvex indifference curves, for example, and may alter the definition of competitive equilibrium. At one extreme, competitive equilibrium may not exist, while, at the other, there may be an infinity of equilibria. With moral hazard, neither the first nor the second theorem of welfare economics holds, and market prices do not correspond to social opportunity costs.

371

From the above theoretical contributions, we retain that insurance is not only an income transfer between different agents in the economy. Under moral hazard, it is predicted that insurance alters incentives for care. This prediction is empirically investigated by four papers in this volume. Moore and Viscusi analyze the net effect of job safety insurance programs where, on one hand, there are positive incentives for safety when the costs of the program are tied to the firm's safety records and, on the other hand, there are disincentives to maintain both safety (ex-ante moral hazard) and recovery periods (ex-post moral hazard) at levels corresponding to full information. From their data set, they found that net workers' compensation insurance provides incentives for safety to firms that outweigh the moral hazard effects. They also obtained that the insurance provided to workers on unsafe jobs reduces the net compensation paid to these workers.

The other three empirical contributions on moral hazard investigate the effects of no-fault automobile insurance. The main finding of D. Cummins and M. Weiss is that no-fault insurance induces drivers to shift property claims from property damage liability coverage into collision coverage. However, the effect of no-fault on total claims is less conclusive. Their results were obtained by using data from the United States. M. Gaudry and R. A. Devlin analyze the effects of the introduction of a pure no-fault system for all bodily-injury accidents in Quebec (1978).

---

Although they used different methodologies and data, they obtained similar results concerning the increases of accidents in the new system. However, their interpretations of the results differ. While R. A. Devlin attributes significant variations to the reduction in liability, M. Gaudry argues that very little significance is explained by that factor.

372

Adverse selection is another problem of information that explains partial insurance. G. Dionne and N. Doherty review some of the significant results in the literature. Particularly, they discuss the issues that multi-period contracting raises: time horizon, discounting, commitment of the parties, contract renegotiation, and underreporting of accidents. They also show that different predictions on the evolution of insurer profits over time can be obtained from different assumptions concerning the sharing of information between insurers in competitive markets. Commitment between the parties to the contract is another important factor. The role of risk categorization to improve resource allocation is also discussed and the last section of the paper presents models that consider moral hazard and adverse selection simultaneously. One of the predicted results from the literature on adverse selection is tested by B. Dalhby with data on collision insurance in Canada: if the market is subject to adverse selection, an increase in an insurance policy's premium holding the coverage constant should increase the average claim frequency. He obtains that, in general, the statistical results are consistent with the presence of adverse selection.

In the literature on adverse selection, partial coverage is generally interpreted as a monetary deductible. However, as pointed out by C. Fluet, in many insurance markets the insurance coverage is excluded during a probationary period, which can be interpreted as a sorting device. In fact, he demonstrates that contracts with time-dependent coverage provide a desirable screening mechanism. The presence of adverse selection is also a sufficient condition for risk categorization. In particular, costless imperfect categorization is known to enhance efficiency. However, when categorization entails some costs, the results are ambiguous. S. Rea shows that the gains from separation may be

---

small and the market may give overinvestment in information. The author also obtains that it may be efficient to determine the individual's risk even when neither the insurer nor the insured knows the expected loss ex-ante.

In his survey, D. Cummins reviews the theory of financial pricing of insurance and proposes some extensions that include an option model of the insurance firm and an analysis of insurance company equity as a down-and-out option. By using a model of financial insurance pricing, H. Kunreuther and R. Hogarth show evidence of the importance of ambiguity on the insurance premium setting process. Their analysis is based on recently completed national surveys of both actuaries and underwriters. The paper also explores whether new institutional arrangements are required to replace traditional insurance mechanisms for providing protection that is currently unavailable.

373

The last survey article (Boyer, Dionne, Vanasse) deals with the econometrics of accident distributions with an application of the different models to automobile accidents. The authors have estimated four categorical models (linear probability, probit, logit, and multinomial logit) and four count data models (Poisson and negative binomial models with and without individual characteristics in the regression component). It is shown that the negative binomial model with a regression component produces a reasonable approximation of the true distribution of accidents. In the last section of this article, they apply the statistical results to a model of insurance rating in presence of moral hazard.

The linear expected utility model has been a very useful tool in the study of optimal insurance decisions. Until recently, it was the standard paradigm used to analyze economic behavior under uncertainty. The linearity in probabilities is directly associated with the independence axiom. This axiom has been challenged by many researchers and some of them have proposed alternative models. E. Kami reviews some of the recent developments in the theory of decision making under uncertainty and apply them to the choice of optimal insurance coverage and

---

the associated comparative statics analysis with respect to the insured's risk aversion. The contribution highlights the methodology of local expected utility analysis.

374

However, for many contributors in this volume, the classical expected utility model remains a useful approach for applications in insurance. L. Eeckhoudt and M. Kimball show how the concept of absolute prudence can be useful to derive comparative statics results of optimal insurance in presence of uninsurable background risk. In particular, they show that background independent risk may raise the optimal coinsurance rate and reduce the optimal level of the deductible. Generally, the presence of multiple risks is associated with incomplete markets. B. Ramaswami and T. Roe consider the effect of price risk on the crop insurance decision. They show that increasing demand uncertainty reduces optimal crop insurance whenever risk aversion is constant or decreasing. They also consider the special cases when either output risk or demand uncertainty is the sole cause of price risk. The optimal insurance coverage can also be affected by increases in the risk of the insurable asset. Intuitively, one may anticipate that a risk-averse agent faced with an exogenous mean preserving spread in the loss distribution will demand more insurance. Y. Alarie, G. Dionne and L. Eeckhoudt show that this widespread belief does not always turn out to be true. They then present subclasses of mean preserving increases in risk that make it possible to obtain intuitively acceptable results and apply their analysis to the coinsurance coverage.

One of the common conclusions of these contributions is the absence of perfect risk shifting in any market. Many limiting elements have been identified and analyzed in different chapters: transaction costs, moral hazard, adverse selection, imperfect information, ambiguity, externalities, deviant beliefs, absence of perfect diversification on the supply side, and nonindependence of individual risks. A next important step in the understanding of the functioning of different markets is to propose a general framework that would integrate these elements. As indicated by some authors, a promising way is the integration of economics and financial models of insurance decisions.

### Foundations of Insurance Economics\*\*\*

Although the prevalence of risk in economic activity has always been recognized (Green, 1984), deterministic models dominated economic explanations of observed phenomena for many years. As a result, the economics of insurance has a relatively short history. In early work that formally introduced risk and uncertainty in economic analysis (von Neumann and Morgenstern, 1947; Friedman and Savage, 1948; Allais, 1953; Arrow, 1953; Debreu, 1953), insurance was viewed either as a contingent good or was discussed in relation to gambling. Before 1960, economic literature was largely void of analyses of the nature of insurance markets or of the economic behavior of individual agents in these markets.

375

During the early 1960s, Kenneth Arrow and Karl Borch published several important articles (Arrow, 1963, 1965; Borch, 1960, 1961, 1962) that can be viewed as the beginning of modern economic analysis of insurance activity. Two of these papers are reprinted in this volume. Arrow was a leader in the development of insurance economics, and more generally, in the development of the economics of uncertainty, information, and communication. Arrow (1965) presented a framework of analysis that explains the role of different institutional arrangements for risk-shifting, such as insurance markets, stock markets, implicit contracts, cost-plus contracts, and futures markets. All of these institutions transfer risk to parties with comparative advantage in risk bearing. In the usual insurance example, risk averse individuals confronted with risk are willing to pay a fixed price to a less risk averse or more diversified insurer who offers to bear the risk at that price. Since both parties agree to the contract, they are both better off.

Risk is seldom completely shifted in any market. Arrow (1963) discussed three of the main reasons that risk shifting is limited: moral hazard, adverse selection, and transaction costs. Arrow (1965) emphasized the problem of moral hazard and

---

\*\*\* Introduction - *Foundations of Insurance Economics*, Edited by Georges Dionne and Scott E. Harrington, Kluwer Academic Publishers, 1992.

suggested that coinsurance arrangements in insurance contracts can be explained by this information problem. Arrow (1963) showed in the absence of moral hazard that full insurance above a deductible is optimal when the premium contains a fixed-percentage loading. He also proved that risk aversion on the part of the insurer is another explanation for coinsurance. Both results were extended by Raviv (1979) and others.

376

Borch (1960, 1961, 1962) also made significant contributions to the theory of optimal insurance. He developed necessary and sufficient conditions for Pareto optimal exchange in risk pooling arrangements. He also showed, in a general framework, how risk aversion affects the optimal coverage (or optimal shares) of participants in the pool. Although his formal analysis was in terms of reinsurance contracts, it was shown by Moffet (1979) that the same result applies for contracts between policyholders and direct insurers. Borch's formulation of risk exchange influenced the development of principal-agent models (Ross, 1973; Holmstrom, 1979), and it has led to many other applications in the insurance literature. More generally, Borch made many contributions to the application of expected utility theory to insurance and influenced the development of portfolio theory and its applicability to the insurance industry. Finally, Borch's contributions established some important links between actuarial science and insurance economics (Loubergé, 1990).

### Outline of this Volume.

The remainder of this introductory essay reviews the main developments of insurance economics subsequent to the pathbreaking work of Arrow and Borch. In the process, the articles included in this volume are introduced. The remaining eight sections include articles on (1) utility, risk, and risk aversion, (2) the demand for insurance, (3) insurance and resource allocation (in which we include Borch, 1962, and Arrow, 1965), (4) moral hazard, (5) adverse selection, (6) insurance market structure and organizational form, (7) insurance pricing, and (8) insurance regulation.

The selection of articles was based on several criteria including the significance of the contribution, the representativeness of the work, and the desire to include empirical as well as theoretical articles. The selection process also considered whether the level of mathematics employed was likely to be accessible to most readers. In a few instances, we showed a slight preference for articles in books that are not as readily available as those published in journals.

For the most part, neither this introductory essay nor the remainder of the volume attempts to cover the wide variety of applications of insurance economics in the areas of health insurance, life insurance and annuities, social insurance, and in the law and economics literature. Instead, we review significant applications and include several articles dealing with property-liability insurance. This approach is at least partially due to our taste (and expertise). However, these articles and our introductory discussion help to illustrate issues, concepts, and methods that are applicable in many areas of insurance.

377

## Demand for Insurance

### Basic Models of Coinsurance and Deductible Choice.

Mossin, (1968) and Smith (1968) proposed a simple model of insurance demand in which a risk averse decision maker has a total wealth ( $Y$ ) equal to  $W - L$  where  $W$  is nonstochastic wealth and  $L$  is an insurable loss. To illustrate this model, first assume that the individual can buy coverage  $\alpha L$  ( $0 \leq \alpha \leq 1$ ) for a premium  $\alpha P$  where  $\alpha$  is the rate of insurance coverage (the coinsurance rate),  $\lambda$  ( $\lambda \geq 1$ ) is the premium loading factor,  $E(L)$  is the expected loss, and  $P \equiv \lambda E(L)$ . It can be shown that the optimal insurance coverage is such that  $0 \leq \alpha^* \leq 1$  for  $P \geq \bar{P} \geq E(L)$  where  $\bar{P} \equiv \bar{\lambda} E(L)$  solves

$$E[U(Y + \alpha^*(L - \bar{\lambda} E(L)))] = EU(Y)$$

and where  $U$  is a von Neumann-Morgenstern utility function ( $U'(*) > 0, U''(*) < 0$ ) and  $EU(Y)$  is the level of utility corresponding to no insurance. Hence, if the premium loading

factor exceeds one but is less than  $\bar{\lambda}$ , partial coverage ( $0 < \alpha^* < 1$ ) is demanded.

When  $\lambda = 1$ ,  $\alpha^*$  is equal to one and the maximum premium that a risk averse individual is willing to pay over and above the actuarially fair value of full insurance is the Arrow-Pratt risk premium ( $\Pi^U$ ). This premium solves

$$U(W - E(L) - \Pi^U) = EU(Y)$$

378 As shown by Pratt (1964), a more risk averse individual with utility  $V$  such that  $V = k(U)$ ,  $k' > 0$ , and  $k'' < 0$  will have a risk premium  $\Pi^V$  greater than  $\Pi^U$ .

Another important result in Mossin (1968) is that insurance coverage is an inferior good if the insured has decreasing absolute risk aversion. Under this assumption, there are two opposite effects on the demand for insurance when the loading factor ( $\lambda$ ) increases: a negative substitution effect and a positive wealth effect. Hoy and Robson (1981) proposed an explicit theoretical condition under which insurance is a Giffen good for the class of constant relative risk aversion functions. More recently, Briys, Dionne, and Eeckhoudt (1989) generalized the Hoy and Robson (1981) analysis and provided a necessary and sufficient condition for insurance not to be a Giffen good. This condition bounds the variation of absolute risk aversion so that the wealth effect is always dominated by the substitution effect. Finally, Alarie, Dionne and Eeckhoudt (1990) present sufficient conditions to obtain the intuitive result that an insured will increase his demand for insurance when a mean preserving increase in risk is introduced in the initial loss distribution.

Another form of partial insurance is a policy with a deductible (Mossin, 1968; Gould 1969; Pashigian, Schkade, and Menefee, 1966; Schlesinger, 1981). For the above model, consider a general indemnity function  $I(L)$  and premium  $P = \lambda \int I(L) dF(L)$  where  $\lambda (> 1)$  is again a proportional loading factor. Then it can be shown under the constraint  $I(L) \geq 0$  for all  $L$ , that for every  $P$ ,

$$I^*(L) = \begin{cases} L - D^* & \text{if } L - D^* \geq 0 \\ 0 & \text{if } L - D^* < 0 \end{cases}$$

where  $D^*$  is the optimal deductible. Since an insured bears some risk with the optimal contract it is reasonable to expect that a more risk averse insured would prefer a policy with a smaller deductible and higher premium. This result was proved by Schlesinger (1981) and Karni (1985). Moreover, under decreasing absolute risk aversion,  $dD^*/dW > 0$  (Mossin, 1968). Also, it is possible to infer the degree of risk aversion of insurance buyers by observing their choices of deductibles (Drèze, 1981). The above results are generated under the assumption that the contract is free of default risk. With insolvency risk the above results do not in general hold but some qualitative results can be obtained with stronger utility assumptions (Doherty and Schlesinger, 1990).

379

#### Self-Insurance and Self-Protection.

Returning to the case of a single random variable  $L$ , market insurance can be analyzed in relation to other risk-mitigation activities. Ehrlich and Becker (1972) introduced the concepts of self-insurance and self-protection. Self-insurance refers to actions ( $y$ ) that reduce the size (severity) of losses (i.e.,  $L'(y) < 0$  with  $L''(y) > 0$ ) while self-protection refers to actions ( $x$ ) that reduce the probability (frequency) of accidents ( $p'(x) < 0$  with  $p''(x) > 0$ ). Ehrlich and Becker gave conditions under which self-insurance and market insurance are substitutes and conditions under which self-protection and market insurance are complements. In both cases, self-protection and self-insurance activities were assumed to be observable by insurers.

While Ehrlich and Becker (1972) focused on the interaction between market insurance and activities involving either self-insurance or self-protection, they did not study in detail interactions between self-insurance and self-protection with and without the existence of market insurance. Boyer and Dionne (1983, 1989) and Chang and Ehrlich (1985) presented

propositions concerning the choices among all three activities. When full insurance is not available, risk aversion affects the optimal choice of self-insurance and self-protection. While it seems intuitive that increased risk aversion should induce a risk averse decision maker to choose a higher level of both activities, Dionne and Eeckhoudt (1985) showed in a model with two states of the world that this is not always the case: more risk averse individuals may undertake less self-protection.

380

#### **Corporate Demand for Insurance.**

Portfolio decisions also have implications for the demand for insurance by corporations. When corporations are owned by shareholders who can reduce their investment risk at low cost through diversification of their own portfolios, risk aversion by owners is insufficient to generate demand for insurance. Specifically, if shareholders can costlessly eliminate the risk of corporate losses in their own portfolio's through portfolio diversification, the purchase of insurance by corporations can only increase shareholder wealth if it increases expected net cash flows by an amount that exceeds any loading in insurance premiums. Mayers and Smith (1982) analyzed the corporate demand for insurance from the perspective of modern finance theory (also see Main, 1982; Mayers and Smith, 1990, and MacMinn, 1990). They discussed how bankruptcy costs; risk aversion by managers, employees, customers, and suppliers; efficiencies in claims administration by insurers; and a number of other factors each can provide an incentive for the purchase of insurance even when shareholders can costlessly eliminate risk through portfolio diversification. In a later study, Mayers and Smith (1987) considered the possible ability of insurance to increase shareholder wealth by mitigating the underinvestment problem that was originally analyzed by Myers (1977).

#### **Insurance and Resource Allocation**

Allais (1953) and Arrow (1953) introduced general equilibrium models of resource allocation in the presence of uncertainty at a meeting on the subject in Paris during 1952. A

year later, Debreu (1953) extended Arrow's (1953) contribution to a general framework of resource allocation under uncertainty. In this framework, physical goods are redefined as functions of states of the world and a consumption plan specifies the quantity of each good consumed in each state. Preferences among consumption plans reflect tastes, subjective beliefs about the likelihoods of states of the world, and attitudes towards risk. However, beliefs and attitudes towards risk do not affect producer behavior since for given contingent prices, there is no uncertainty about the present value of production plans. The existence of a competitive equilibrium that entails a Pareto optimal allocation of goods and services can be demonstrated for this economy.

381

Insurance markets can be viewed as markets for contingent goods. Borch (1962) proposed the first formal model of optimal insurance contracts. He presented a very elegant comparison between a general model of reinsurance and the Arrow-Debreu model with pure contingent goods and contingent prices for every state of the world. As noted earlier, Borch's insurance model can be reinterpreted in terms of standard insurance contracts. Two of his major contributions were to provide conditions for Pareto optimal exchange of risk and to show how risk aversion by insurers can explain partial coverage. Arrow (1963) used the same argument to introduce some element of coinsurance in optimal insurance contracts. Moreover, Arrow (1963) showed that if a risk neutral insurer offers a policy with a premium equal to the expected indemnity plus a proportional loading then the optimal contract provides full coverage of losses above a deductible. These forms of partial insurance limit the possibilities of risk shifting between economic agents (Arrow, 1965).

Raviv (1979) extended these results and showed that a Pareto optimal contract involves both a deductible and coinsurance of losses above the deductible. He also showed that the optimal contract does not have a deductible if the administrative cost of providing insurance does not depend on the amount of coverage. Coinsurance was explained either by

---

insurer risk aversion or convexity of insurer costs. Conditions for an optimal contract with an upper limit of coverage also were presented. All these results were obtained under the constraint that coverage be nonnegative.

382 Kihlstrom and Roth (1982) studied the nature of negotiated insurance contracts in a non-competitive context in which there is bargaining over the amount and price of coverage. They showed that a risk neutral insurer obtains a higher expected income when bargaining against a more risk averse insured and that the competitive equilibrium allocation is not affected by the insured's risk aversion. Many of their results are represented in an Edgeworth Box diagram.

### **Moral Hazard**

The concept of moral hazard was introduced in the economics literature by Arrow (1963), Drèze (1961), and Pauly (1968) (see also Kihlstrom and Pauly, 1971, and Spence and Zechauser, 1971). Two types of moral hazard have been defined according to the timing of an individual's actions in relation to the determination of the state of nature. They can be called *ex ante* and *ex post* moral hazard. In the first case the action is taken before the realization of the state of nature while in the second case the action is taken after.

### **Ex Ante Moral Hazard**

Pauly (1974), Marshall (1976), and Shavell (1979) considered the case in which the occurrence of an accident (or the output of the consumption good) can be observed by the insurer and where neither the insured's actions nor the states of nature are observed. Under this structure of asymmetric information, the provision of insurance reduces (in general) the incentive to take care compared to the case of full information. Thus, there is a trade-off between risk sharing and incentives for care.

Moral hazard may alter the nature of competitive equilibrium by, for example, introducing nonconvexities in

indifference curves. A competitive equilibrium may not exist, and when it does, insurance markets for some risks may fail to exist. More importantly, neither the first nor second theorems of welfare economics hold under moral hazard. Since market prices will not reflect social opportunity costs, theory suggests that governmental intervention in some insurance markets possibly could improve welfare if government has superior information (Arnott and Stiglitz, 1990; Arnott 1990).

Moral hazard also can affect standard analyses of government responses to externalities. An important example involves liability rules and compulsory insurance. With strict liability and risk averse victims and injurers, Shavell (1982) showed with perfect information that both first-party and liability insurance produce an efficient allocation of risk between parties in a model of unilateral accidents (with pecuniary losses only). When insurers cannot observe defendants care, moral hazard results in a trade-off between care and risk sharing (as in the case of first-party coverage). Shavell (1982) noted that if the government has no better information than insurers, its intervention in liability insurance does not improve welfare. This conclusion assumed that defendants were not judgment proof (i.e., they had sufficient assets to fully satisfy a judgment). Otherwise, their incentives to purchase liability insurance are reduced (Keeton and Kwerel, 1984; Shavell, 1986). Under strict liability, Shavell (1986) showed that if insurers cannot observe care, insureds buy partial insurance and the level of care is not optimal. He also showed that making liability insurance compulsory under these conditions need not restore efficient incentives. In fact, compulsory insurance could reduce care, and it is even possible that prohibiting insurance coverage could improve the level of care.

### **Ex Post Moral Hazard**

The second type of moral hazard was first suggested by Spence and Zeckhauser (1971) who showed that an optimal contract between a principal and agent depends on the principal's ability to monitor the state of nature, the ex ante action taken by

---

the agent, and the nature of the accident. The previous discussion of ex ante moral hazard assumed that the principal knew the nature of the accident. Marshall (1976a), Dionne (1984), and Townsend (1979) investigated the case in which the nature of an accident is not perfectly observable by the principal. Townsend (1979) considered the case in which the nature of the accident is known by the agent and verification is costly to the principal. One interpretation of such costly verification is auditing.

384

### Adverse Selection

Adverse selection occurs in insurance markets when information is asymmetric, i.e., when the insurer cannot observe an individual's risk at the time policies are issued and the individual has superior information about his or her risk. Akerloff (1970) proposed that if insurers have imperfect information about differences in risk for prospective insureds, then some insurance markets may fail to exist and others may be inefficient. Studies have analysed the ability of partial insurance coverage, experience rating, and risk categorization to reduce the negative effects of adverse selection.

### Partial Insurance and Sorting

Partial insurance coverage can result from two types of insurance pricing: "price only" policies (Pauly, 1974) and "price-quantity" policies (Rothschild and Stiglitz, 1976; Stiglitz, 1977). In the first case, insurers charge a uniform premium rate per unit of coverage to all applicants. Pauly's model ruled out price-quantity competition by assuming that insurers could not observe the total amount of coverage purchased by a client. In the second case, insurers offer a menu of policies with different prices and quantities so that different risks choose different insurance policies. These pricing strategies have been studied for single vs. multi-period contracts, for competition vs. monopoly, and, when assuming competition, for several different equilibrium concepts.

Dahlby (1983) provided some empirical evidence of adverse selection in the Canadian automobile insurance market.

He suggested that his empirical results were consistent with the WMS model with cross-subsidization between individuals in each class of risk. However, Riley (1983) argued that Dahlby's results were also consistent with Wilson's (1977) anticipatory equilibrium and Riley's (1979) reactive equilibrium. Cross-subsidization is not feasible in either of these models.

### Experience Rating

Experience rating can be viewed as either a substitute or a complement to both risk categorization and sorting contracts with self-selection constraints when adverse selection is present. One polar case is when infinite length contracts yield the same solution as with full information. In this case, *ex ante* risk categorization is useless. The other polar case is when costless risk categorization permits full observation of an individual risk so that information on past experience is irrelevant. While experience rating, risk categorization, and sorting contracts are used simultaneously in most markets, economic analysis to date has considered the three mechanisms independently (see Dionne and Doherty, 1990, for a more detailed review).

Dionne (1983), Dionne and Lasserre (1985), and Cooper and Hayes (1987) extended Stiglitz's monopoly model (1977) to multi-period contracts. Dionne (1983) considered infinite length contracts without discounting while Cooper and Hayes (1987) mainly dealt with a finite horizon model (without discounting). While findings in both cases suggested that experience rating induced sorting or risk disclosure, the analyses differ in many respects. In Dionne (1983), a simple statistical review strategy is proposed along with risk announcement in the first period. The insurer offers a buyer full coverage at the full information price unless the observed average loss is greater than the true expected loss plus a statistical margin of error. Otherwise, full coverage is offered at a premium that includes a penalty. Both elements — announcement of risk and penalties — are necessary to obtain the same solution as with full information. They have the same role as the self-selection constraint and the premium adjustment mechanism of Cooper and Hayes (1987). In their model, the

---

premium adjustment mechanism served to relax the self-selection constraints and to increase the monopolist's profits. Finally, in both articles the monopolist commits to the terms of the contract.

### Risk Categorization

386

In most types of insurance, insurers classify risks using many variables. In auto insurance, for example, evidence indicates that driver age and sex are significantly related to accident probabilities (Dionne and Vanasse, 1988). In particular, evidence suggests that young male drivers (less than age 25) have much higher accident probabilities than the average driver. Since age and sex can be observed at very low cost, competition will force insurers to charge higher premiums to young males. Categorization using particular variables is prohibited in many markets, and the efficiency of categorization is an important policy issue.

Is statistical classification efficient in the presence of asymmetric information and adverse selection? Crocker and Snow (1985, 1986; also see Hoy, 1982, and Rea, 1987, 1990) showed that costless imperfect categorization always enhances efficiency when efficiency is defined as in Harris and Townsend (1981): second-best efficiency given the self-selection constraints imposed by asymmetric information. However, if classification is costly, the efficiency implications were ambiguous. Crocker and Snow (1986) also considered the existence of a balanced-budget tax-subsidy policy that provides private incentives to use risk categorization. With appropriate taxes, they showed that no agent would lose from classification. In their 1986 article, the results were shown using a WMS equilibrium, but a tax system also may sustain an efficient allocation with a Nash equilibrium. Their results can also be applied to a Wilson (1977) anticipatory equilibrium, or to a Riley (1979) reactive equilibrium (see Crocker and Snow, 1985). These results suggest that prohibiting statistical discrimination will impose efficiency losses in insurance markets when

classification is virtually costless (e.g., age and sex classification in auto insurance).

### **Market Structure and Organizational Form**

The seminal study by Joskow (1973) on market structure, conduct, and performance in the U.S. property-liability insurance industry considered market concentration and barriers to entry, estimated returns to scale, analyzed direct writer (exclusive agency/salaried employee) and independent agency (multiple insurer representation) distribution systems, and discussed possible effects of rate regulation on prices and availability of coverage. While written when rate regulation was predominant and when rating bureaus had a greater impact on the market than later in the 1970s and in the 1980s, this study nonetheless provided a basis for later work on a variety of subjects.

387

#### **Concentration, Ease of Entry, and Consumer Search.**

Joskow concluded that market concentration levels were low, especially for the national market, and that significant entry barriers did not exist. He estimated simple models of insurer operating expense ratios and concluded that the industry was characterized by constant returns to scale. He did find, however, that expense ratios were much lower for direct writers than for independent agency insurers. Cummins and VanDerhei (1979) estimated more elaborate models than those employed by Joskow using pooled cross-section and time-series data. Their results again indicated significantly lower expense ratios for direct writers, but they suggested increasing returns to scale throughout the range of output.

While the results of other studies that have estimated cost functions with cross-sectional accounting data also suggest increasing returns to scale (e.g., Doherty, 1981; Johnson, Flanigan, and Weisbart, 1981), the use of accounting data to infer returns to scale is problematic. Among other limitations, available data on insurance company operating expenses aggregate capital (e.g., product and market development)

---

expenditures and current costs. Firm output also cannot be measured accurately. Appel, Worrall, and Butler (1985) analyzed changes in the size distribution of insurers over time. Their results were inconsistent with increasing returns for small insurers over time. Their results were inconsistent with increasing returns for small insurers and thus more in line with evidence on entry and levels of concentration.

388

Joskow argued that differences in operating costs between direct writers and independent agency insurers could not be explained by differences in service. In order to explain why direct writers had not grown more rapidly, he suggested that prior approval rate regulation had discouraged price cuts by direct writers, that difficulty in raising capital and obtaining consumer recognition slowed their expansion, and that it would be costly for independent agency insurers to become direct writers. As a result, he concluded that direct writers behaved as oligopolists subject to short-run capacity constraints and that constrained profit maximization involved selection of risks with lower than average expected claim costs.

Joskow also conjectured that costly consumer search for low prices impeded direct writer growth. Joskow and others (e.g., Kunreuther, Kleindorfer, and Pauly, 1983) have suggested that search for low prices is costly because of differences among insurers in risk selection criteria and because information provided by friends and neighbours that have different risk characteristics may convey little information. In an empirical analysis, Dahlby and West (1986) concluded that premium dispersion in Canadian auto insurance was consistent with a model of costly consumer search. This conclusion was contingent on their argument that risk classification could not account for premium variation. Berger, Kleindorfer, and Kunreuther (1989) modeled word of mouth transmission of price information in auto insurance in conjunction with consumer switch costs.

### Returns to Scale and Underwriting Risk

The previously discussed studies of returns to scale and entry conditions focused primarily on insurer underwriting (risk selection), administrative, and commission expenses. Basic analysis of the relationship between insurer underwriting risk and scale of operations suggests that increasing returns to scale also could be associated with capital costs. If claim costs are not perfectly correlated across insured exposures, the standard deviation of an insurer's average claim cost will decline, *ceteris paribus*, as the number of insured exposures increases (e.g., Houston, 1964; Cummins, 1974; Venezian, 1983). If holding financial capital to reduce insurer default risk is costly (see below), this reduction in risk implies decreasing costs per insured exposure for any given probability of default because the required amount of capital per exposure will decline as the number of exposures increases. Low levels of market concentration and evidence on entry suggest that decreasing capital costs do not produce a large minimum efficient scale relative to market size. Underwriting risk declines at a decreasing rate with increases in scale, and the marginal reduction could be small relative to risk that cannot be reduced by writing more exposures (or by writing coverage in different lines of insurance).

389

Possible efficiency enhancing and anti-competitive aspects of institutional arrangements for pooling information among insurers have been analyzed in a number of studies (e.g., Danzon, 1983; Eisenach, 1985; also see Winter, 1988). Absent mechanisms for pooling data among insurers, claim cost forecasts might be expected to be more accurate for large firms due to their superior information. The costs of ratemaking and of complying with rate regulation also are likely to have a large fixed component. Hence, arrangements for pooling information and data analysis, some of which are made possible by the insurance industry's limited antitrust exemption under federal law and the laws of many states, are likely to reduce these costs and facilitate entry.

### Alternative Organizational Forms.

390 In addition to significant variation in distribution methods, insurance markets generally are characterized by a variety of organizational forms. Most important, mutual organizations commonly have a significant market share. Mayers and Smith (1981) briefly considered the ability of alternative forms of insurance company ownership to minimize the cost of conflicts between owners, policyholders, and managers (also see Fama and Jensen, 1983). Mayers and Smith argued that while mutual organization eliminates owner-policyholder conflict, it can increase the cost of controlling manager-policyholder conflict compared to stock organization. They predicted that mutuals will specialize in lines of insurance where managers have limited discretion to pursue their own interests at the expense of policyholders.

Mayers and Smith (1988) provided further discussion of the ability of stock, mutual, and other organizational forms used in property-liability insurance to control conflict efficiently, and they developed and tested hypotheses concerning product specialization and geographic concentration across ownership types (also see Mayers and Smith, 1986). They obtained some evidence consistent with their predictions, including significant variation in product mix across ownership types. In other analysis, Hansmann (1985) provided detailed discussion of the possible role of mutual ownership in reducing conflicts between owners and policyholders over the level of insurer default risk (also see Garven, 1987). He also considered the possible ability of mutual ownership to facilitate risk selection during the formative years of U.S. insurance markets.

### Insurance Pricing

Economic and financial analysis of insurance pricing has largely focused on two issues: (1) the determinants of long-run equilibrium prices in view of modern financial theory, and (2) the existence and possible causes of temporal volatility in insurance prices and in the availability of coverage that cannot

be explained by changes in expected costs. Both areas have important policy implications.

#### **Determinants of Long-run Equilibrium Prices.**

Using the equilibrium risk-return relation implied by the Capital Asset Pricing Model (CAPM), Biger and Kahane (1978) showed that equilibrium insurance underwriting profit margins (and thus premiums) were a linear function of the riskless rate of interest and the systematic risk (beta) of underwriting in the absence of income taxes. They also provided estimates of underwriting betas using accounting data for different lines of insurance (also see Cummins and Harrington, 1985). Fairley (1979) (also see Hill, 1979, and Hill and Modigliani, 1986) developed a similar model and showed that with income taxes equilibrium premiums also increased with the tax rate and the amount of financial capital invested to support the sale of insurance.

391

Myers and Cohn (1986) criticized the ad hoc approach used by Fairley and others to apply the CAPM to contracts with multiperiod cash flows. They proposed a discounted cash flow model that would leave insurance company owners indifferent between selling policies and operating as an investment company. Key variables affecting equilibrium premiums again included tax rates on investment income, the amount of capital invested, and the required compensation to owners for risk bearing. Kraus and Ross (1982) considered application of arbitrage pricing theory to insurance pricing using both discrete and continuous time models.

The preceding studies either ignored default risk or implicitly assumed unlimited liability for insurance company owners. Doherty and Garven (1986) analyzed long-run equilibrium premiums with limited liability using discrete time options pricing theory under conditions in which stochastic investment returns and claim costs could be valued using risk neutral valuation functions. They used numerical examples to illustrate the effects of changing various parameters. Among

other implications, premiums increased and default risk declined as invested capital increased. Cummins (1988) illustrated the application of continuous time options pricing theory to calculation of risk-based premiums for insurance guaranty funds. Again, numerical examples were used to illustrate the sensitivity of premiums to changes in underlying parameters.

392 An important implication of research on long-run equilibrium prices is that variability in claim costs that cannot be eliminated by insurer diversification raises prices (premium loadings) for any given level of default risk and thus reduces the gains from trade in insurance markets (also see Danzon, 1984, 1985; Doherty and Dionne, 1989). Hence, undiversifiable risk provides a possible explanation of why some risks may be uninsurable in addition to the effects of adverse selection, moral hazard, and insurer sales and administrative costs.

#### **Price Volatility and Underwriting Cycles**

Many lines of insurance appear to be characterized by "soft" markets, in which prices are stable or falling and coverage is readily available, followed by "hard" markets, in which prices rise rapidly and the number of insurers offering coverage for some types of risk declines substantially. Popular wisdom holds that soft and hard markets occur cyclically with a period of about six years. Several studies have provided empirical evidence that reported underwriting and total operating profit margins follow a second-order autoregressive process that is consistent with a cycle (Venezian, 1985; Cummins and Outreville, 1987; Doherty and Kang, 1988; also see Smith, 1989). Interest in this area was stimulated by the liability insurance "crisis" of the mid-1980s, which was characterized by dramatic increases in premiums for many commercial liability risks and by reductions in the availability of coverage.

The traditional view of underwriting cycles by insurance industry analysts emphasizes fluctuations in capacity to write coverage. According to this view, which assumes an inelastic supply of capital, competition drives prices down until capital is

depleted, insurers ultimately constrain supply in order to prevent default, and attendant increases in prices and retained earnings then replenish capital until price-cutting ensues again. Berger (1988) presented a simple model of this scenario that assumed that insurers were unable to add new capital and that pricing decisions were based on beginning of period surplus.

Several studies have questioned the existence of true cycles in prices. Cummins and Outreville (1987) considered whether cycles in reported underwriting results could simply reflect insurer financial reporting procedures in conjunction with information, policy renewal, and regulatory lags. They also provided evidence that reported operating margins follow a cyclical process for many lines of insurance in the United States and other countries. Doherty and Kang (1988) essentially argued that cycles in insurer operating results reflected slow adjustment of premiums to changes in the present value of expected future costs. However, the causes of slow adjustment and the influence of slow adjustment versus charges in costs were not clear in their analysis.

Harrington (1988) analyzed industry financial results surrounding the liability insurance crisis of the mid-1980s and discussed possible causes of the crisis including cyclical effects. This study also provided evidence that rapid premium growth in general liability insurance was associated with upward revisions in insurer loss reserves for prior years' business and rapid growth in reported losses for new business. The results suggested that much of the total growth in premiums during 1980-86 could be explained by growth in expected losses and changes in interest rates (i.e., by determinants of long-run equilibrium premiums). However, premiums grew slower than discounted reported losses during the early 1980s and faster than discounted reported losses during 1985-86, a result that is consistent with cyclical effects.

McGee (1986) suggested that heterogeneous expectations of future claim costs among insurers could lead to price-cutting that characterizes soft markets. Harrington (1988) questioned whether aggressive behavior by firms with little to lose in the

394 event of default could lead to excessive price-cutting. Winter (1988 and 1989) developed a model in which undiversifiable risk and constraints on external capital flows (such as those that might arise from asymmetric information between insurer managers and investors or from income tax treatment of shareholder dividends) and solvency (which could be imposed by regulators or reflect policyholder preferences) could lead to periods of soft markets followed by sharp increases in prices. His model predicts a negative relation between price and capital. He reported (1989) some evidence consistent with this prediction using aggregate industry data prior to the crisis of 1985-86, at which time the relationship became positive.

Volatility in the commercial liability insurance market during the 1980s has led to a number of recent working papers (several of which only contain preliminary analysis and results). Subjects covered include insurer responses to exogenous shocks to capital (Gron, 1989; Cummins and Danzon, 1990), the sensitivity of premiums to interest rates (Doherty and Garven, 1990), the possible effects of regulation (Winter, 1988a; Tennyson, 1989), and possible causes of price-cutting in soft markets (Harrington and Danzon, 1990).

### **Insurance Regulation**

Most economic analyses of regulation of insurance markets have focused on solvency regulation and regulation of premium rates and the availability of coverage. Theoretical work has had both positive and normative aspects. Most empirical work has focused on estimating the effects of regulation.

### **Default Risk and Solvency Regulation**

Solvency regulation in the United States has three major facets: (1) direct controls on certain activities and financial reporting, (2) monitoring of insurer behavior, and (3) a system for paying claims of insolvent insurers (see Harrington and Danzon, 1986, for details). Direct controls include minimum capital requirements and limitations on investment activities. The

principal monitoring system is administered by the National Association of Insurance Commissioners. Guaranty funds exist to pay claims of insolvent property-liability insurers in all states; many states have similar arrangements for other types of insurance. The traditional rationale for solvency regulation is that consumers are unable to monitor the risk of insurer default.

Actuarial literature (see Kastelijn and Remmerswaal, 1986, for a survey) has analyzed default risk as a function of various operating and financial decisions or analyzed decisions necessary to achieve a given probability of default (which generally is presumed to be chosen by regulators or management). Portfolio models of property-liability insurance company behavior (e.g., Michaelsen and Goshay, 1967; Kahane and Nye, 1975; Hammond and Shilling, 1978) have either treated default risk as exogenously determined or subject to insurer choice. Economic factors that could influence this choice have not been the focus of this literature.

More recently, economic analysis of insurer default risk has focused on factors that influence insurer capital decisions under default risk. Building on the work of Borch (e.g., Borch, 1982; also see DeFinetti, 1957), Munch and Smallwood (1982) and Finsinger and Pauly (1984) model insurer default risk assuming that insurers maximize value to shareholders, that demand is inelastic with respect to default risk, and that investing financial capital to support insurance operations is costly. The principal implication is that optimal capital is positively related to the amount of loss that shareholders would suffer if claim costs were to exceed the firm's financial assets. Munch and Smallwood (1982) considered possible loss of goodwill in the event of default; Finsinger and Pauly (1984) assumed that an entry cost would be forfeited that otherwise would allow the firm to continue operating (also see Tapiero, Zuckerman, and Kahane, 1978). If shareholders have nothing to lose, they will not commit any capital. If they are exposed to loss, and if it is assumed that firms cannot add capital after claims are realized, firms will commit some capital ex ante.

396 In an empirical analysis of the effects of solvency regulation using cross-state data, Munch and Smallwood (1980) estimated the impact of minimum capital requirements and other forms of solvency regulation on the number of insurers selling coverage and the number of insolvencies. While subject to significant data limitations, their results provided some evidence that minimum capital requirements reduced insolvencies by reducing the number of small domestic insurers in the market. They also compared characteristics of solvent and insolvent firms and concluded that the results were consistent with selection of default risk to maximize firm value.

Other empirical studies generally have focused on predicting insurer defaults using financial data without closely relating the variables chosen to the theory of default risk (e.g., Pinches and Trieschmann, 1973; Harrington and Nelson, 1986; McDonald, 1988). Not much is presently known about the magnitude of the effects of regulatory monitoring and guaranty funds on default risk.

### Rate Regulation

Regulation of rates, which is used primarily in property-liability insurance, can affect an insurer's average rate level or overall percentage change in its rates during a given period. It also can affect rate differentials between groups of consumers by imposing limits on voluntary or involuntary market rates for particular groups or by restricting risk classification.

Voluntary market rates for most U.S. property-liability lines presently are subject to prior approval regulation in about half of the states. Most states had prior approval regulation during the 1950s and 1960s, and rate regulation was likely to have encouraged insurers to use rates developed by rating bureaus (Joskow, 1973; Harrington, 1984; also see Danzon, 1983). A trend towards deregulation began in the late 1960s and continued until the early 1980s. A number of states reregulated commercial liability insurance rates following the liability insurance crisis of 1985-86. California adopted prior approval

regulation for property-liability insurance with the enactment of Proposition 103 in 1988. Several additional states either have reenacted or are considering reenactment of prior approval regulation.

Most studies of rate regulation have estimated the impact of voluntary market rate regulation in auto insurance on average rate levels for the overall (voluntary and involuntary) market. Major hypotheses have been that regulation raises rates due to capture by industry, that regulation has short-run effects due to regulatory lag, and that regulation persistently reduces rates due to consumer pressure (see Harrington, 1984). Most studies have regressed either the statewide ratio of premiums to losses (or of losses to premiums) on a rate regulation dummy variable and on a variety of control variables. Harrington (1987) used this procedure and maximum likelihood estimation to provide evidence of cross-state variation in the impact of regulation. The results of this and other studies using data from the late 1970s and early 1980s (e.g., Pauly, Kleindorfer, and Kunreuther, 1986; Grabowski, Viscusi, and Evans, 1989) suggested that on average prior approval regulation reduced the ratio of premiums to losses.

Some evidence of variation in the impact of prior approval regulation across states was provided in Harrington (1987) and several other studies, but causes of such variation generally were not addressed. A large amount of anecdotal evidence suggests that substantial regulatory intervention in insurance pricing tends to occur in states where the unregulated cost of coverage would be relatively high, that regulation favors high risk groups, and that exits eventually have occurred in response to restrictive regulation. Pauly, Kleindorfer, and Kunreuther (1986) provided evidence that direct writer market share was significantly lower in states with prior approval regulation. Building on the work of Ippolito (1979), they also provided evidence that restrictive rate regulation was associated with lower operating expenses (and presumably lower quality; also see Braeutigam and Pauly, 1986).

Involuntary markets in auto insurance have been found to be significantly larger in states with prior approval regulation of voluntary market rates (e.g., Ippolito, 1979; Grabowski, Viscusi, and Evans, 1989). Involuntary market rate regulation and state restrictions on risk classification (e.g., unisex rating rules) also will affect involuntary market size (as was implied by Joskow, 1973). The relative effects of these influences and of voluntary market rate regulation would be difficult to sort out. Voluntary and involuntary market regulation of auto liability insurance rates could reduce the number of uninsured drivers by lowering rates to drivers who otherwise would fail to buy coverage (see Kunreuther, Kleindorfer, and Pauly, 1983; Keeton and Kwerel, 1984). If so, the efficiency loss that otherwise would be expected from rate regulation would be mitigated. Not much is known about the magnitude of these effects or the effects of insurance rate regulation on decisions to drive and the frequency and severity of accidents.

## Le rôle de l'agent et du courtier en assurance\*

par

André J. Clermont\*\*

*Courts are placing a greater burden of responsibility on insurance agents and brokers, with respect to potential liability. First, the author discusses the difference between the terms "agent" and "broker" from a legal standpoint, then he analyzes current issues such as the true role of the agent as an intermediary, the "two hat syndrome" of insurance agents and brokers and, lastly, their emerging new duties.*

399



### Problème d'identification : agents vs courtier

Avant d'entrer dans le vif du sujet pour tenter de clarifier quel est, entre l'assuré et l'assureur, celui qui agit comme intermédiaire, il nous semble utile de distinguer auparavant le rôle de l'agent d'assurance et celui du courtier d'assurance et ce, plus particulièrement, au niveau de la souscription des risques.

Plusieurs études exhaustives ont déjà été faites sur la question de la nature du mandat détenu par l'agent et le courtier. En présumant que les notions juridiques de base vous sont connues, nous nous bornerons donc à souligner certains aspects particuliers du rôle de l'agent et du courtier dans le contexte du nouveau droit civil québécois.

Comme vous le savez, le rôle d'agent tout comme celui de courtier d'assurance en tant qu'intermédiaires, puise sa source dans le mandat. Bien que l'ancien article 1701 C.c., ne faisait pas

---

\* Texte abrégé et remanié de l'exposé prononcé par Me André J. Clermont, c.r., lors de la conférence du Canadian Institute qui a eu lieu à Montréal le 27 mai 1992.

\*\* L'auteur est membre et associé du cabinet Martineau, Walker, avocats.

spécifiquement mention du domaine de l'assurance comme tel, cet article a toujours été invoqué pour définir les droits et les obligations de l'agent et du courtier en cas de conflit entre assureur et assuré et même parfois entre assureur, agent et courtier.

L'ancien article 1701 C.c., ou devrions-nous dire « l'actuel » article 1701 C.c., qui sera prochainement remplacé par le nouvel article 2130 C.c.Q., se lit textuellement comme suit:

400

#### Article 1701 C.c. (ancien)

Le mandat est un contrat par lequel une personne, qu'on appelle le mandant, confie la gestion d'une affaire licite à une autre personne qu'on appelle mandataire, et qui, par le fait de son acceptation, s'oblige de l'exécuter.

L'acceptation peut s'inférer des actes du mandataire, et même de son silence en certains cas.

En regard de l'article 1701 C.c., précité, le nouvel article 2130 C.c.Q., se lit de la façon suivante:

#### Article 2130 C.c.Q. (nouveau)

Le mandat est le contrat par lequel une personne, le mandant, donne le pouvoir de la représenter dans l'accomplissement d'un acte juridique avec un tiers, à une autre personne, le mandataire qui, par le fait de son acceptation, s'oblige à l'exercer.

Ce pouvoir et, le cas échéant, l'écrit qui le constate, s'appellent aussi procuration.

Alors que sous l'ancien régime, l'article 1701.1 C.c., précisait que l'objet du mandat pouvait être l'accomplissement de toute espèce d'acte juridique se rapportant aux affaires du mandant, le nouvel article 2130 C.c.Q., semble prendre pour acquis qu'ipso facto, le simple fait par le mandataire d'accepter le mandat, lui confère les mêmes capacités que possède le

mandant et, en quelque sorte, l'investit des mêmes pouvoirs vis-à-vis de l'autre partie contractante.

Ce n'est pas notre intention de faire ici l'étude analytique des conséquences que pourrait avoir ce changement dans la rédaction de ce nouveau texte. Chose certaine, il est à prévoir que les nombreux changements dans les articles que contient le Chapitre Quinzième « Des Assurances » du nouveau Code civil, donneront lieu à d'intéressants débats judiciaires, justement en raison des nouvelles notions introduites par le législateur.

Ceci est d'autant plus vrai que la pertinence de nos références au passé ainsi qu'aux précédents judiciaires (*stare decisis*) pourra toujours être remise en cause justement en raison des différences de textes contenus dans l'ancienne et la nouvelle législation.

401

Pour en revenir au sujet qui nous préoccupe, ce qui importe de retenir est que tant sous l'ancien que sous le nouveau régime, l'agent tout comme le courtier d'assurance puise à l'origine ses pouvoirs dans le mandat qu'il reçoit de son mandant, qu'il soit l'assuré, l'assureur ou les deux à la fois.

« Les deux à la fois » car, en vertu du texte de l'article 1735 C.c., le courtier et l'agent de commerce pouvaient être le mandataire des deux parties et par leurs actes les obliger toutes deux relativement à l'affaire pour laquelle elles les employaient.

Il est intéressant de souligner ici que, sous le nouveau régime qui entrera en vigueur prochainement, tout le chapitre V « Courtiers, facteurs et autres agents de commerce » du titre VIII du « Mandat » est disparu et, pour autant que nous le sachions, l'équivalent comme tel ne se retrouve pas dans le texte du nouveau Code civil.

Cette carence ne devrait cependant pas remettre en question la possibilité pour l'agent et le courtier de représenter en même temps l'assureur et l'assuré comme cela était le cas auparavant sous l'empire de l'ancien article 1735 C.c.

Il nous apparaît indéniable que ce droit du courtier existe, indépendamment de l'ancien article 1735 C.c., ne serait-ce qu'en vertu des dispositions de la *Loi sur les intermédiaires de marchés*<sup>1</sup>.

402

Au sujet de cette loi, qui est relativement récente, nous croyons très important d'ouvrir ici une parenthèse pour souligner un élément nouveau qui vient modifier certains concepts que nous avons jusqu'ici sur le rôle de l'agent par rapport à celui du courtier. Dans un but manifeste de clarification d'une situation ambiguë où le commun des mortels et même les spécialistes en la matière utilisaient sans distinction les termes « agent d'assurance » et « courtier d'assurance », le législateur dans l'article de la *Loi sur les intermédiaires de marchés*, précise de façon l'on ne peut plus claire, ce que signifient maintenant ces deux expressions. Voyons ces définitions :

« *Agent en assurance* » : La personne qui offre directement au public des produits d'assurance de personnes ou de dommages *pour le compte d'un seul assureur ou qui est lié par contrat d'exclusivité à un assureur* ;

« *Courtier en assurance* » : La personne qui offre directement au public ou à d'autres intermédiaires de marchés en assurance des produits d'assurance de personnes ou de dommages *de plus d'un assureur et qui n'est pas liée par contrat d'exclusivité à l'un de ces assureurs*.

(Soulignés de l'auteur)

À la lecture de ces deux définitions, nous réalisons qu'il existe dorénavant une véritable distinction de base entre le rôle de l'agent et celui du courtier et qui n'est pas uniquement une question de sémantique. L'agent représente exclusivement un seul assureur, ce qui n'est pas le cas pour le courtier.

Ceci dit, nous pouvons maintenant prendre pour acquis que, dans le cas de l'agent, celui-ci sera par définition mandataire de

<sup>1</sup>LR.Q. c. 1-15.1.

l'assureur qu'il représente en exclusivité et dont il est le porte-parole, ce qui n'est pas le cas pour le courtier qui peut représenter à la fois plusieurs assureurs à qui il n'est lié par aucun contrat d'exclusivité.

Cependant, ceci n'empêchera pas le courtier d'avoir un mandat spécifique d'un assureur pour négocier, en son nom, la vente d'un de ses produits d'assurance avec comme résultat qu'il deviendra alors l'intermédiaire entre l'éventuel assuré et l'assureur en question.

Pour éviter toute confusion à ce sujet, nous utiliserons sciemment l'ancienne expression bien connue « agent d'assurance » plutôt que celle de « agent en assurance » que tout puriste devrait dans l'avenir apprendre à se servir et également l'expression « courtier d'assurance » plutôt que celle de « courtier en assurance » qui est maintenant officielle en vertu de la loi.

Cependant, dans l'un et l'autre cas, le lecteur devra s'en remettre aux définitions précitées qui donnent à ces deux expressions la signification très précise que leur confère la loi. Pour connaître les devoirs et obligations respectifs de l'agent et du courtier envers le public et leurs clients, le lecteur devra également se référer aux deux décrets pertinents adoptés en vertu de la *Loi sur les intermédiaires de marchés*, à savoir les décrets 1015-91 et 1017-91 du 17 juillet 1991.

Nonobstant tous les changements apportés par l'adoption du texte du nouveau Code civil, l'essentiel de la doctrine sur le sujet des mandats des agents et courtiers d'assurance demeurera inchangé. Il nous apparaît donc superflu d'analyser ici en détail les modifications que nous devrions apporter à notre schéma de pensée sur la notion du mandat ainsi que sur celle de l'agent et du courtier d'assurance. Il faut d'ailleurs souligner que les agents et les courtiers d'assurance continuent évidemment d'être régis par les lois spécifiques qui leur sont applicables telles que la *Loi sur les assurances*<sup>2</sup> ainsi que la *Loi sur les intermédiaires de*

<sup>2</sup>S.R. chapitre A-32.

*marchés*<sup>3</sup>, adoptée le 21 juin 1989 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 1991, laquelle a abrogé et remplacé la *Loi sur les courtiers d'assurances*<sup>4</sup>.

404

De crainte d'être accusé de plagiat en empruntant certaines idées exposées par Mc Nicholl, nous préférons vous référer au texte de son allocution prononcée dans le cadre d'un séminaire organisé par la Faculté de droit de l'Université McGill sous le thème « Le rôle du courtier : nouvelles tendances et responsabilités<sup>5</sup> » dans lequel ce dernier a couvert judicieusement le sujet. Cependant, comme nous l'avons exprimé plus tôt, il faudra maintenant tenir compte de la nouvelle législation qui définit expressément le rôle de l'agent en assurance par rapport au rôle du courtier, pour faire la part des choses, lorsque l'on parlera de l'un et de l'autre intermédiaire de marchés.

Cette étude, qui est bien documentée, distingue le rôle du courtier de celui de l'agent d'assurance lorsque ceux-ci agissent comme « agent double » portant les deux chapeaux à la fois (*the two hat syndrome*), lorsque ceux-ci engagent la responsabilité de leur mandant et lorsque, dans certains cas, ceux-ci se retrouvent l'un face à l'autre à titre d'intermédiaires entre l'assureur et l'assuré.

Tout ceci étant dit, qui a-t-il de vraiment changé sur le plan théorique dans la situation des agents et courtiers d'assurance, telle qu'elle existait auparavant ? À vrai dire, pas grand chose si ce n'est que les notions de base que l'on retrouve au titre des obligations devront être repensées dans le contexte d'un code civil nouveau dont la formulation donnera lieu, il est possible, à une interprétation nouvelle par nos tribunaux. Plus que jamais l'expression *le droit en voie de se faire* sera d'actualité et il faut s'attendre à ce que la mise en vigueur du nouveau Code civil du Québec, qu'on le veuille ou non, générera de multiples problèmes d'application de règles de droit non encore éprouvées

<sup>3</sup>S.R. chapitre 1-15.1, voir article 250.

<sup>4</sup>S.R. chapitre C-74.

<sup>5</sup>Cf. *Assurances*, 56<sup>e</sup> année, Montréal, juillet 1988, N° 2, p. 221.

par l'expérience du temps. Une nouvelle jurisprudence, pas nécessairement inspirée de l'ancienne, naîtra certainement au cours des prochaines années. Le moins que l'on puisse dire est que nous sommes à l'aube d'une ère nouvelle.

Sur le plan pratique, nous sommes d'avis que depuis un certain temps déjà nos tribunaux ont donné des signaux « clairs, précis et concordants » à tous les membres de l'industrie de l'assurance à l'effet que les assureurs ne peuvent plus espérer trouver d'échappatoires à leurs obligations contractuelles à moins de situations qui leur sont totalement favorables. Un bon exemple de ce virage idéologique survenu au début des années '80 se retrouve dans les jugements rendus par la Cour suprême du Canada dans la cause de *Consolidated-Bathurst Export Ltd. c. Mutual Boiler and Machinery Insurance Company*<sup>6</sup> et, quelque temps avant, dans la cause de *Commerce & Industry Insurance Company et al c. West-End Investment Company*<sup>7</sup>.

405

Il ne faudrait pas croire que la disparition dans le Chapitre Quinzième « Des Assurances » du nouveau Code civil de la règle « *contra proferentem* », édictée dans l'ancien article 2499 C.c. de façon expresse pour le contrat d'assurance crée un réel changement à la situation. Cette règle se retrouve maintenant englobée tout simplement dans le texte général traitant de l'interprétation des contrats. Le nouvel article 1432 C.c., contient la même règle d'interprétation favorable à l'assuré dans des mots quelque peu différents, à savoir :

Article 1432 C.c.Q. (nouveau)

Dans le doute, le contrat s'interprète en faveur de celui qui a contracté l'obligation et contre celui qui l'a stipulée. Dans tous les cas, il s'interprète en faveur de l'adhérent ou du consommateur.

<sup>6</sup>[1980], 1 R.C.S., p. 888.

<sup>7</sup>[1977], 2 S.C.R., p. 1036.

Comme vous êtes à même de le constater, il nous faudra un certain temps pour nous familiariser avec la « géographie » du nouveau Code civil, *a priori* un peu déroutante.

Ceci nous amène maintenant à répondre succinctement et ce de façon non exhaustive aux interrogations suivantes :

### Quelques questions toujours d'actualité

#### a) L'agent est-il un simple Intermédiaire?

406

Parler du rôle de l'agent, c'est nécessairement devoir parler du rôle qu'il est appelé à jouer en vertu de son mandat. Il faut donc, *a priori*, établir par qui l'agent est mandaté et la nature du mandat qu'il a ainsi reçu de son mandant.

L'on se souviendra que, dans l'affaire *Fine's Flowers Ltd. c. General Accident Assurance Company of Canada Ltd.*<sup>8</sup>, l'Honorable juge Wilson, J.A., alors de la Cour d'appel de l'Ontario, a fait grand état du rôle de l'agent d'assurance mieux désigné par le juge Haines dans l'affaire *Lahey c. Hartford Fire Insurance Company*<sup>9</sup> comme *the intelligent insurance agent*.

À titre de rappel, nous croyons devoir citer ici un extrait du commentaire fait par l'Honorable juge Wilson nous permettant de mieux saisir le cheminement subséquent de sa pensée et ce après qu'elle soit devenue juge à la Cour suprême du Canada :

The main ground of appeal from the judgment of the learned trial Judge is that he put far too broad and sweeping a duty of insurance agents. They are not insurers. It is not part of their duty to know everything about their clients' businesses so as to be in a position to anticipate every conceivable form of loss to which they might be subject. The agent's duty, counsel submits, is "to exercise a reasonable degree of skill and care to obtain policies in the

<sup>8</sup>[1978], 81 D.L.R. (3d), p. 139.

<sup>9</sup>[1968], 1 O.R., 729, 67 D.L.R. (2d) 506, voir p. 508.

terms bargained for and to service those policies as circumstances might require".

I take no issue with counsel's statement of the scope of the insurance agent's duty except to add that the agent also has a duty to advise his principal if he is unable to obtain the policies bargained for so that his principal may take such further steps to protect himself as he deems desirable. The operative words, however, in counsel's definition of the scope of the agent's duty, are "policies in the terms bargained for".

407

In many instances, an insurance agent will be asked to obtain a specific type of coverage and his duty in those circumstances will be to use a reasonable degree of skill and care in doing so or, if he is unable to do so, "to inform the principal promptly in order to prevent him from suffering loss through relying upon the successful completion of the transaction by the agent": Ivamy, *General Principles of Insurance Law*, 2nd ed (1970), at p. 464.

But there are other cases, and in my view this is one of them, in which the client gives no such specific instructions but rather relies upon his agent to see that he is protected and, if the agent agrees to do business with him on those terms, then he cannot afterwards, when an uninsured loss arises, shrug off the responsibility he has assumed. If this requires him to inform himself about his client's business in order to assess the foreseeable risks and insure his client against them, then this he must do. It goes without saying that an agent who does not have the requisite skills to understand the nature of his client's business and assess the risks that should be insured against should not be offering this kind of service. As Mr. Justice Haines said in *Lahey v. Hartford Fire Ins. Co.* (1968) 2 O.R. 727 at p. 729, 67 D.L.R. (2d) 506 at p. 508; varied (1969) 2 O.R. 883, 7 D.L.R. (3d) 315 :

The solution lies in the intelligent insurance agent who inspects the risks when he insures them, knows what

his insurer is providing, discovers the areas that may give rise to dispute and either arranges for the coverage or makes certain the purchases is aware of the exclusion.

I do not think this is too high a standard to impose upon an agent who knows that his client is relying upon him to see that he is protected against all foreseeable, insurable risks.

408 La force de ce texte fera certes frémir certains agents et courtiers d'assurance. Il fait appel non seulement au degré de leur intelligence mais également à l'ampleur de leur tâche lorsque leur mandat n'est pas limitatif.

Cette décision a de plus le mérite d'établir justement la règle de définir le mandat. L'obligation de l'agent est donc d'établir, sans ambiguïté aucune, ce qu'attend exactement de lui son client : « *In terms bargained for and to service those policies as circumstances might require* » dit l'Honorable juge Wilson.

À la lumière de ce jugement, l'on serait porté à croire que chaque situation est un cas d'espèce, l'obligation de l'agent et du courtier dépendant de l'étendue plus ou moins précise de leur mandat, sans jamais oublier également de qui provient ce mandat, de l'assureur ou de l'assuré « potentiel » ou des deux à la fois.

Douze ans après avoir participé à la décision rendue dans l'affaire *Fine's Flowers Ltd.*<sup>10</sup>, l'Honorable juge Wilson profitait de l'occasion qui lui était donnée dans la cause *Fletcher c. Manitoba Public Insurance Company*<sup>11</sup> pour ajouter une nouvelle dimension à toute la question du rôle de l'agent et du courtier et des relations pouvant exister entre l'assureur et l'assuré.

Même s'il s'agissait en l'occurrence d'un plan (U.M.C.) d'assurance appartenant et opéré par une compagnie publique (M.P.I.C.), nous soumettons que cette décision récente a une

<sup>10</sup>Cf. *supra*.

<sup>11</sup>[1991], 74 D.L.R. (4th) 636.

extrême importance pour définir le rôle de l'agent et du courtier lorsque ceux-ci chaussent les souliers de l'assureur, comme c'est le cas dans la majorité des situations.

Depuis la décision rendue dans l'affaire *Fine's Flowers Ltd.*<sup>12</sup>, nous savions que les agents et courtiers d'assurance avaient l'obligation d'informer leurs clients de la nature de la couverture d'assurance offerte en fonction de certains besoins exprimés, s'il s'agissait d'un mandat « restrictif » ou de tous ses besoins prévisibles (*all foreseeable risks*) s'il s'agissait d'un mandat « non restrictif ».

409

Jusque là, le critère pour juger l'exécution ou non du mandat reposait en quelque sorte sur la demande faite par l'assuré à son agent ou à son courtier, laquelle qualifiait ses besoins d'assurance.

L'affaire *Fletcher*<sup>13</sup> vient, selon nous, ajouter un élément de plus au rôle déjà important des agents et des courtiers qui sont tenus maintenant non seulement d'informer leurs clients mais de les aviser et de les conseiller de façon intelligible pour leur permettre de prendre une décision réfléchie et éclairée. Il s'agit évidemment d'un service personnalisé.

Pour bien saisir la pensée de l'Honorable juge Wilson, rien de mieux que de lire attentivement l'extrait suivant de son jugement dans l'affaire *Fletcher* traitant cette question:

(i) The duty on private agents and brokers

In my view, *Fine's Flowers* stands for the proposition that private insurance agents owe a duty to their customers to provide not only information about available coverage, but also advice about which forms of coverage they require in order to meet their needs. I note that Professor H. Snow has summarized the effect of *Fine's Flowers* in "Liability of Insurance Agents for Failure to Obtain Effective Coverage:

<sup>12</sup>Cf. *supra*.

<sup>13</sup>Cf. *supra*, p. 653, (i) « The duty on private agents and brokers ».

Fine's Flowers Ltd. v. General Accident Assurance Co." (1979), 9 Man. L.J. 165, in the following terms (at p. 169):

410

The implication of this case and many others like it in recent years seems clear. Consumers who place their faith in insurance agents holding themselves out as competent and find their faith misplaced, will frequently be able to find recourse against the agent...The extent of the duty owed by an insurance agent, both in placing insurance and in indicating to the insured which risks are covered and which are not, as set out in this case, is a fairly stringent one for the agent. moreover, given the general situation of the principal relying very heavily on the expertise of the agent, it does not seem to be an unreasonable burden for an insurance agent to bear.

The duty of care owed by an insurance agent was further elaborated in G.K.N. Keller Canada Ltd. v. Hartford Fire Insurance Co. (1983), 1 C.C.L.I. 34, «1983» I.L.R. 1-1656 (Ont. H.C.) (confirmed on appeal (1984), 4 C.C.L.I. xxxvii (Ont. C.A.)). It was held in that case that there where the customer adequately describes the nature of his or her business to the agent, the onus is then on the agent to review the insurance needs of the customer and provide the full coverage requested. Should an uninsured loss occur, the agent will be liable unless he or she has pointed out the gaps in coverage to the customer and advised him or her how to protect against those gaps.

It is clear that within the insurance industry, as also within the courts, private insurance agents and brokers are viewed as more than mere salespeople. The Continuing Legal Education Society of British Columbia's 1985 Seminar on Insurance Law focused on the services they provide (at p. 6.1.03):

The services of a competent agent or broker will include, in addition to advice on insurance, and the brokering or placing of insurance on behalf of the

client, an active interest and involvement in loss prevention and a claims supervisory service to assist your client in the satisfactory settlement of the claim.

In my view, it is entirely appropriate to hold private insurance agents and brokers to a stringent duty to provide both information and advice to their customers. They are, after all, licensed professionals who specialize in helping clients with risk assessment and in tailoring insurance policies to fit the particular needs of their customers. Their service is highly personalized, concentrating on the specific circumstances of each client. Subtle differences in the forms of coverage available are frequently difficult for the average person to understand. Agents and brokers are trained to understand these differences and to provide individualized insurance advice. It is both reasonable and appropriate to impose upon them a duty not only to convey information but also to provide counsel and advice.

(ii) The duty on public insurers

What then is the scope of MPIC's duty? Is it, as the appellant submits, as onerous as that imposed on private agents and brokers? I think not. I think it is a duty to inform customers of the available range of coverage. Given that automobile accidents often produce tragic consequences that may be irreversible and virtually incapable of compensation in monetary terms, customers must have all the information they need in order to make an informed choice about the level of coverage appropriate for them. Where an additional optional form of coverage such as UMC is offered precisely because it is foreseeable to the insurer that there may be instances where the standard coverage is inadequate, it is right and proper that the insurer be under a duty to make the existence of such optional coverage known to the customer. Selling insurance is not, as the respondent suggest, like selling groceries, and the law should not treat them alike. The purchase of insurance is predicated on decisions made about assessing and

bearing risks. Members of the public need to have all relevant information available to them in an explicit and readily comprehensible manner if they are to make intelligent decisions about how much risk they are prepared to bear. The public insurer has the responsibility of seeing to it that the information is provided to them in a reasonably intelligible fashion.

412

By the same token, however, there are a number of reasons why the public insurer's duty is less onerous than that of the private agent or broker. The institutional setting in which the public insurance is sold affords considerably less scope for privacy and individualized attention than that provided by a private agency. As the trial judge noted, an MPIC employee may serve as many as sixty people a day. Further, the employees who serve the customers do not hold themselves out as specialists in risk assessment and insurance advice. The service they provide is more sales and clerical than that provided by an insurance agent. Indeed, I note that the employees of MPIC are specifically exempted from the requirement set out in the Insurance Act, R.S.M. 1987, c. I-40, that persons selling insurance be qualified and licensed as agents. This is not to say that the average customer should be taken to know about this statutory exemption. But one must none the less be sensitive to the role that the legislature envisaged that MPIC's salespeople would play. In my opinion, MPIC's employees were not intended to sit down with their customers and inquire into their personal, family and business affairs so as to provide individualized insurance advice.

Par ces quelques lignes, l'Honorable juge Wilson précise sa pensée sur les obligations qu'a l'agent de conseiller en plus d'informer. Or pour bien informer, l'agent doit avoir une connaissance parfaite du type « d'exposure » que comportent les activités de son client, quel que soit le type d'assurance dont il s'agit.

En effet, comment un agent ou courtier d'assurance pourrait-il aviser son client de l'absence de couverture d'assurance face à certains risques particuliers si ces risques lui sont inconnus ?

La décision du juge Wilson a de plus le mérite de distinguer non seulement l'étendue quasi illimitée du mandat non restrictif de l'agent et du courtier d'assurance mais également celui de l'assureur privé par rapport à l'assureur public dont le rôle, par définition, est beaucoup plus restreint. Cette distinction met en relief la responsabilité accrue de l'assureur privé, donc, ipso facto, celle des agents et courtiers qui oeuvrent dans le cadre de l'industrie privée pour et au nom des assureurs.

413

Nous sommes d'avis que le diagnostic que sont appelés à porter l'agent et le courtier d'assurance sur la nature de la couverture requise pour protéger leur client, si celui exige une protection globale, est la chose la plus difficile à faire. En effet, d'une part, il suppose une parfaite connaissance du genre d'affaires du client et des risques inhérents à toutes ses activités et, d'autre part, il suppose une connaissance de la nature de tous les produits offerts par les assureurs pouvant satisfaire les besoins de l'assuré. Vu dans cette optique, il va sans dire que le rôle de l'agent et du courtier qui dépasse, au dire de l'Honorable juge Wilson, le simple rôle de vendeur d'assurance, est extrêmement important et exige non seulement une très bonne formation professionnelle mais également une méthode de travail extraordinaire au moment de la souscription du risque.

Il nous apparaît donc indéniable que le fait d'ajouter la dimension de conseiller à celle de pur informateur a l'effet d'accroître considérablement le rôle de l'agent et du courtier. En effet, dans le cas d'un mandat non restrictif, ces intermédiaires ont l'obligation, pour assurer une protection adéquate, d'évaluer l'ampleur de tous les risques auxquels leurs clients sont exposés et d'étudier minutieusement la nature des polices d'assurance mises sur le marché, tout en tenant compte des besoins de leurs clients.

Nous serions tentés d'ajouter « au meilleur coût possible » dans le cas où l'agent et le courtier représentent l'assuré, ce qui pourra évidemment poser un sérieux problème de conflit d'intérêt si l'agent et le courtier représentent à la fois l'assureur et l'assuré.

Ceci nous amène donc à traiter de la délicate question du double mandat de l'agent et du courtier d'assurance.

**b) Quand le courtier ou l'agent porte-t-il deux chapeaux?**

414

À force de discourir sur le sujet du mandat réel ou apparent du courtier ou de l'agent d'assurance, l'on oublie parfois la notion fondamentale du mandat même de l'agent ou du courtier, habituellement consigné dans un écrit rédigé de façon très explicite délimitant les pouvoirs et les prérogatives que lui confère l'assureur.

Comme le souligne avec justesse l'Honorable juge S. McDougall de la Cour d'appel dans l'affaire *Alliance Insurance Company of Philadelphia et al c. Laurentian Colonies and Hotels Ltd.*<sup>14</sup> :

An insurance broker, like any other broker, may or may not be the agent of both parties (C.C. 1735). It then becomes a question of fact in each case what the broker's position is.

Comme le soulignait Monsieur le juge Rivard dans l'affaire *Car & General Insurance Corporation Ltd. et al c. Therrien et al*<sup>15</sup>, il faut, dans tous les cas, prouver l'existence d'un contrat d'agence d'une compagnie d'assurance si l'on veut en bénéficier. À ce sujet, le juge réfère aux auteurs Welford et Otter-Barry<sup>16</sup> qui s'exprimaient ainsi:

A person who merely introduces business for a commission is not, in any real sense of the word, an agent of the insurers. He is employed to obtain business and to transmit

<sup>14</sup>[1953] B.R. 241, voir p. 255.

<sup>15</sup>[1969], B.R. 144.

<sup>16</sup>Fire Insurance, 4<sup>e</sup> Éd., 1948, cf. p. 84.

proposals for insurance to the insurers. Apart from this he has no authority to bind them by anything which he may do, such as, for instance, by accepting a proposal or issuing a cover note; nor can his knowledge of any material fact be imputed to them. In all other respects, he is to be regarded as agent of the proposer. He must, therefore, account to the proposer for the commission, in the absence of any agreement, express or implied, entitling him to retain it.

La première question qui se pose est donc celle de savoir si un tel contrat de courtier existe liant ce dernier et la compagnie d'assurance impliquée et, dans l'affirmative, l'étendue de son mandat.

415

On comprendra alors que, dans la majorité des cas, le courtier a un mandat suffisamment clair et large pour lier les assureurs concernés, sa connaissance qu'il a des faits devenant celle de ses mandants<sup>17</sup>.

En l'absence d'un contrat formel entre l'assureur et le courtier, il faudra examiner la possibilité de l'existence d'un mandat « apparent ». Pour les assureurs, ceci pourra créer, face au tiers, des conséquences tout aussi graves. Nous examinerons cet aspect dans le présent exposé.

Pour déterminer si le courtier d'assurance représente à la fois l'assureur et l'assuré, il faudra étudier les relations qui existent entre le courtier et celui qui cherche à obtenir une protection d'assurance par son intermédiaire. Or, contrairement à ce qui se passe entre courtiers et assureurs, il n'existe pas, dans la majorité des cas, de contrat écrit entre le courtier ou l'agent d'assurance et leurs clients. Dans ce cas, le mandat s'infère des relations entre les parties qui, le plus souvent, se font de façon très informelle. L'Honorable juge Bissonnette de la Cour d'appel le soulignait dans un jugement qui, malgré le temps, nous paraît toujours fort bien décrire la réalité<sup>18</sup>.

<sup>17</sup>Cf. *Ménard c. Arvisais*, 1933, 55 B.R. 68.

<sup>18</sup>Cf. *Alliance Insurance Company of Philadelphia*, *supra*.

Cette description par le juge Bissonnette sur la façon de procéder des assureurs fut jugée d'une telle justesse que l'Honorable juge Rivard a cru bon de la citer intégralement dans son jugement rendu dans l'affaire de la *Royal Insurance Company Limited c. Gauthier*<sup>19</sup>.

Nous nous permettons donc de reprendre ici cette citation qui nous semble fort pertinente :

416 Pour apprécier la valeur de cette prétention, il est de souveraine importance d'exposer sommairement le rouage qui prévaut en matière d'assurance contre l'incendie. Si l'on désire s'assurer, il est rare qu'on s'adresse directement à une compagnie particulière. C'est par l'entremise d'un agent ou d'un courtier qu'on fait couvrir le risque. L'agent est, dans la hiérarchie, au bas de l'échelle. Vient ensuite le courtier et enfin la compagnie elle-même. Si c'est un agent qui soumet la demande, l'assureur exige qu'il procède par une proposition, c'est-à-dire par un questionnaire que doit remplir son client. La compagnie acceptera cette proposition telle quelle ou bien elle demandera de plus amples renseignements. Elle décidera elle-même ensuite si le risque lui convient et déterminera, suivant les circonstances la prime à payer.

Quant il s'agit d'un courtier, bien plus simples sont les formalités. Après avoir pris les renseignements d'usage en questionnant son client, ce courtier choisit, la plupart du temps à sa seule discrétion, une compagnie d'assurance à laquelle il soumet une proposition fondée sur les renseignements obtenus. Et cette proposition, elle n'est pas nécessairement par écrit. Bien au contraire, la coutume démontre que, sur simple conversation téléphonique, tout se discute, s'explique et s'ajuste. En réalité, quand le courtier est de haute réputation, l'assureur lui fait pleine confiance et le risque est immédiatement accepté.

---

<sup>19</sup>[1964], B.R., 861, voir p. 880.

S'il est vrai que c'est la compagnie qui seule donne le consentement nécessaire à la formation du contrat, il est toutefois également vrai qu'elle s'en rapporte exclusivement à la probité, à l'expérience et à la prudence du courtier. Celui-ci fait en quelque sorte le travail de déblaiement, par l'analyse du cas, par la description de la chose, par la détermination du montant assurable, etc., et il soumet une proposition concrète à la compagnie qu'il a choisie.

Que résulte-t-il de cela? Par la dualité de ses fonctions, le courtier est plus qu'un simple intermédiaire auquel se confie un proposant pour l'obtention d'un contrat d'assurance. Son rôle est beaucoup plus vaste; il déborde le cadre du mandat donné à l'agent ordinaire. Pour celui-ci, vis-à-vis de l'assureur, son obligation morale et légale se restreint au devoir de suivre et d'accomplir les instructions qu'il reçoit, tandis que le courtier se fait, au nom de l'assureur, juge de la nature du risque moral et matériel qu'il entend soumettre. Quand j'attribue un tel rôle au courtier, je me confine exclusivement à la preuve faite en cette instance. Les témoins de l'appelante disent à satiété que les assureurs, lorsque le courtier a excellente réputation, s'en rapportent à lui, lui font confiance et lui laissent pleine discrétion dans l'appréciation et dans la négociation du risque.

Il devient alors bien pertinent de se demander qui représente le courtier dans l'exécution de ses fonctions qui dépassent la simple préparation de la proposition écrite, rôle de l'agent ordinaire.

S'il s'agissait que pour son client, il lui suffirait de faire comme l'agent et, ainsi, ménager ses peines et écarter toute responsabilité, ne serait-ce que d'ordre moral.

Cette analyse que fait le juge Bissonnette des moeurs et coutumes du commerce des assurances nous amène à considérer l'aspect du « mandat apparent » que peuvent détenir l'agent et le courtier d'assurance suite à la conduite de l'assureur.

---

L'actuel article 1730 du Code civil, qui sera remplacé par le nouvel article 2163 C.c.Q., se lit textuellement comme suit:

Article 1730 C.c. (ancien)

Le mandant est responsable envers les tiers qui contractent de bonne foi avec une personne qu'ils croient son mandataire, tandis qu'elle ne l'est pas, si le mandant a donné des motifs raisonnables de la croire.

418

Le texte du nouvel article 2163 C.c.Q., est définitivement plus onéreux pour l'assureur comme vous le noterez vous-mêmes à la lecture du texte:

Article 2163 C.c.Q. (nouveau)

Celui qui a laissé croire qu'une personne était son mandataire est tenu, comme s'il y avait eu mandat, envers le tiers qui a contracté de bonne foi avec celle-ci, à moins qu'il n'ait pris des mesures appropriées pour prévenir l'erreur dans des circonstances qui le rendaient prévisible.

Le fardeau de la preuve qu'impose à l'assureur ce nouvel article 2163 C.c.Q., rendra certes beaucoup plus difficile à l'assureur de s'en tirer surtout lorsqu'il permet à l'agent ou au courtier indépendant, non mandaté à le représenter, d'utiliser des formules, de la papeterie ou de la documentation portant son nom.

Il sera intéressant de voir au cours des prochaines années les stratagèmes qu'inventeront les compagnies d'assurance pour éviter que le public ne puisse pas voir des mandats de courtiers là où il n'en existe pas. Nous croyons que cela nécessitera, de la part des assureurs, un contrôle beaucoup plus serré de la publicité faite par les courtiers, de leur méthode à utiliser des formulaires, telles des propositions d'assurance et de l'émission de polices et d'avenants portant la raison sociale du courtier.

En d'autres termes, il faudra rééduquer le public pour qu'il comprenne que les agents et les courtiers ne sont pas des assureurs mais seulement des intermédiaires, dont les pouvoirs sont régis par la nature du contrat qu'ils détiennent ou par les

instructions des assureurs qui leur confient le mandat de les représenter, si tel est le cas.

Pour revenir à la question du double mandat de l'agent et du courtier, le problème à ce niveau est, lorsqu'il existe effectivement un tel rôle d'agent double, la possibilité d'un conflit d'intérêt est toujours omniprésente. Ce risque est maintenant quasi inévitable dans l'optique de la récente décision rendue dans l'affaire *Fletcher*<sup>20</sup>. En effet, comment pourrait-on imaginer un agent ou un courtier être vraiment objectif dans le cas où il ne représente qu'un seul assureur s'il s'agit d'un agent, ou plusieurs, s'il s'agit d'un courtier? Dans cette situation, il nous est difficile d'imaginer que l'agent ou le courtier puisse vanter les mérites d'un produit d'une autre compagnie d'assurance avec laquelle son mandat est en compétition.

419

Or, il est fort possible que d'autres polices d'assurance émises par d'autres assureurs puissent mieux répondre aux besoins du client de l'agent ou du courtier. Il n'est pas difficile de concevoir à quel point le rôle des agents et des courtiers dits « captifs », c'est-à-dire qui ne sont pas des « freelance », sera difficile à jouer à titre de conseillers techniques et objectifs, rôle que leur impose la décision rendue dans l'affaire *Fletcher*.

Il sera intéressant de voir dans ce nouveau contexte comment, dans les faits, les agents doubles se débrouilleront.

Il faudra donc attendre la nouvelle jurisprudence pour savoir comment nos tribunaux appliqueront, dans les faits, la règle de « conseiller » imposée par l'Honorable juge Wilson dans l'affaire *Fletcher*.

### c) La nouvelle responsabilité de l'agent et du courtier

Le principal mérite du jugement rendu dans l'affaire *Fletcher* est d'avoir réuni, dans une seule décision, et ce de façon fort claire, tous les éléments du rôle des agents et des courtiers comme conseillers.

---

<sup>20</sup>Cf. *supra*.

Comme vous le savez, les tribunaux canadiens avaient déjà établi le principe, en l'absence de directives spécifiques, que le courtier avait l'obligation de se renseigner pleinement pour connaître la nature des risques auxquels était exposé son client<sup>21</sup>.

De même, nos tribunaux avaient déjà reconnu l'obligation du courtier d'informer son client des limites de sa couverture d'assurance de même que de la difficulté ou de l'impossibilité, dans certains cas, d'assurer certains risques, ou même d'informer le client de la disponibilité de certains types de couverture d'assurance auxquels il n'avait pas songé<sup>22</sup>.

420

Le récent jugement rendu dans l'affaire *Fletcher* ne laisse plus de doute et en quelque sorte laisse très peu de marge aux agents et aux courtiers quant à l'étendue de leur investigation et leurs conseils.

Bien qu'*a priori* cette décision puisse sembler « extrême » par ses exigences, il faut tout de même nous rappeler que la perfection n'existe pas, quelle que soit la profession.

L'obligation des agents et des courtiers d'assurance demeure une obligation de moyen et non de résultat<sup>23</sup>.

Il nous est difficile, en parlant du devoir d'informer des agents et des courtiers, de ne pas recourir, par analogie, aux notions applicables aux autres professionnels tels que les médecins ou les avocats.

Or, ce que disait l'Honorable juge Létourneau de la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *Nelligan c. Clément*<sup>24</sup>, relativement aux avocats et aux médecins, pourrait aussi bien

---

<sup>21</sup>*Bar-Don Holdings Ltd. c. Reed Stenhouse Limited*, 1983 I.L.R. 1-1637; *Gerber c. Eagle Star Insurance Company et al* 1981 I.L.R., 1-1442.

<sup>22</sup>*Cf. Lemieux c. Dessureault*, 1969 C.S. 383; *G.K.N. Keller c. Hartford Fire Insurance Company et al*, 4 C.C.L.I. 37; *Agincourt Motor Hotel Ltd. c. Tomenson, Saunders, Whitehead Limited*, 1982 I.L.R. 1-1590; *Lester c. Philip Abbey Inc.*, 1976, I.L.R., 1-802.

<sup>23</sup>*Cardin c. Cité de Montréal*, 1961 R.C.S. 655.

<sup>24</sup>[1939], 67 B.R., 328.

---

nous servir pour définir le rôle de « professionnel-bon père de famille » de l'agent ou du courtier d'assurance:

En droit, et tout en appliquant au cas d'un médecin la règle de l'article 1053 C.c., le savant juge a raison de dire que l'erreur, la négligence et l'imprudence ne sont toutefois faute génératrice de responsabilité que s'il a été manqué aux règles de la profession ou de la science médicale, que si le médecin recherché a fait ou omis ce que n'eut pas fait ou omis un médecin, ici un chirurgien, possédant une science normale parmi les membres de sa profession. » (Jurisprudence au même effet: McCormick C. Marcotte, 1972 R.C.S., p.18; Villemure c. Turcot et al, 1973 S.C.R., p. 716 et Eady c. Tenderenda, 1975, 2 R.C.S., p. 825).

421

Également, nous aimons bien les commentaires de l'Honorable juge Albert Malouf, J.C.S., de première instance dans l'affaire *Dodds c. Dame Peggy Schierz et vir*<sup>25</sup> au sujet du *standard of care and skills required*. Ce juge s'exprimait ainsi:

I wish to now deal with the standard of professional care required in the medical profession. Medicine is not an exact science and therefore the burden placed upon a doctor should not be oppressive. The degree of care and skill which a medical man must exercise is simply that which is recognized in his particular profession, at a particular time. To put it another way, it amounts to the exercise by an average medical man of the skills recognized and accepted by his profession at any particular time. In an article published in the *Revue du Barreau* 1942, page 412, the author Watson Gillea, of the Montreal Bar, in dealing with the operative and diagnostic civil liability of physicians and surgeons, states that every physician is not required to have the knowledge and skill with which the most eminent in his profession are endowed. After stating "But that standard of professional proficiency which it is reasonable to presume he should possess because of his study and training, with

---

<sup>25</sup>[1986] R.J.Q. 2623.

which every physician should be equipped, will be required of him, and if it is demonstrated that the act which caused injury shows a lack of this standard of skill, the physician will be liable in damages." He then refers to *Nelligan v. Clément* (1939), 67 K.B., 328 where *Létourneau J.*, at page 332, says: (Voir citation supra).

He then cites the following extract from the case of *Gibbons v. Harris* (1924), 1 D.L.R., 923 where *Stuart J.A.*, at 925 says:

422 The general rule therefore plainly is that, even in diagnosis, there must be shown to have been a failure to use a reasonable degree of skill and care. And strictly speaking, therefore the trial Judge should have found as a fact that the failure of the defendant to make a proper diagnosis and to discover the real nature of the ailment was due to the absence of, or the failure to exercise, a reasonable degree of skill and care, before the defendant could be held liable in damages.

À la lumière de ces décisions, il nous apparaît donc évident que le critère pour juger la conduite des agents et des courtiers d'assurance ne sera pas celui du modèle, par excellence, du plus grand expert que compte dans ses rangs la Corporation professionnelle, mais plutôt celui de l'expert doué d'une intelligence moyenne possédant des connaissances que l'on est en droit de s'attendre de tout agent ou courtier bien renseigné.

### Conclusion

Nous ne cesserons jamais assez de se le rappeler, il n'entre pas dans le rôle d'un avocat, d'un notaire, d'un quelconque administrateur, d'un comptable agréé ou autre, de déterminer les protections d'assurance d'un client ou de lui dire si les polices d'assurance dont il est détenteur correspondent à ses besoins.

La jurisprudence récente dont il a été question plus avant ne fait qu'accentuer les droits et les obligations des agents et des courtiers d'assurance. Il nous apparaît donc ridicule que des

professionnels d'une autre discipline puissent vouloir usurper un rôle qui appartient tout simplement aux agents et aux courtiers d'assurance.

Même les avocats spécialisés en droit des assurances ne devraient pas se mêler de ce qui ne les regarde pas, l'évaluation et la souscription des risques en matière d'assurance ne relevant pas de leur champ d'activité professionnelle. Ce qui est vrai pour les avocats l'est tout autant pour les membres de toutes les autres professions, lesquelles ne sont aucunement habilitées à faire ce travail.

423

Dans un monde qui se veut de plus en plus spécialisé et compte tenu des outils de plus en plus sophistiqués utilisés dans l'industrie de l'assurance, nous croyons que le public peut et doit se fier sur un code d'éthique des plus élevés régissant les agents et les courtiers d'assurance.

Conscients des exigences que leur impose leur statut professionnel, nul doute que les agents et les courtiers en assurance relèveront le défi d'excellence que comporte la pratique de leur profession.



## Claims Audits\*

by

Kevin M. Quinly\*\*

*Un service des sinistres bien géré nécessite, comme une automobile, un entretien périodique ; ainsi en est-il de la vérification périodique des sinistres. Les assureurs et les autoassurés dépensent des milliers de dollars chaque année pour des vérifications comptables par des firmes externes. Mais, chose étonnante, ils ne pensent presque jamais à prévoir un budget pour la vérification des services de règlement. Le client peut avoir l'impression qu'il reçoit un bon service, mais comment peut-il en être certain ?*

425

*Dans cet article, l'auteur démontre l'importance d'une vérification périodique des sinistres, les avantages et les désavantages lorsqu'elle est effectuée soit à l'interne ou soit par une firme externe, les aspects divers d'une telle vérification et, en dernier lieu, l'évaluation de la vérification, une fois le travail accompli.*



The "flight to quality" is an off-head expression these days, usually referring to insurance buyers seeking stable and solvent sources of insurance coverage. It has equal application to seeking—and keeping—top-flight loss adjusting services.

---

\* Reprinted from *The Risk Report*, April 1992, with the permission of the publisher, International Risk Management Institute, Inc., Dallas, Tx.

\*\* Mr. Kevin M. Quinley, CPCU, ARM, AIC, AIM, is vice president of Risk Services for MEDMARC and Hamilton Resources Corp. in Fairfax, Virginia. He is an active member of the Risk and Insurance Management Society and has authored over a hundred published articles on claims and risk management. He also teaches classes in commercial risk management and insurance for The Society of CPCU. Mr. Quinley received his bachelor of arts degree from Wake Forest University and his master's degree from the College of William and Mary.

---

Having picked the right claim service provider, clients hope that matters will proceed smoothly. Unfortunately, though, much can go wrong even with the most careful selection. Communications break down. Service deteriorates. Expenses blow budgets.

Like cars, well-managed claim programs need periodic tweaking and maintenance to keep them running well. Here enters the periodic need for a claims audit. Insurers and self-insureds spend thousands of dollars a year on outside accounting audits, but when it comes to their annual investment in adjusting services, surprisingly they may give little thought. A client may believe it is receiving good service, but how does it really know? A periodic claims audit answers this question.

This article examines the need for claims audits, considerations for whether to go outside or stay in-house to have it performed, how to select an auditor, points the audit should encompass, and how to evaluate the audit and auditor once accomplished.

### **Warning Signs Flashing**

When is a claims audit needed? No hard and fast rules exist. Like red lights on a car's dashboard, various indices may signal a need for a claims audit, such as those shown in Figure 1.

Audits can be preventive, spotting problems before they occur. While ideal, in reality, many audits are reactive and event-driven. Audits are not usually undertaken because a risk manager or service buyer is happy with the status quo.

### **Do-It-Yourself?**

Clients may opt to conduct the audit themselves. There is some logic for this choice. They undoubtedly have greater familiarity with the adjusting company and know where to look for areas of strength or weakness. There is less wasted time when risk manager take it upon themselves to audit and adjusting company.

**Figure 1****Audit Indicators**

- Recent turnover occurs in account adjuster personnel.
- Over 2 years have elapsed since the last audit.
- A recent surge in complaints about the claims process or problems in claims handling occur.
- Consideration is given to soliciting bids from competing claim service providers.
- A signal needs to be sent to the adjusting company that the current level of service is unacceptable.
- The client plans to discharge the current claim service provider and wishes to document the reasons.
- A reinsurer or excess insurer wishes to assure themselves that adjusters are handling claims in a thorough, competent, and professional manner.
- Turnover occurs within the client's risk management staff. For example, the incumbent risk manager is about to leave or retire, and management desires some benchmark comparison of claim service.
- A claim audit may precede a merger or acquisition. A merging or acquiring company wants to look closely at the liabilities it may purchase. Therefore, as part of the "due diligence" process preceding an acquisition or merger, a claims audit is a prudent if not necessary step.

Expense is another advantage. Hiring an outside consultant to conduct a claims audit can be expensive. Depending on the size and scope of the project, an audit usually costs between \$1,000 and \$10,000. Using staff resources to conduct an audit has obvious appeal due to cost savings.

Speed is another bonus. Hiring an outside party for an audit puts one at the mercy of the consultant's schedule. The consultant may have two large projects ahead of the client's. If

---

internal staff is used, the wait for an audit may not be as long. Bottom line: the project may get started sooner.

While a do-it-yourself approach to claims audits has appeal, there are advantages to having an outside consultant conduct the claims audit. Objectivity is one advantage. Consultants may have fewer preconceptions about the adjusting company, good or bad. This aids their objectivity. Clients may have biases that undermine an audit's objectivity and usefulness. If, for example, the risk manager picked the third-party claims administrator, how likely is it that she will give the adjusting service low marks? She may fear this will reflect poorly on her judgment. Hence, to validate her selection, she may soft-pedal criticisms. To do otherwise might adversely reflect on her choice.

428

Specialization and expertise are another advantage. Odds are that the risk manager does not conduct claims audits very often. Once a year may be the limit. Consultants conducting claims audits regularly, on a full-time basis, are more apt to be adept at it than those who dabble in them as a sideline. An experienced consultant knows what to look for, how to probe deeply into claim practices, and how to compare one claim operation to another. A seasoned auditor will also likely be more efficient in conducting and completing audits than one who audits only sporadically.

Another bonus of using an outside party is credibility. Audit results may have more credibility with actuaries, auditors, reinsurers, or excess insurers if an outside consultant specializing in such activities performs the job. No publicly held company would state in its annual report that it audited its own financial statements and they were in good shape! The imprimatur of an outside accounting firm, often a "Big Six" outfit, is S.O.P. Without it, the numbers lack credibility. To an extent, the same holds true with do-it-yourself versus professional claim audits.

---

## Selecting the Auditor

Assuming a firm decides to hire an outside auditor, the next step is selecting the auditor. Unfortunately, virtually anyone can grab some stationery and anoint themselves as claims auditor as easily as Jethro Bodine can call himself a "double-ought" spy. There are no standardized requirements that individuals must meet to become claim auditors. Such practitioners have no trade association to police themselves, nor any credentialing process. The term "GIGO"—garbage in, garbage out—applies here. R.L. Stinchcomb of Golden Gate Insurance Adjusters of Los Angeles writes that some claims auditors:

429

...are competent investigators and average adjusters who have become incompetent auditors. Never before have so many audits been performed on upper management. This is being done by use of claims auditors who are primarily investigators and many who have never worked in claims. These auditors were promoted basically through the "Peter Principle". (*Claims*, September 1991).

Avoid "Peter Principle" auditors who have never "gotten their hands dirty" with real field and claims adjusting work.

Many insurance brokerage firms, particularly the "alphabet houses", have full-time claims people on staff. Risk managers should check with their agents or brokers to see if they are capable of conducting claims audits. Clients may be able to get this service included in exchange for the commission or fee paid to the broker.

What qualities should risk managers seek in a claims auditor? A few considerations to weigh follow.

## References

Request at least three. Get names and phone numbers of contact people and check them out. Were they satisfied with the auditors' work? Was it completed on time? Would they use the auditor again? Do they still use the auditor? Was the work performed competently? Was it reasonably priced?

---

### Experience

430

Seek a consultant who has been doing claims audits full-time for a number of years. How long has the person been an auditor? Is it a sideline or a full-time vocation? An ideal background might include someone who worked within an independent claims adjustment company. Former claims managers from insurance company departments would also be prime candidates. Most reinsurers maintain a brisk trade in claims audits, since they must make sure that their reinsureds are doing a good job of handling losses. Excess insurers have personnel who specialize in auditing the files of primary insurers below them. Former corporate/self-insured risk or claim managers should also be adept at conducting claims audits. These are ideal experience profiles of top-flight candidates.

### Credentials

A jumble of letters after one's name does not guarantee expertise. On the other hand, not having any professional designations inspires little confidence. Claims consultants and auditors come from varied backgrounds. Some of the insurance industry credentials indicating a qualified auditor are Chartered Property Casualty Underwriter (CPCU), Associate in Risk Management (ARM), and Associate in Claims (AIC). These designations, while no guarantee of quality, do signify that consultants have the motivation and determination to complete a lengthy course of study, much of it on their own. Drive, intelligence, insight, persistence, and an ability to be a quick study—these are qualities of a successful claims auditor worthy of one's business.

Occasionally claims auditors with legal degrees or the Certified Public Accountant (CPA) designation are encountered. A legal background is a plus, but few attorneys are claims auditors. It is best if the attorney has hands-on experience in claims handling to avoid an ivory-towered orientation. The strength of an accounting education is clearly in quantitative

analysis, but increasingly accounting firms are moving into the "fuzzier" areas of management consulting.

### **Aiming at the Target**

Once the firm picks an auditor, the next step is to scope out the job and report. Do more than tell the consultant, "Conduct a claim audit". Be specific. What do you want the auditor to zero in on—reserves, investigation thoroughness, draft errors? Flag problem areas for the auditor to focus on. Do you want the auditor to focus on files only, or do you desire a comprehensive review of the entire account, including management systems? The latter will be more expensive and will entail the auditor spending time with adjusters, examiners, and supervisors handling the account. A file review alone will be less expensive. Some file reviews may be done off-site, thus trimming the auditing fees. For example, the client can ask the claims office to pack up and ship out selected files to the auditor. This way, the auditor consumes less travel time, and the client saves some money.

431

Having made these decisions, on what areas should a claims audit focus? Discussing claims audits is like being the proverbial mosquito at a nudist colony: it knows what to do, but hardly knows where to begin! Whether a client picks an outside consultant, or opts for a do-it-yourself approach, many components go into a good claims audit. While the topic could consume dozens of pages, in the interest of economy, let us focus on a few dimensions of a quality claims audit.

### **Coverage**

At least from the perspective of insurers, some observers state that the three most important aspects of claims handling are, in order, coverage, coverage, and coverage (of course, a risk manager of a self-insured organization will emphasize other aspects of the claims function). Auditors should check claims files to see if the adjusters are recognizing coverage issues. Are adjusters sending reservation of rights letters? After adjusters

reserve rights, do they try to reach agreements on coverage? Claims representatives must not keep insureds "in the dark". Reservation of rights letters are time-sensitive.

Do adjusters seek the advice of coverage attorney? Adjusters should realize when they are over their heads on a coverage matter and need counsel's advice. Failure to seek such advice on coverage can invite bad faith claims.

### Investigations

432

Do adjusters have an investigative plan? Do they grasp what needs to be done to investigate claims? Was it done? If not, was this for reasons beyond the adjuster's control? Are investigations tailored to case severity, with files neither over- nor under-investigated? Are the right tasks accomplished, and are they done right? Here are some of the highlights to examine when auditing investigations.

- Do the files have signed or recorded statements, or merely "interviews"? The latter may be worthless if a claim ever progresses to the courtroom. Statements are the backbones of the investigative file.
- Has the adjuster judiciously used photos and diagrams? Adjusters should display color photographs of 35mm quality on special mounting sheets, with brief legible explanations of what they purport to show. Good diagrams, considered by many to be a lost art among adjusters, complement photographs.
- The auditor should see that adjusters fully investigate and *verify* the claimant's damages. This includes: obtaining signed medical and wage authorizations; spot-checking medical service providers or employers to verify treatments or employment earnings; arranging independent medical exams to authenticate a claimant's complaints; and conducting activity checks, and even arranging for a surveillance firm to film that back-injury claimant hooking his drive on Fairway Fourteen.

- Was the investigation completed within a reasonable amount of time? Given a year, any adjuster can do a thorough investigation. Few claims allow that luxury, though. Usually, time frames are more compressed.

### Reporting

Do adjusters provide status reports at regular intervals? For some cases, clients might need reports every 14 days. For other files, every 90 days may suffice. Set reporting standards and grade the outside claim service. Must the client constantly prod adjusters for status updates? That is a bad sign. Do adjusters have cases on a diary system? Or do they simply report when clients turn up the heat? If a file is replete with client letters requesting status updates, that too is a danger sign.

433

Reporting involves quality as well as quantity. Disdain "weather reports" that simply tell clients little, nothing, or what they already know. Do reports contain meaningful information? Do they give recommendations and a to-do list? Is there a standard report format that the client requires or the adjusting company has which adjusters follow? Are reports legible and typed, or handwritten and scrawled? Do reports go by Federal Express or FAX when there is no urgency? Are topic headings captioned to flag important points? Are requests for decisions and authority displayed prominently for the client's attention, or are they buried in paragraph three, page seven? Are significant dates—trials, hearings, etc.—highlighted?

### File Documentation

Ideally, files should speak for themselves. They should reflect the basis for adjusters' decisions—settlement evaluations, reserve judgments, authority requested, grounds for payment and denial, documentation of authority given and offers extended, etc. Claims representatives should document phone conversations on a log or "claim progress" sheet. This is critical, given epidemic turnover of personnel in claim offices. The new person handling the file should be able to pick up where the prior

---

adjuster left off. Like a medical record, the claim should be "charted", with key decisions, activities, and work documented. Significant time lapses between entries indicate a lapse in file documentation.

### Reserves

434

Since under-reserving is a leading cause of insurer insolvency, this function is key to any successful operation. Clients have an interest in seeing that their losses are neither over - nor under-reserved.

Check the auditor's reserve philosophy. One large independent adjusting firm, for example, believes in reserving to "injury exposure". This means reserving according to the severity of the claimant's injury. It does *not* factor in liability or lack of it. If a client's cases typically involve serious injuries but rarely any liability, however, such "injury reserves" may warrant significant discounting due to the defensible liability.

How often do supervisors review reserves? This may depend upon the type of case. Reserves should receive a review with every diary date. At minimum, this should be every 90 days or quarterly. This does not necessarily mean that reserves should be changed four times a year, though some cases may warrant this. See if the file notes or status reports reflect attention to reserve adequacy.

Is more than one person reviewing reserves? The claims examiner, supervisor, or even branch manager should periodically check reserve adequacy. Some claim departments have stratified levels of reserve authority. For example, any adjuster wishing to raise a reserve above \$100,000, for example, must obtain a supervisor's approval. Reserve changes over \$250,000 may require a branch manager's approval. Any change over \$500,000 may require home office approval. Without getting too bureaucratic, a system of checks and balances is a key quality control tool in a well managed claim office.

**Figure 2****Warning Lights During the Audit**

Claim auditors should beware of the following "early warning" signals which may flag developing management problems with outside adjusting services.

**Overworking files.** Some neophyte adjusters over-investigate small claims, either out of zeal, ignorance, or to stretch to meet their billing quotas. Whenever the auditor or client spots overworking of claim files—much more common when billings are on a time-and-expense basis—they should try to nip it in the bud.

**Underworking files.** More common than overworking losses, this occurs when:

- Adjusters narrowly responding to issues the clients raise, without suggesting other investigative avenues or claim resolution techniques.
- Adjusters taking an ultra cautious approach to all proposed initiatives, such as, "We recommend against further investigation, lest we stir up a claim".
- Adjusters cutting corners in investigations, paying claims without adequate documentation of liability or damages.

**Poor staff selection.** Request that claims be handled at the lowest professional level, consistent with the quality required. It may be in a client's best interest to have a trainee or 2-year adjuster handle basic collision losses or slips and falls. Adjusters commanding higher hourly rates should be reserved for the most serious losses.

**"Handoffs".** Do *not* allow the adjusting service to substitute another adjuster for one who has already gained substantial familiarity with your account or claims, unless there is a very good reason. If the adjusting service cannot avoid such a substitution, ask them to write off the time the new person spends learning about the client's claims, file, or account.

**Pyramiding.** Make sure the adjuster or adjusting service has not assigned a "team" of adjusters to work on a file, unless this has been cleared with the client and the justifications clearly spelled out. This type of staffing pyramid, which can inflate allocated loss adjusting expenses, should be for the exceptional case.

---

Are reserves holding steady, unchanged, for prolonged periods? This may signal inattention on the part of the adjuster. Resolved claims staying open for many months after settlement is a tip-off that someone is asleep at the wheel. Other tip-offs reflecting weak reserving practices include the following.

- A case reserved for \$150,000 settles for \$75,000 but the reserve remains \$150,000 until the file closes 60 days later.
- An adjuster reserves a fatality at \$15,000 since the first week it was reported and the reserve remains unchanged 10 months later.
- Defense counsel evaluated a claim reserved at \$25,000 to be worth \$200,000 6 months ago, but the adjuster only changed the reserve last week.
- Radical reserve jumps on the eve of trial.

436

All of these are "warning lights", signals that adjusters may not be paying attention to reserves, and that the individual case reserves are either under - or overstated. Other warning lights are shown in Figure 2.

Compare final payments with initial reserves. Avoid comparing final payments with final reserves. That is too easy! By the time the adjuster enters the final reserve, he probably knows close to the penny how much the claim will cost. Instead, how reliable are the *initial* reserves? Are the cases priced at a very rosy and unrealistic level, only to be hiked up later when bad news hits? Are adjusters trying to look like heroes in setting low reserves, hoping that they will get a transfer, get reassigned, or get accepted to law school before a major claim "meltdown" occurs?

How many reserve changes does the claims staff make over the life of files? This allows the auditor to conclude that, "on average, reserves were changed once per X number of months". This tells clients how often or infrequently adjusters are *really* examining reserves. For a slow developing medical malpractice

loss, a reserve change once every 5 months may be adequate. For a serious automobile liability claim, this is clearly inadequate.

### **Audit Report, Findings, and Follow-up**

A thorough claims audit does not end with an intensive file review. Ideally, it includes a *management examination* of the claims staff handling claims files. The auditor should spend time talking with adjusters, supervisors, and manager(s) handling the client's account. This rounds out impressions formed through file reading.

437

Part of what clients pay for should be a final written report with the auditor's findings and recommendations. An auditor should offer specific, concrete, and practical suggestions on improving the claims handling and management system. Ideally, an audit report should contain the following.

- The *body* of the report, discussing in detail the aspects of claim operations.
- An *appendix*: work sheets on each file that the auditor examined. Typically, the auditor's sheets will grade each file according to specific criteria, with some free space for remarks.
- An *executive summary* with specific recommendations. Busy professionals will likely not have time to slog through a 20-page single-spaced report. They want "bottom line" recommendations, preferably accompanied by cost estimates.

Once an audit is finished, it should not simply be put on the shelf or briefly circulated. To make it worth the investment of time and money, the audit recommendations must be implemented, or there should be compelling reasons for not doing so. This is not to say that everything auditors suggest will be valid or practical. The client should not feel bound to implement every audit suggestion. On the other hand, if the client ignores an audit's recommendations, he had better have a

### Figure 3

#### How to Survive a Claims Audit

How about when risk managers and clients are the subject of a claims audit? Here are some tips on surviving with flying colors when on the receiving end.

**Get an advance list of files.** Try to get a maximum amount of advance notice, so that you can locate and pull all files on the audit list. This also gives the claims staff the chance to review files pre-audit and anticipate any problems.

**Review the files in advance.** Check for rocks in the channel. Anticipate problems and prepare for areas of likely criticism, and formulate your response.

**Do some housecleaning.** Tidy up to make a good impression. Organize the file contents under brads. Make each file user-friendly.

**Have a preaudit discussion to preempt problems.** Be candid about problems the auditor is likely to see. Explain your claims philosophy. Do not boast, "Our files are in tip-top shape", even if you believe this to be true.

**Prepare the playing field.** Have all files ready and a conference room reserved. Be conversant with the cases. Have available an organizational chart, short biographies of key account people and technical/support staff available to answer questions or help out.

**Show an interest.** Poke your head in the door periodically and ask, "How is it going?" Are there any questions? Anything you can help with? Some problems and misunderstandings can be addressed on the spot.

**Accept constructive criticism.** Do not react like a hothead. Listen attentively. Admit problems, and the candor can be disarming. View the audit as a way to get an outsider's view of your operation, as an opportunity for improvement.

**Challenge fault findings.** If you strongly disagree with an audit report, go "on record" with a rebuttal. Do not overlook the obvious. The best way to sail through an audit is to have claims files in good shape: prompt and thorough investigations; sturdy reserves; sufficient file documentation so that files speak for themselves.

good reason for doing so and, preferably, should document the reasons.

Some auditors succumb to an ivory-towered outlook that makes their recommendations impractical. If, for example, the auditor suggests a doubling of claims staff during a hiring freeze, that is clearly unrealistic. The client may be able to use the report, however, to lobby against the freeze, to have the freeze lifted, or to justify some increase in claims department staffing.

Audits are a waste of time and money if reports become mere window dressing. A doctor can administer a physical checkup and suggest losing 15 pounds. If the patient keeps eating Twinkies and gaining weight, the checkup did little good. The same reasoning applies to a claims audit. The auditor can suggest, but it is up to the client to implement. Like a checkup, the audit can be an effective diagnostic and preventive tool, keeping a claims program in the pink of health!



## L'indemnisation du stress au travail\*

par

Katherine Lippel\*\*

*The author discusses the recovery of payment for disability under workers' compensation legislation in Québec, English Canada and the United States, with a focus on Québec. Ms. Lippel looks at both physical and psychological disabilities attributable to psychological stress in the workplace. She shows that while many American states have been compensating for both types of disability for several years, Canadian tribunals are only starting to recognize such claims. Québec is at the forefront, in Canada, in recognizing psychological disability related to chronic workplace stress, but lags behind other provinces when it comes to heart attack claims. Recognition of claims related to chronic workplace stress is still difficult to obtain. Workers must demonstrate that they are physically or psychologically disabled, and that their disability is most probably attributable to workplace stressors.*

441

---

\* Cet article, qui a été présenté en mai 1992 dans le cadre d'un colloque sur la santé au travail, Barreau du Québec, est tiré d'un livre intitulé *Développement récents en droit de la santé et sécurité au travail* (1992), Les Éditions Yvon Blais inc., (1992). Nous remercions l'auteur ainsi que l'éditeur pour leur aimable autorisation de reproduire cet article dans la revue *Assurances*.

\*\* Avocate et professeure au Département des sciences juridiques de l'U.Q.A.M.

La recherche pour ce texte a été effectuée dans le cadre de la préparation d'un livre sur le sujet de l'indemnisation des conséquences du stress au travail en droit nord américain. L'institut de recherche en santé et sécurité du travail a financé la recherche, et a permis l'assistance indispensable de Madame Catherine Néron, Me Louise Savard et Me Marie-Andrée Miquelon. Le livre paraîtra en 1992 aux Éditions Yvon Blais; la recherche a déjà donné lieu à deux articles de l'auteure: K. LIPPEL «Workers' Compensation and Psychological Stress Claims in North American Law: A Microcosmic Model of Systemic Discrimination», (1989) 12 *International Journal of Law and Psychiatry* 41 et «Compensation for Mental-Mental Claims Under Canadian Law», (1990) 8 *Behavioral Sciences & the Law* 375-398. Une version antérieure de ce texte a été présentée à titre de communication au Colloque sur les maladies professionnelles au Québec, Université de Sherbrooke, juin 1990.



## Introduction

442

L'existence du stress au travail n'est pas un phénomène nouveau, mais il semble y avoir un accroissement de réclamations auprès de la C.S.S.T. pour les lésions reliées au stress au travail depuis le début des années 80, accroissement qui peut être relié à la détérioration des conditions de travail durant la crise économique mais également à la prise de conscience par les travailleuses et travailleurs que les stresseurs au travail portent atteinte à leur santé physique et mentale.

Les médias se font un plaisir de promouvoir le stéréotype de l'homme d'affaire stressé, et ce stéréotype se reproduit chez les gens qui sont appelés à évaluer des réclamations. À juger de la jurisprudence québécoise, est surtout stressant le travail des policiers<sup>1</sup>, des gardiens de prison<sup>2</sup>, des cadres<sup>3</sup> et des contremaîtres<sup>4</sup>. Lorsque ces personnes réclament une indemnisation pour le stress au travail elles semblent avoir une meilleure chance de réussir que lorsqu'il s'agit de réclamations provenant de cols bleus<sup>5</sup>, de secrétaires<sup>6</sup> ou de couturières<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Voir à titre d'exemple: *Gosset et C.U.M.*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 60193051 & 60334440, Montréal le 11 décembre 1989; *Noel et Communauté Urbaine de Montréal*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9108002, Montréal, le 5 juin 1986; *Bergeron et C.U.M.*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9365 564, Montréal, le 26 novembre 1986; *Anglade et Communauté Urbaine de Montréal*, C.A.L.P.: 60-00247-8609, D.T.E.-88T-730; *Bouchard et Sureté du Québec & C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 701.

<sup>2</sup> *DeBellefeuille et Ministère de la Justice du Québec*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9315 968, Montréal, le 31 juillet 1986; *Loukil et Seradep Inc.*, [1986-87] B.R.P. 113, (un professeur enseignant aux détenus); *Brunelle et Service Correctionnel Canada*, [1987] C.A.L.P. 56; [1988] C.A.S. 79; C.A.S. AT-621931; *Linch et Ministère du Solliciteur général du Canada*, [1987] C.A.L.P. 590; *Service correctionnel du Canada et Crack*, [1990] C.A.L.P. 37.

<sup>3</sup> *Soubigou et Malaso Inc. et C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 977.

<sup>4</sup> *DeBellefeuille et Ministère de la Justice du Québec*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9315 968, Montréal, le 31 juillet 1986; *Maheu et Compagnie des Chemins de Fer Nationaux du Canada et C.N. Route*, C.A.L.P.: 63-00035-8605, le 11 septembre 1987 (une contestation de cette décision est pendante devant la Cour supérieure dans le dossier 500-05-009605-872).

Lorsqu'un contremaître est harcelé par « ses hommes » il s'agit du stress au travail indemnisable<sup>5</sup>; lorsque les travailleurs et travailleuses sont harcelé(e)s par le contremaître les instances semblent plutôt portées à conclure qu'il s'agit de questions de relations de travail qui se situent en dehors du cadre de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>9</sup>, ou qu'il ne s'agit pas véritablement de harcèlement<sup>10</sup>.

Le Québec est à l'avant-garde, comparé aux autres juridictions canadiennes, dans son traitement des réclamations pour incapacité psychologique reliée au stress chronique au travail. Le Tribunal d'appel des accidents du travail de l'Ontario a reconnu quelques réclamations de cette nature<sup>11</sup>. En 1987 la Commission des accidents du travail de la Saskatchewan a adopté une directive interne qui permet la reconnaissance de certaines réclamations reliées au stress au travail, mais elle semble ne recevoir que peu de réclamations. Mais au Québec plusieurs dizaines de réclamations ont déjà été acceptées, certaines depuis presque une décennie. Par contre, le Québec paraît être une des juridictions les plus conservatrices lorsqu'on analyse les réclamations pour les problèmes cardiaques, et les deux Commissions siégeant en appel refusent encore des

443

<sup>5</sup> *General Motors du Canada Ltée et Bélanger*, [1987] C.A.L.P. 600, Montréal, le 10 septembre 1987; *Ville de Laval et Lemieux*, C.A.L.P.: 01282-61-8611, le 30 septembre 1987.

<sup>6</sup> *Hôpital de la Baie et Gariépy*, [1987] C.A.L.P. 38, Québec, le 20 mars 1987.

<sup>7</sup> *Fionda et Rideaux Commonwealth Ltée*, [1986-87] B.R.P. 363, le 29 janvier 1987.

<sup>8</sup> *DeBellefeuille et Ministère de la Justice du Québec*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9315 968, Montréal, le 31 juillet 1986; *Maheu et Compagnie des Chemins de Fer Nationaux du Canada et C.N. Route*, C.A.L.P.: 63-00035-8605, le 11 septembre 1987 (une contestation de cette décision est pendante devant la Cour supérieure dans le dossier 500-05-009605-872).

<sup>9</sup> Cette affirmation est moins vraie aujourd'hui qu'elle l'était dans les premières années d'adjudication sur ces questions. Comparez *Lanthier et Défense Nationale*, [1985-86] B.R.P. 443, le 24 avril 1986; [1981] C.A.S. 530; et *Accidents du travail - 76*, [1983] C.A.S. 641 avec *Anglade et Communauté Urbaine de Montréal*, C.A.L.P.: 60-00247-8609, D.T.E.- 88T-730.

<sup>10</sup> Voir *J.M.C. (1973) Ltée et Bérardin* [1991] C.A.L.P. 54 et *Barber et Ministère de la Défense nationale*, [1989] C.A.L.P.1136.

<sup>11</sup> *Décision 145/89*, [1990] 14 W.C.A.T.R. 74; *Décision 684/89*, [1990] 16 W.C.A.T.R. 132; voir aussi les décisions de principe: *Décision 918*, [1988] 9 W.C.A.T.R. 48 et *Décision 1018/87*, [1989] 10 W.C.A.T.R. 82.

réclamations qui auraient été reconnues dans la plupart des provinces anglophones.

444 Aux États-Unis au-delà de vingt États américains acceptent des réclamations pour stress chronique et incapacité psychologique, alors que la quasi-totalité des États acceptent d'indemniser pour les infarctus du myocarde. Depuis les années soixante plusieurs États américains acceptent d'indemniser pour de telles lésions, même si la source des lésions est le stress inhérent au travail de la personne réclamante<sup>12</sup>. Certes quelques États exigent encore que la victime ait été atteinte physiquement, mais il s'agit d'États minoritaires ayant souvent une exclusion spécifique dans leur législation. Les États américains les plus importants, tel la Californie, le Michigan, New York, le Massachusetts, Hawaii, le New Jersey, la Pennsylvanie et la Virginie de l'ouest acceptent tous d'indemniser pour de telles réclamations depuis plusieurs années. La Californie et jusqu'à récemment le Michigan, vont jusqu'à dire que la perception erronée du travailleur quant à la relation entre son travail et sa maladie, peut donner ouverture à l'indemnisation lorsque le travailleur développe une incapacité en réaction aux conditions qu'il perçoit comme stressantes, même si objectivement elles ne le sont pas.

Dans un contexte de libre échange, il est pertinent de voir que les Américains, si conservateurs dans l'octroi des prestations sociales, acceptent des réclamations qui sont souvent refusées au Québec et au Canada. Ceci ne veut pas dire que les Américains sont plus généreux. Parfois c'est l'employeur lui-même qui souhaite que la réclamation soit reconnue à titre d'accident du travail afin de se protéger d'une poursuite civile coûteuse qui pourrait être intentée par la victime du stress au travail dans

<sup>12</sup> Plusieurs États acceptent d'indemniser lorsque l'incapacité psychologique survient par le fait ou à l'occasion des conditions de travail, même si ces conditions ne comportent rien d'inusité: il s'agit de la Californie, du Michigan, de Hawaii, de New Jersey, de la Virginie de l'ouest, de l'Alaska, du Kentucky et du District de Columbia. D'autres États exigent la preuve du caractère inusité des conditions de travail, mais il suffit que ces conditions soient plus stressantes que celles vécues par l'ensemble de la population en dehors du travail, ou par l'ensemble des travailleurs. Ces États sont: l'Arizona, l'Arkansas, le Colorado, le Maine, le Massachusetts, le Nouveau Mexique, New York, l'Oregon, le Rhode Island, le Wisconsin et le Wyoming.

l'éventualité où la réclamation était exclue du régime d'indemnisation.

Au Québec, au Canada et aux États-Unis les Commissions des accidents du travail sont très réticentes à reconnaître les réclamations fondées sur le stress au travail. Cette réticence s'explique par le fait que l'étiologie des dommages psychologiques, comme celle des maladies cardiaques est multiple et complexe les lésions pouvant être souvent reliées à la fois aux conditions de travail et aux facteurs environnementaux non reliés au travail. Lorsque l'incapacité qui découle du stress est de nature psychologique les commissions sont encore plus méfiantes : une dépression ne se vérifie pas par des signes dit objectifs. Déjà lorsque la travailleuse ou le travailleur souffre d'une maladie professionnelle les Commissions semblent errer du côté de la prudence, refusant la réclamation si elles sont incertaines de l'étiologie ; lorsque la maladie ne se voit pas, le sort du travailleur ou de la travailleuse est encore plus incertain.

445

## 1. Qualification des problématiques

Lorsqu'on regarde la question de l'indemnisation des conséquences du stress vécu au travail il y a lieu de bien définir les différents types de situations qui peuvent se présenter, car l'analyse des réclamations se fera sur une base différente selon le type de stress qui est décrit dans la réclamation, selon la nature de la lésion qui en découle et selon la manière que la réclamation est formulée.

### a) *Qualification factuelle*

#### i) *Stress aigu ou stress graduel ou chronique ?*

Dans le langage populaire, et dans le langage des commissions d'indemnisation, des employeurs, des travailleurs et des juges, le terme « stress » désigne une multitude de réalités. Les uns se réfèrent aux événements stressants au travail lorsqu'ils disent qu'il y a beaucoup de stress au travail, que leur travail est stressant. Les autres se disent bien stressé, pour

désigner les conséquences sur eux du stress au travail. Une première distinction s'impose pour bien se comprendre : les événements stressants survenus au travail sont des « stressseurs » ; la réaction d'une personne aux stressseurs est le « stress ». On parle de l'indemnisation des conséquences du stress au travail uniquement lorsque les réactions aux stressseurs rencontrés au travail deviennent psychologiquement ou physiquement incapacitantes. Il appartient au travailleur de démontrer, avec une preuve de nature médicale, qu'il est incapable d'effectuer son travail<sup>13</sup>.

446

Une réclamation pour une réaction psychologique ou physique qu'on allègue être en relation avec un événement stressseur subit et précis, tels un vol de banque, une prise d'otage, une altercation ou le fait d'avoir été témoin du décès d'un collègue de travail, porte sur une situation qui comporte du « stress aigu ». Ces réclamations sont plus facilement reconnues, et souvent les dossiers se règlent au niveau de l'agent d'indemnisation, surtout si l'incapacité est de nature psychologique, et de courte durée.

Une réclamation basée sur le stress chronique peut impliquer une réaction psychologique ou physique qu'on allègue être en relation avec les conditions de travail en général, avec une situation de harcèlement sexuel, racial ou personnel qui s'est étalée sur une période de semaines, de mois ou d'années, avec une surcharge de travail échelonnée sur des semaines ou des mois, ou avec l'atmosphère déprimante du travail.

Entre les deux, on trouve des réclamations qu'on peut qualifier de mixtes : après une série d'événements désagréables ou traumatisants la travailleuse ou le travailleur n'en peut plus. Ce n'est pas le dernier événement qui a causé l'incapacité mais le cumul d'une série d'événements. Ces réclamations sont véritablement des réclamations pour stress chronique, mais la jurisprudence des tribunaux administratifs encourage les travailleurs et travailleuses à formuler des réclamations pour

---

<sup>13</sup> *Lévesque et S.T.C.U.M.*, C.A.L.P. 08213-60-8806, 17 juin 1991.

épuisement professionnel en spécifiant une série de mini-événements comme étant des microtraumatismes constituant, lorsque vu dans leur ensemble, un accident du travail.

Les réclamations pour stress chronique ne sont pas facilement acceptées, bien que plusieurs décisions québécoises acceptent le droit à l'indemnisation dans de tels cas.

ii) *La lésion est-elle physique ou psychologique, ou s'agit-il d'un suicide ?*

Que les événements stressseurs soient de nature aiguë ou chronique, l'être humain qui y est exposé peut réagir de différentes manières. Certaines personnes deviendront déprimées alors que d'autres peuvent être terrassées par une crise cardiaque. D'autres personnes n'auront peut-être aucune réaction. Ce n'est pas parce que seulement une personne exposée aux événements stressseurs réagit que cette personne n'a pas le droit d'être indemnisée<sup>14</sup>. On réagit chacun et chacune à sa manière. Par contre, les règles de droit sont appliquées différemment par la C.S.S.T. selon que la travailleuse ou le travailleur ait fait un infarctus du myocarde, une dépression, ou qu'il ou elle s'est suicidé(e)<sup>15</sup>. Bien que rien dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ne le justifie, la C.S.S.T. va réagir parfois différemment selon qu'il s'agit d'une incapacité psychologique ou d'une incapacité physique. De même, la C.S.S.T. va traiter une réclamation pour une dépression reliée à un accident de travail ayant causé des lésions physiques avec plus d'ouverture que lorsque la dépression découle d'événements

447

<sup>14</sup> Sur cette question voir: *Sauveteurs et victimes d'actes criminels - 4*, [1987] C.A.S. 10, à la page 17: «La notion de maladie professionnelle n'implique pas nécessairement que tous les travailleurs d'un même métier présentent les mêmes signes d'exposition (risques du métier); il faut considérer la variabilité de l'adaptation individuelle. Celle-ci restera toujours une notion à caractère individuel et, tant qu'elle reste raisonnable, la Commission croit qu'elle ne prive pas du droit aux indemnités en matière de maladie professionnelle.» Il s'agissait d'une réclamation pour problèmes neuropsychologiques reliés à l'utilisation des écrans cathodiques. La réclamation de la travailleuse fut acceptée par le bureau de révision et cette décision fut confirmée par la Commission des affaires sociales.

<sup>15</sup> Sur les questions particulières qui se posent dans les cas de suicides reliés aux événements stressseurs au travail voir: *Sauveteurs et Victimes d'actes criminels - 10*, [1988] C.A.S. 46.

n'ayant pas atteint la travailleuse ou le travailleur physiquement. Ici nous n'allons pas parler des dommages psychologiques découlant d'accident physique, mais nous allons examiner à tour de rôle le droit à l'indemnisation pour dommages psychologiques et physiques, découlant de stressseurs au travail.

**b) Qualification juridique : S'agit-il d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'une maladie reliée à un accident du travail ?**

448

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* a pour objet la réparation des lésions professionnelles<sup>16</sup>, et ce dernier terme comprend, entre autres, une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou une maladie professionnelle<sup>17</sup>. Le régime d'indemnisation sans faute existe depuis 1909<sup>18</sup>, et prévoit l'indemnisation pour les accidents depuis cette date, et pour les maladies depuis 1931<sup>19</sup>. En contrepartie à ce droit d'être indemnisés sans prouver la faute de l'employeur, les travailleurs ont perdu le droit de poursuivre leur employeur en dommages pour toute atteinte à leur santé survenue par le fait ou à l'occasion du travail, même lorsque l'employeur a fait preuve d'une négligence criminelle<sup>20</sup>. L'interprétation téléologique de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* nous amène à conclure que toute lésion qui aurait pu faire l'objet d'une poursuite civile contre l'employeur doit nécessairement être indemnisable en

<sup>16</sup> L.R.Q. c. A-3.001, art. 1.

<sup>17</sup> *Id.*, art. 2. Ce même article définit ainsi l'accident du travail: «un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle»; la maladie professionnelle se définit comme «une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique du travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail».

<sup>18</sup> *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et la réparation des dommages qui en résultent*, (1909), 9 *Id.* VII, c 66.

<sup>19</sup> *Loi relative aux accidents du travail*, (1931), 21 *Geo.* V, c 100.

<sup>20</sup> *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q. c. A-3.001, art. 438; il est à noter que l'article 441 permet les poursuites civiles lorsque le responsable a commis un acte criminel, à la condition que ce responsable ne soit pas l'employeur du travailleur lésé.

vertu de la loi, car l'objectif du législateur était non seulement d'éliminer le contentieux de responsabilité civile qui pouvait impliquer les salariés et leur employeur, mais également d'indemniser les lésions qui n'étaient attribuables à aucune faute, ou qui étaient carrément attribuables à la faute du travailleur lui-même<sup>21</sup>.

Dans les dernières années un nouveau contentieux dans le domaine des lésions professionnelles s'est développé, et ce domaine du droit social qui avait été jusqu'alors relativement à l'abri de litiges judiciaires a été inondé par des plaideurs qui ont cherché, avec un certain succès, à promouvoir une interprétation littérale et restrictive de la notion de lésion professionnelle, et plus particulièrement de la notion d'accident du travail<sup>22</sup>. Souvent ces arguments ont été plaidés en faisant abstraction des objectifs de la législation, et certaines décisions des tribunaux supérieurs, fondées sur une interprétation littérale de la notion d'accident, avaient pour effet d'exclure de la portée de la loi des lésions qui auraient pu faire l'objet d'une poursuite civile basée sur une organisation fautive du travail<sup>23</sup>.

La Commission des accidents du travail, la Commission des affaires sociales, et la Commission de la santé et de la sécurité du travail ont souvent élargi la notion d'accident du travail pour englober des lésions survenues graduellement, car en

<sup>21</sup> Pour l'analyse historique de cette législation voir K. LIPPEL, *Droit des accidents du travail à une indemnisation: Analyse historique et critique*, Éditions Thémis, Montréal, 1986.

<sup>22</sup> Voir notamment *Domtar inc. et C.A.L.P. et Gendron et Lamontagne*, [1988] C.A.L.P. 732, en appel à 200-09-000528-882; *Hydro-Québec et C.A.L.P.*, [1989] R.J.Q. 1833 en appel à 500-09-000882-894; *S.T.C.U.M. et C.A.L.P. et al.*, [1990] C.A.L.P. 176, en appel à 500-09-00295-907; voir toutefois *Centre hospitalier des Laurentides et C.A.L.P. et al.*, [1990] C.A.L.P. 1085, en appel à 500-09-001584-903.

<sup>23</sup> On pense notamment à l'affaire *Société canadienne des postes et C.A.L.P. et Brassard et C.S.S.T. et Robichaud* [1990] C.A.L.P. 952 qui a pour effet d'éliminer de la notion d'accident les lésions survenues au système musculo-squelettique suite à des micro-traumatismes. Cette décision est actuellement en appel à la Cour d'appel du Québec dans le dossier 500-09-001265-902. Ce même raisonnement a été utilisé par le Bureau de révision paritaire afin de refuser une réclamation pour une lésion physique survenue à l'occasion du travail sur une machine défectueuse au motif qu'elle était habituellement défectueuse, et que de ce fait il ne pouvait y avoir d'accident du travail. Voir *Rancourt et Papier Journal Domtar*, Bureau de Révision Paritaire, C.S.S.T., dossier 9284-303, décision reversée par la C.A.L.P. à [1989] C.A.L.P. 778.

se faisant ils évitaient les conséquences d'un précédent à l'effet qu'une lésion donnée constituait une maladie professionnelle. Tout porte à croire qu'afin d'éviter des décisions à conséquences collectives elles ont préféré interpréter restrictivement la notion de maladie professionnelle, et d'élargir la notion d'accident pour englober les lésions qui étaient en relation avec le travail, même lorsqu'elles étaient survenues graduellement. Plusieurs décisions remettant en question cette approche sont actuellement devant la Cour d'appel du Québec. Dans l'éventualité où une interprétation littérale du terme accident est maintenue, il faudrait revoir la notion de maladie professionnelle, afin d'éviter qu'une partie des lésions attribuables au travail cessent d'être indemnissables en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Pour le moment, en attendant les décisions de la Cour d'appel, et éventuellement celles de la Cour suprême du Canada, les plaideurs doivent tenir compte de l'ancienne approche jurisprudentielle, tout en gardant à l'esprit les enjeux éventuels que représentent une interprétation littérale et restrictive de la notion d'accident. Devant l'incertitude jurisprudentielle il faut analyser les réclamations à titre de lésions professionnelles, sans se borner à opter pour l'un ou l'autre des démembrements de cette notion<sup>24</sup>. On peut quand même retenir certaines balises qui demeurent pertinentes.

Lorsqu'il s'agit d'une réclamation pour les conséquences du stress aigu elle sera habituellement présentée comme étant une réclamation pour une maladie survenue par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail. De fait, par définition la réclamation pour stress aigu est reliée à un événement traumatique précis qui sort de l'ordinaire, même si de tels

---

<sup>24</sup> La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles a déjà statué que ses commissaires avaient l'obligation d'examiner une réclamation en fonction de la notion de lésion professionnelle, et ceci même si la base juridique invoquée ne semblait être que celle de la maladie professionnelle. Voir *Boucher et Magasin Coop Trois-Pistoles*, [1989] C.A.L.P. 112.

événements surviennent régulièrement dans le cadre du travail habituel de la personne qui fait la réclamation<sup>25</sup>.

Lorsqu'il s'agit d'une réclamation pour les conséquences du stress graduel ou chronique le dossier peut être présenté comme étant une réclamation à titre de maladie professionnelle, ou comme étant une réclamation à titre de maladie survenue par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail constitué de microtraumatismes. La réclamation à titre de maladie professionnelle cherche à démontrer que les conditions stressantes du travail sont un risque particulier du travail, et dans ces cas la responsabilité de l'organisation du travail doit ressortir plus clairement. Seulement sept réclamations furent reconnues à titre de maladie professionnelle<sup>26</sup>, alors que plusieurs décisions acceptent d'indemniser les conséquences du stress chronique comme étant des maladies survenues à l'occasion d'un accident du travail constitué de microtraumatismes<sup>27</sup>. Vu que la Cour

451

<sup>25</sup> Voir à titre d'exemple *Linch et Service correctionnel du Canada*, [1985-86] B.R.P. 174, où une gardienne de prison a souffert d'une angoisse situationnelle après avoir découvert le cadavre d'un détenu. En refusant la réclamation de la travailleuse le Bureau de révision paritaire avait accepté l'argumentation patronale à l'effet que le fait de retrouver des cadavres de détenus dans un pénitencier était un événement normal, car les détenus se suicident souvent dans les pénitenciers. Dans *Linch et Ministère du Solliciteur général du Canada*, [1987] C.A.L.P. 590 la C.A.L.P. accepte la réclamation de la travailleuse, à titre d'accident du travail. Voir toutefois C.A.S. AT-57697 où la Commission des affaires sociales refuse une réclamation dans des circonstances similaires. Sur des questions similaires voir *Bouchard et Sureté du Québec & C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 701 relatif à une fusillade ayant traumatisé un policier quelques années plus tard. La réclamation est reconnue à titre de maladie survenue à l'occasion d'un accident du travail. Un autre cas de fusillade célèbre, reconnu par la C.S.S.T. et confirmé par le Bureau de révision paritaire est l'affaire *Gosset et C.U.M.*, B.R.P. 60193051 & 60334440, où la C.S.S.T. indemnise le policier qui avait tiré et tué le jeune Anthony Griffin.

<sup>26</sup> *Côté et Syndicat Canadien de la Fonction Publique*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9115982, Montréal, le 8 octobre 1986; *Lowkil et Seradep Inc.*, [1986-87] B.R.P. 113, le 2 octobre 1986; *Sauveteurs et Victimes d'actes criminels - 4*, [1987] C.A.S. 10; *Rainville et Fraternité internationale des ouvriers en électricité (F.I.P.O.E.)*, C.A.L.P. 10388-62-8812, décision du 18 décembre 1990; *Service correctionnel du Canada et Crack*, [1990] C.A.L.P. 37; *Leclair et Pavillons Bois-Joly Inc.*, C.A.L.P. 10713-62-8812, décision du 23 juillet 1991; dans *Brunelle et Service Correctionnel du Canada*, C.A.L.P. 63-00042-8607, décision du 31 mars 1987 il s'agissait d'une rechute d'une maladie professionnelle préalablement reconnue.

<sup>27</sup> Voir notamment: *Béliveau St. Jacques et Conseil Central de Sherbrooke (C.S.N.)*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 60183128, Outaouais le 9 février 1989; *Dupire et Agriculture Canada*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 60271089, Longueuil le 28 mars 1990; *Anglade et Communauté Urbaine de Montréal*, C.A.L.P.: 60-00247-8609, D.T.E. - 88T-730; *Gagnon et Commission Administrative des Régimes de*

supérieure a récemment émis l'opinion que le stress chronique n'est pas indemnisable à titre de maladie survenue par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, il y aura lieu de surveiller de près l'évolution de la jurisprudence sur cette question<sup>28</sup>. Il se peut qu'une confirmation de ces décisions par la Cour d'appel aura à long terme pour effet indirect de faire redresser l'interprétation jusqu'alors restrictive de la notion de maladie professionnelle.

452

## 2) L'indemnisation de l'Incapacité psychologique découlant d'un stress psychologique

### a) *Traitement juridique des lésions psychiques*

L'incapacité psychologique peut être temporaire ou permanente. Elle peut mener à une incapacité partielle permanente, prévue au Chapitre XV du *Barème des déficits*<sup>29</sup>. Elle peut aussi mener à des limitations fonctionnelles rendant nécessaire un programme de réadaptation permettant le recyclage du travailleur ou de la travailleuse. Les spécificités de l'incapacité psychologique évoquent certaines réflexions particulières.

#### i) *Quelques considérations sur la preuve*

L'incapacité psychologique reliée aux conditions de travail stressantes est plus facilement reconnue lorsque la source de

---

*Retraite et d'Assurances & C.S.S.T.*, [1989] C.A.L.P. 769; *Maheu et Compagnie des Chemins de Fer Nationaux du Canada et C.N. Rowe*, C.A.L.P.: 63-00035-8605, le 11 septembre 1987 (une contestation de cette décision est pendante devant la Cour supérieure dans le dossier 500-05-009605-872); *Service correctionnel du Canada et St. Laurent*, C.A.L.P. 03461-62-8706; *Soubigou et Maloso Inc. et C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 977; C.A.S. AT-58031, décision du 25 juillet 1989; C.A.S. AT-59927, décision du 7 novembre 1988, cassée en évocation dans *Société canadienne des postes et C.A.S. et al.*, C.S. 500-05-14015-885, décision du 10 octobre 1989, en appel à la Cour d'Appel du Québec à 500-09-001481-894; *Cano et Société canadienne des postes*, C.A.L.P. 14008-62-8908, décision du 22 mai 1991.

<sup>28</sup> *Société canadienne des postes et C.A.S. et al.*, C.S. 500-05-14015-885, décision du 10 octobre 1989, en appel à la Cour d'appel du Québec à 500-09-001481-894. Voir aussi *Filiatrault et C.A.S. et C.S.S.T.*, [1988] R.J.Q. 2276, en appel à 500-09-001129-881.

<sup>29</sup> Décret 1291-87, (1987) 119 G.O.Q. Partie II 5576. Les déficits psychiques varient de 0% à 100%, selon les diagnostics et les atteintes.

stress est un événement précis, de caractère aigu, bien que les réclamations reliées au stress chronique ont été reconnues à plusieurs reprises.

Même dans les cas de stress aigu la C.A.L.P. a décidé que la présomption de l'article 28 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ne s'applique pas, les lésions psychologiques n'étant pas, selon elle, des blessures<sup>30</sup>. En principe il n'est pas difficile de faire la preuve qu'il s'agit d'un accident du travail dans les cas de stress aigu, bien qu'une certaine jurisprudence tente d'exiger que l'événement à la base de la réclamation soit un événement anormal par rapport au travail habituel<sup>31</sup>.

453

L'aspect litigieux des réclamations pour stress aigu porte souvent sur la relation entre la lésion et l'événement stressant, ou la durée de l'incapacité, bien que la contestation porte parfois sur l'existence même d'un accident du travail. Les preuves admissibles et pertinentes à l'appui de la réclamation comprennent les témoignages du travailleur ou de la travailleuse et des membres de sa famille quant à son comportement suite aux événements stressants<sup>32</sup>, et les témoignages des collègues de travail<sup>33</sup>. Souvent la preuve médicale est basée en partie sur la

<sup>30</sup> *General Motors du Canada et Bélanger*, [1987] C.A.L.P. 600.

<sup>31</sup> Voir par exemple *Linch et Service correctionnel du Canada*, [1985-86] B.R.P. 174 où il fut décidé que la découverte d'un cadavre d'un détenu était un événement normal dans le travail d'une gardienne de pénitencier et donc ne donnait pas ouverture à l'indemnisation. Cette décision fut renversée dans *Linch et Ministère du Solliciteur général du Canada*, [1987] C.A.L.P. 590. La Commission des affaires sociales a également émis l'opinion à l'effet que la découverte du cadavre d'un détenu était un aspect usuel du travail de gardien de prison dans: C.A.S. AT-57697, décidé le 6 janvier 1987. Voir également: *Service Correctionnel du Canada et Brigitte Mercier*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 9545946, Laval le 23 novembre 1987 (décision en appel à la C.A.L.P.), où il fut décidé que le harcèlement sexuel d'une gardienne de prison par les détenus constituait un événement normal et donc non indemnisable; une émeute dans un pénitencier n'est pas un événement normal, selon la C.A.S., voir: C.A.S. AT- 53875.

<sup>32</sup> Voir à titre d'exemple la preuve dans le dossier de suicide reconnu dans *Sauveteurs et victimes d'actes criminels - 10*, [1988] C.A.S. 46. Le psychiatre qui a témoigné dans ce dossier n'avait jamais rencontré le travailleur de son vivant, et les témoignages de ses proches furent déterminants dans la reconnaissance de la réclamation.

<sup>33</sup> Voir à titre d'exemple la preuve dans *Lastleur et Syndicat des employés de la Commission scolaire régionale*, Bureau de révision paritaire, 8643222, décision du 3 octobre 1985; *Loukil et Seradep inc.*, [1986-87] B.R.P. 113.

454

version du travailleur, et sa crédibilité lors de l'audition aura un effet sur la valeur probante des rapports médicaux qui sont basés sur ou qui ont écarté la version du travailleur. Normalement les tribunaux vont préférer le témoignage du médecin traitant à celui d'un expert n'ayant rencontré le travailleur ou la travailleuse qu'une ou deux fois<sup>34</sup>. Un psychiatre sera préféré à un généraliste, bien qu'il ne soit pas essentiel d'avoir une preuve de spécialiste au dossier pour se voir reconnaître sa réclamation<sup>35</sup>. Si la personne qui fait la réclamation ne prend pas ou ne prend plus des médicaments on traitera sa réclamation avec méfiance, bien qu'il ne soit pas absolument nécessaire que la travailleuse ou le travailleur prenne des médicaments pour réussir à se faire indemniser<sup>36</sup>. Un psychologue peut témoigner sur la relation entre le travail et la maladie, sur la nature de l'incapacité et sur les traitements. Toutefois le psychologue ne peut être considéré médecin qui a charge du travailleur au sens où l'entend la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>37</sup>.

ii) *Les questions de personnalité ou de conditions préexistantes*

Lorsque la travailleuse ou le travailleur n'a jamais eu de problèmes psychologiques auparavant, sa réclamation sera plus facilement acceptée. Par contre, l'existence d'une condition psychiatrique préexistante ne fait pas nécessairement échec à la réclamation<sup>38</sup>. De même, un travailleur qui vit à la fois des problèmes au travail et des problèmes personnels peut néanmoins voir sa réclamation reconnue si les événements ou les conditions de travail ont contribué à l'incapacité d'une manière significative<sup>39</sup>.

<sup>34</sup> Voir C.A.S. AT-59568 décision de la C.A.S. du 13 mai 1988.

<sup>35</sup> Voir C.A.S. AT-61134, décision de la C.A.S. du 12 juillet 1989.

<sup>36</sup> Voir C.A.S. AT-59568, décision de la C.A.S. du 13 mai 1988.

<sup>37</sup> *Perron et S.T.C.U.M.*, C.A.L.P.05298-60-8711, 05361-60-8711, 12452-60-8903, décision du 23 avril 1991.

<sup>38</sup> Voir *Lemouzy et Hôpital Rivière des Prairies*, [1988] C.A.L.P. 573; aussi: C.A.S. AT-61134, décision de la C.A.S. du 12 juillet 1989.

<sup>39</sup> Voir *Bouchard et Sureté du Québec & C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 573.

Bien que certaines décisions des différents tribunaux ont initialement laissé entendre qu'une personnalité « fragile » ou vulnérable ne pouvait pas imputer ses problèmes au travail<sup>40</sup>, la jurisprudence plus récente de la Commission des affaires sociales<sup>41</sup> ainsi que celle de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles<sup>42</sup> stipule clairement que l'incapacité psychologique est indemnisable, peu importe la personnalité de la victime, si les conditions de travail l'ont déclenchée ou aggravée. En vertu du « thin skull rule »<sup>43</sup> l'employeur et par conséquent la C.S.S.T. doivent prendre le travailleur dans l'état où il se trouve et ne peuvent invoquer sa vulnérabilité préexistante pour se soustraire à l'obligation d'indemnisation lorsque le travail déclenche ou aggrave une condition personnelle préexistante. Lorsque la personne réclamante a eu des difficultés psychologiques dans le passé, l'expertise psychiatrique devient particulièrement importante. Tout porte à croire que ces dossiers font l'objet d'une contestation plus systématique, et il est probable que l'adjudication définitive sera celle de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, car les réclamations impliquant une condition préexistante sont rarement acceptées au premier niveau.

455

En Ontario, les tribunaux semblent particulièrement intéressés par la vie privée des travailleurs faisant des réclamations pour des dommages reliés au stress au travail<sup>44</sup>. Au

<sup>40</sup> Voir *Laflamme et C.S.S.T.*, C.A.L.P. 60-00213-8608, décision du 6 juillet 1987, où on reprochait avec succès à la travailleuse le fait qu'elle avait une personnalité de Type A qui faisait en sorte qu'elle soit trop impliquée dans son travail d'agente d'information à la C.S.S.T. A la C.A.S. voir: *Sauveteurs et victimes d'actes criminels - 60*, [1986] C.A.S. 639, où on reprochait au travailleur sa personnalité « fragile »; voir également *Desroches et Chaussures Yellow Itée*, C.A.L.P. 01422-60-8610.

<sup>41</sup> Commission des affaires sociales AT-58031, décision du 25 juillet 1989. Cette décision fait une revue de la jurisprudence à l'effet d'appliquer la « Thin skull rule » en matière d'accidents du travail.

<sup>42</sup> *Gagnon et Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances et C.S.S.T.*, [1989] C.A.L.P. 769, où le travailleur avait supposément une personnalité rigide. Voir également *Eliane Guitar-Prieur et Miracle Mari*, [1989] C.A.L.P. 738 où on reprochait à la travailleuse sa personnalité « nerveuse ». Ces deux réclamations furent acceptées.

<sup>43</sup> Jean-Louis Baudouin, *La Responsabilité civile délictuelle*, 3e édition, Les Éditions Yvon Blais, 1990, p.118.

<sup>44</sup> Voir notamment *Décision no. 918*, [1988] 9 W.C.A.T.R. 48.

Québec, la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>45</sup> protège en principe la vie privée de tous, mais il est loin d'être évident que cette protection sera efficace lorsque la question en litige est l'étiologie d'une incapacité psychologique. Aux États-Unis, la jurisprudence semble dégager que ce n'est que dans les cas où le travailleur a déjà souffert d'une condition psychiatrique préexistante et qu'il vit concurremment des événements stressants tant au niveau du travail que personnel qu'alors la relation entre le travail et l'incapacité devient douteuse<sup>46</sup>.

456

**b) Cas particulier de l'incapacité développée graduellement**

Lorsqu'on parle de réclamations pour le stress vécu au travail les situations les plus courantes sont celles où on allègue que les conditions de travail stressantes ont graduellement miné la santé des travailleuses et travailleurs. Parfois il s'agit des effets néfastes de l'implantation d'une nouvelle technologie<sup>47</sup>, parfois il s'agit de harcèlement sexuel<sup>48</sup>, racial<sup>49</sup> ou personnel<sup>50</sup>.

<sup>45</sup> L.R.Q. c. C-12, art. 5.

<sup>46</sup> Cette affirmation est basée sur notre analyse d'au delà de quatre cents décisions américaines sur le sujet. Il s'agit d'une hypothèse qui se dégage d'une analyse statistique des décisions publiées, et demeure au stade de l'hypothèse pour le moment. Elle est discutée plus longuement dans notre livre qui doit paraître aux Éditions Yvon Blais en 1992.

<sup>47</sup> Voir *Sauveteurs et victimes d'actes criminels-4*, [1987] C.A.S. 10, où on a accepté à titre de maladie professionnelle la réclamation de la travailleuse exposée aux écrans cathodiques pour des périodes excessives. En Ontario, un travailleur de Bell Canada a échoué dans sa tentative de se faire indemniser pour le stress relié à l'implantation des systèmes informatisés de surveillance d'efficacité (Average Waiting Time system) dans une décision importante: Voir *Décision no. 918*, [1988] 9 W.C.A.T.R. 48; au Québec un droit de refus impliquant, entre autres, l'implantation d'un système de robotique fut refusé, au motif que les travailleurs n'avaient pas fait la preuve que leur santé était en danger dans: *Richard et al et Ministère du revenu du Québec*, C.A.L.P. 03051-60-8705, décision du 29 juin 1988.

<sup>48</sup> C.A.S. AT-61134, décision du 12 juillet 1989, voir également *Leduc et Les Centres d'accueil du Haw St. Laurent*, Bureau de révision, C.S.S.T.: 8518 466, décision du 30 octobre 1984.

<sup>49</sup> *Anglade et C.U.M.*, C.A.L.P. 60-00247-8609, rapporté à D.T.E. 88T-730, décision du 17 juin 1988.

<sup>50</sup> *Béliveau St. Jacques et Conseil Central de Sherbrooke (CSN)*, B.R.P. 60183128, décision du 9 février 1989; voir également C.A.S. AT-58031, décision du 25 juillet 1989; *Maheu et Compagnie des Chemins de fer nationaux du Canada & C.N. Rowe*, C.A.L.P. 63-00035-8605 (une contestation de cette décision est pendante devant la Cour supérieure dans le dossier 500-05-009605-872); *Lafleur et Syndicat des Employés*

Souvent il s'agit d'une surcharge de travail échelonnée sur une période de semaines<sup>51</sup>, ou de mois<sup>52</sup>. Il peut s'agir d'une modification de tâches<sup>53</sup>, ou tout simplement d'une série d'événements stressants qui pris ensemble font que le travailleur ne peut plus faire face au travail<sup>54</sup>. Dans certains cas on se situe dans un contexte d'évaluation négative<sup>55</sup>, d'insécurité d'emploi<sup>56</sup>, de refus de promotion<sup>57</sup> ou de mise à pied<sup>58</sup>.

i) *Réclamations examinées à titre d'accident du travail*

La plupart des réclamations sont plaidées à la fois à titre d'accident du travail et à titre de maladie professionnelle. Celles qui sont reconnues le sont habituellement à titre d'accident du travail. Les premières réclamations furent presque systématiquement rejetées, et les différentes Commissions semblaient définir un fardeau impossible pour la partie réclamante. Souvent on exigeait une preuve que les événements stressants soient complètement inusités pour qu'il s'agisse d'un accident du travail; du même souffle on refusait la réclamation à titre de maladie professionnelle du fait que les événements n'étaient pas caractéristiques du métier. On mettait donc les

457

de la Commission scolaire régionale, Bureau de révision, C.S.S.T.: 8643 222; *Debellefeuille et Ministère de la Justice du Québec*, B.R.P. 9365564.

<sup>51</sup> *Ville de Laval et Lemieux*, C.A.L.P.: 01282-61-8611, le 30 septembre 1987; *Gagnon et Commission Administrative des Régimes de Retraite et d'Assurances & C.S.S.T.*, [1989] C.A.L.P. 769.

<sup>52</sup> *Soubigou et Maloso Inc. et C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 977; *Dupire et Agriculture Canada*, B.R.P. 60271089, décision du 11 mars 1990.

<sup>53</sup> *General Motors du Canada liée et Bélanger*, C.A.L.P.: 61-00047-8607; *Giguère et Compagnie Kenworth du Canada liée*, [1986] C.A.L.P. 53; *Lastlamme et C.S.S.T.*, C.A.L.P. 60-00213-8608, décision du 6 juillet 1987.

<sup>54</sup> *Gaudreault et Ville de Charlesbourg*, C.A.L.P. 01577-03-8612, décision du 27 juillet 1987;

<sup>55</sup> *Beauvais et Société de Radio télévision du Québec*, C.A.L.P. 01153-62-8610, décision du 23 novembre 1987; C.A.S. AT 57858, décision du 17 mai 1988; [1983] C.A.S. 641; C.A.S. AT-52457, décision du 4 juillet 1983; C.A.S. AT- 56390, décision du 26 novembre 1985; AT-55426, décision du 29 février 1988; *Les Entreprises J.M.C. (1973) Ltée et Bérardin* [1991] C.A.L.P. 54.

<sup>56</sup> *Éliane Guirar-Prieur et Miracle Mart*, [1989] C.A.L.P. 738.

<sup>57</sup> *Desroches et Chaussures Yellow liée*, C.A.L.P. 01422-60-8610.

<sup>58</sup> *Deschamps et Université de Montréal*, B.R.P. 9462610, décision du 29 avril 1987, rapporté à D.T.E. 871-878.

458 travailleuses et travailleurs dans une situation impossible par laquelle il fallait une preuve que les événements stressseurs soient à la fois complètement inusités (accident) ou complètement typiques (maladie) du travail. Le processus d'indemnisation était et demeure en soi une source de stress énorme<sup>59</sup>. Il y a même eu des décisions dans lesquelles la Commission d'appel s'est dit convaincue que le travail était une des causes de l'incapacité du travailleur, mais où elle refusait la réclamation du fait qu'elle ne correspondait ni à la définition d'accident, ni à celle de maladie professionnelle<sup>60</sup>. La Commission des affaires sociales a été encore plus conservatrice que la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, refusant la quasi-totalité des réclamations reliées au stress chronique.

Un motif souvent invoqué pour justifier le refus d'une réclamation était celle à l'effet que les événements donnant ouverture à la réclamation n'étaient pas inusités. Il s'agit d'un raisonnement qui semble s'inspirer de l'utilisation du terme « imprévu » dans la définition d'accident du travail. Certaines décisions récentes font clairement la distinction entre un événement imprévisible et un événement imprévu, spécifiant qu'il n'est pas nécessaire que l'événement soit imprévisible pour être considéré comme imprévu au sens de la loi<sup>61</sup>. Il existe quand

<sup>59</sup> La C.A.S. a décidé que le fait qu'une incapacité soit aggravée par l'effet du processus d'indemnisation n'était pas indemnisable voir: AT-62193, décision du 14 juin 1988. Sur l'impact du processus d'indemnisation sur la santé des travailleuses et travailleurs voir: T.G. Ison, «The Therapeutic Significance of Compensation Structures», [1986] 64 *Revue du Barreau Canadien* 605.

<sup>60</sup> *Gaudreault et Ville de Charlesbourg*, C.A.L.P.: 01577-03-8612, décision du 27 juillet 1987; voir également *Laflamme et Commission de la santé et de la sécurité du travail*, C.A.L.P.: 60-00213-8608, le 4 décembre 1987; *General Motors du Canada Liée et Bélanger*, [1987] C.A.L.P. 600; *Giguère et Compagnie Kenworth du Canada Liée*, [1986] C.A.L.P. 53.

<sup>61</sup> *Gagnon et Commission Administrative des Régimes de Retraite et d'Assurances & C.S.S.T.*, [1989] C.A.L.P. 769; dans *Laflamme et Commission de la santé et de la sécurité du travail*, C.A.L.P.: 60-00213-8608, le 4 décembre 1987 la C.A.L.P. avait refusé la réclamation de la travailleuse car le surcroît de travail causé par l'implantation de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* était prévisible. Ce raisonnement est incompatible avec celui de l'affaire *Gagnon*, et il nous semble que le raisonnement appliqué dans l'affaire *Gagnon* est à préférer, car il évite certaines absurdités qui découlent de l'affaire *Laflamme*. Lorsqu'une machine est dangereuse un accident est prévisible; s'il survient, il demeure quand même un accident du travail. Rien dans la loi ne nous permet de raisonner autrement lorsque la lésion est de nature psychologique.

même beaucoup de décisions en matière de stress au travail qui semblent exiger une preuve du caractère « anormal » des événements allégués à l'appui de la réclamation. Rien dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ne permet de justifier une telle exigence<sup>62</sup> et ce critère ne semble pas juridiquement justifié, pas plus lorsqu'il s'agit d'une lésion psychique que lorsqu'il s'agit d'une lésion physique. Il est particulièrement problématique car il a pour effet d'exclure des personnes présentant une vulnérabilité particulière, la C.S.S.T. cherchant à indemniser uniquement dans les cas où n'importe qui serait atteint dans une pareille situation. Ce raisonnement est

459

Même si on devait exiger que les stressés soient de nature anormale, il faut porter attention au point de comparaison utilisé pour l'évaluation de la « normalité » de l'événement. Si on compare l'événement aux événements habituels dans le travail de la personne qui réclame, on pénalisera les personnes oeuvrant

<sup>62</sup> Lorsque le travailleur se blesse physiquement en effectuant son travail habituel de la manière habituelle il a droit d'être indemnisé selon la jurisprudence la plus récente de la Cour d'appel du Québec, voir *Lefebvre et Commission des affaires sociales et Léco industries ltée*, [1991] R.J.Q. 1864, (C.A.Q.) Le juge Vallerand, qui est le seul à se prononcer sur le fond de la question qui portait sur la relation entre le travail et un infarctus, s'exprima en ces termes: «La Commission a, dans un premier temps, statué, comme point de faits, que Lefebvre n'avait pas été victime d'un événement imprévu et soudain. Si on s'en tient à l'exégèse rigoureuse du texte, cette conclusion suffit à vider le débat: pas d'événement imprévu et soudain, pas d'accident même si une blessure, une maladie ou le décès surviennent à une personne à l'occasion de son travail. Mais c'est là ignorer que la blessure, la maladie ou le décès, s'il n'est pas en soi l'événement imprévu et soudain, est parfois l'indication, la révélation qu'il en est survenu un. Celui, par exemple, dont le travail, depuis des lunes, consiste à soulever de lourdes charges et qui subit une hernie ou une entorse en soulevant une charge qui n'a rien d'exceptionnel est victime d'un accident du travail même si l'effort déployé n'a rien d'un événement imprévu et soudain...». Rien ne nous indique que la même logique soit inapplicable lorsqu'il s'agit d'une lésion psychique. Quelques décisions de la Cour supérieure avaient interprété la notion d'accident du travail littéralement (*supra* note 22), mais ces décisions sont en appel et précèdent la décision de la Cour d'appel dans *Lefebvre*. L'interprétation de la notion d'accident qui exige un événement inusité avant d'accepter la réclamation va à l'encontre de la jurisprudence de la Cour Suprême du Canada dans *The Workmen's Compensation Board and Theed*, [1940] R.C.S. 553, et la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles suit encore l'interprétation de la Cour suprême lorsqu'il s'agit de réclamations pour lésions physiques. Voir: *Labelle-Dagenais et Zeller's ltée.*, C.A.L.P., Montréal, 02054-60-8702, du 5 mai 1988, *Borduas et Société canadienne des postes*, C.A.L.P. Montréal, 02614-62-8703, *Reich et Canadair ltée*, [1987] C.A.L.P. 26; *Saucier et S.T.C.U.M.*, [1989] C.A.L.P.127; *Lévesque et S.T.C.U.M.*, [1988] C.A.L.P. 903; *C.I.L. inc. et Frenette*, C.A.L.P. 01737-04-8701.

460 dans un milieu habituellement stressant<sup>63</sup>. Par contre la comparaison avec l'ensemble des travailleurs pénalisera d'autres personnes, non habituées à quelque stress que ce soit. Il est important de réaliser que le choix de balise de comparaison détermine le sens de la politique sociale qui sera appliquée. Il serait étonnant de constater que le législateur ait voulu indemniser les travailleurs oeuvrant dans des métiers peu stressants avant d'accepter les réclamations de ceux et celles qui oeuvrent dans un métier présentant quotidiennement les éléments de stress important<sup>64</sup>. Le fait d'exiger du travailleur la démonstration d'un événement exceptionnel par rapport à son travail habituel a cet effet.

Outre l'argument quant à la normalité des événements, les tribunaux refusent souvent les réclamations, lorsque la source de stress comprend des mesures disciplinaires, l'évaluation du travail<sup>65</sup> ou les conflits de personnalité, au motif que les relations de travail ne sont pas du domaine de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, et que ces événements ne sont pas survenus à l'occasion des fonctions<sup>66</sup>. Par contre, lorsqu'une travailleuse fut injustement soupçonnée de vol, on a

---

<sup>63</sup> Cette application du critère a permis le refus de l'indemnisation dans des circonstances où les travailleurs effectuent des tâches exceptionnellement stressantes lorsque comparées avec la population en général. Dans C.A.S. AT-57697 on a jugé que la découverte d'un cadavre par un gardien de prison était un événement normal. En Ontario certaines décisions ont jugé normal le stress du combat d'une incendie. Lorsque cette argumentation est appliquée les lésions subies n'ont pas été indemnisées. Il faut signaler que la jurisprudence de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles et du Tribunal d'appel des accidents du travail en Ontario semble rejeter ce type de raisonnement. Voir notamment *Linch et Ministère du Solliciteur général du Canada*, [1987] C.A.L.P. 590.

<sup>64</sup> L'analyse historique de la législation dans le domaine de l'indemnisation démontre que les premières lois ne protégeaient que les travailleurs oeuvrant dans les domaines plus dangereux, et que graduellement le législateur a inclus les métiers comportant des risques moindres. Voir K. LIPPEL, "Droit des travailleurs québécois en matière de santé, 1885-1981", (1981-1982) 16 *Revue Juridique Thémis* 329-382.

<sup>65</sup> *Les Entreprises J.M.C. (1973) Ltée et Bérardin* [1991] C.A.L.P. 54.

<sup>66</sup> Voir à titre d'exemple [1981] C.A.S. 530; C.A.S. AT-56390, décision du 12 décembre 1985; *Accidents du travail-76*, [1983] C.A.S. 641.

décidé que le traumatisme psychologique qui en découlait était indemnisable<sup>67</sup>.

Depuis quelques années l'orientation de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles<sup>68</sup> et de la Commission des affaires sociales<sup>69</sup> semble s'être adoucie à l'égard des réclamations pour le stress chronique et même les bureaux de révision paritaires<sup>70</sup> ont commencé à accepter certaines réclamations à titre d'accidents du travail constitués de microtraumatismes. La Cour d'appel du Québec a implicitement approuvé ce raisonnement lorsqu'elle a été appelée à se prononcer sur le droit de poursuite civile d'une travailleuse qui se disait victime de harcèlement sexuel et qui avait déjà été indemnisée par la C.S.S.T. pour les mêmes événements. Sa réclamation à la C.S.S.T. avait été acceptée à titre d'accident du travail, bien que les événements s'échelonnaient sur une assez longue période. Les trois juges de la Cour d'appel prennent pour acquis que la décision de la C.S.S.T. fut bien fondée<sup>71</sup>.

461

<sup>67</sup> *Eliane Guitar-Prieur et Miracle Mari*, [1989] C.A.L.P. 738; voir aussi *M. et X.*, B.R.P. 60361021, décision du 21 décembre 1990.

<sup>68</sup> Voir: *Anglade et Communauté Urbaine de Montréal*, C.A.L.P. 60-00247-8609, D.T.E.- 88T-730; *Gagnon et Commission Administrative des Régimes de Retraite et d'Assurances & C.S.S.T.*, [1989] C.A.L.P. 769; *Maheu et Compagnie des Chemins de Fer Nationaux du Canada et C.N. Route*, C.A.L.P.: 63-00035-8605, le 11 septembre 1987 (une contestation de cette décision est pendante devant la Cour supérieure dans le dossier 500-05-009605-872); *Service correctionnel du Canada et St-Laurent*, C.A.L.P.: 03461-62-8706; *Soubigou et Maloso Inc. et C.S.S.T.*, [1988] C.A.L.P. 977; *Cano et Société canadienne des postes*, C.A.L.P.: 14008-62-8908, décision du 22 mai 1991.

<sup>69</sup> Voir notamment: C.A.S. AT-58031, décision du 25 juillet 1989; C.A.S. AT-59927, décision du 7 novembre 1988, cassée en évocation dans *Société canadienne des postes et C.A.S. et al.*, C.S. 500-05-14015-885, décision du 10 octobre 1989, en appel à la Cour d'appel du Québec à 500-09-001481-894.

<sup>70</sup> Voir notamment: *Béliveau St. Jacques et Conseil Central de Sherbrooke (C.S.N.)*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T.: 60183128, Outaouais le 9 février 1989; *Dupire et Agriculture Canada*, Bureau de révision paritaire, C.S.S.T., 60271089, Longueuil le 28 mars 1990; *M. et X.*, B.R.P. 60361021, décision du 21 décembre 1990.

<sup>71</sup> *Fédération des employées et employés de services publics inc. (CSN) et Confédération des Syndicats Nationaux et Louise Béliveau St-Jacques et al* (1991) R.J.Q. 279 requête pour permission d'appeler à la Cour suprême du Canada produite en date du 8 mars 1991. Le juge McCarthy, dissident sur d'autres points, spécifie que le harcèlement allégué par la plaignante peut constituer un accident du travail au sens de la loi (p.283). Les juges majoritaires sont silencieux sur cette question, mais leur jugement est sans objet si les faits dont se plaint la plaignante ne constituent pas une lésion professionnelle indemnisable en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q. c. A-3.001.

Juridiquement l'obstacle à la reconnaissance fut l'interprétation restrictive des termes « événement imprévu et soudain » contenu dans la définition d'accident du travail. Nous rappelant que les microtraumatismes causant une lésion physique sont assimilés à un accident du travail, cette tendance jurisprudentielle conclut que les réclamations portant sur des incapacités psychiques devraient être soumises aux mêmes règles<sup>72</sup>.

462 Deux décisions de la Cour supérieure auront pour effet de freiner cette évolution si elles sont confirmées par la Cour d'appel du Québec. La première a refusé de déclarer manifestement déraisonnable l'interprétation de la Commission des affaires sociales excluant les lésions psychologiques survenues suite au stress chronique de la portée de la définition de l'accident du travail<sup>73</sup>. La deuxième a accueilli la requête en évocation d'une décision de la Commission des affaires sociales qui avait accepté une réclamation d'une travailleuse fondée sur le harcèlement échelonné sur deux ans<sup>74</sup>. La confirmation de ces décisions pourra avoir pour effet de freiner la reconnaissance de réclamations pour le stress chronique, car elles ne seront alors acceptables qu'à titre de maladies professionnelles, et la jurisprudence actuelle interprète cette notion très restrictivement.

ii) *Réclamations examinées à titre de maladies professionnelles*

À l'heure actuelle il semble encore difficile de faire reconnaître une réclamation à titre de maladie professionnelle. Même aux États-Unis, où des milliers de réclamations pour le stress chronique sont acceptées depuis des décennies, elles le sont presque toujours à titre d'accident du travail. Au Québec nous ne connaissons que sept cas, impliquant quatre métiers, où les instances ont accepté des réclamations pour le stress au travail à titre de maladie professionnelle. Les conséquences

<sup>72</sup> Voir notamment: C.A.S. AT-58031, décision du 25 juillet 1989; C.A.S. AT-59927, décision du 7 novembre 1988;

<sup>73</sup> *Filiatreault et C.A.S.*, [1988] R.J.Q. 2276, en appel à 500-09-001129-881.

<sup>74</sup> *Société canadienne des postes et C.A.S. et al.*, C.S. 500-05-14015-885, décision du 10 octobre 1989, en appel à la Cour d'appel du Québec à 500-09-001481-894.

néfastes du stress ont été jugées caractéristiques du travail auprès de détenus dans un pénitencier<sup>75</sup> et du travail de permanent syndical<sup>76</sup>. La Commission des affaires sociales a jugé que la fatigue visuelle et une réaction dépressive étaient reliées aux risques particuliers d'un emploi exigeant l'utilisation prolongée d'écrans cathodiques<sup>77</sup>.

Plus récemment une décision de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles semble introduire une approche basée sur l'analyse des conditions du travail, au lieu de s'arrêter au type de métier exercé par la travailleuse. Dans *Leclair et Pavillons Bois-Joly inc.*<sup>78</sup> la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles était saisie d'une réclamation pour épuisement professionnel qu'on alléguait être en relation avec le travail d'éducatrice, et plus spécifiquement avec certains aspects de l'organisation du travail qui était alors en place chez l'employeur. Après un examen détaillé de la nature et des causes de l'épuisement professionnel la Commission examine les conditions de travail et conclut que la lésion est en relation avec le travail et que « les conditions négatives de son travail, [telles] l'absence de support de son supérieur, la mauvaise relation interpersonnelle avec le responsable du personnel et la charge accrue de responsabilités que la travailleuse a assumées à l'égard de nouveaux membres de l'équipe »<sup>79</sup> constituent des risques particuliers de son travail. La réclamation est acceptée à titre de maladie professionnelle, sans la preuve que d'autres collègues soient également atteints, car, comme souligne la décision, il n'est pas nécessaire de démontrer que la maladie est

<sup>75</sup> *Loukil et Seradep inc.*, [1986-87] B.R.P. 113; voir également la reconnaissance d'une rechute d'une maladie professionnelle dans *Brunelle et Service Correctionnel du Canada*, C.A.L.P. 63-00042-8607, décision du 31 mars 1987; *Service Correctionnel du Canada et Crack*, [1990] C.A.L.P. 37.

<sup>76</sup> *Coté et Syndicat canadien de la fonction publique*, Bureau de révision paritaire, 9115982, décision du 18 octobre 1986; *Rainville et Fraternité internationale des ouvriers en électricité (F.J.P.O.E.)*, C.A.L.P. 10388-62-8812, décision du 18 décembre 1990.

<sup>77</sup> *Sauveteurs et victimes d'actes criminels-4*, [1987] C.A.S. 10.

<sup>78</sup> C.A.L.P. 10713-62-8812, décision du 23 juillet 1991

<sup>79</sup> *Id.*, p. 39.

caractéristique du travail lorsqu'elle est reliée aux risques particuliers de ce travail.

Cette décision fait ressortir les aspects spécifiques dans l'organisation du travail qui font en sorte qu'un stress particulier y est présent. En examinant la preuve soumise on peut voir que la production d'études sur le stress au travail dans le métier particulier est utile, mais non indispensable. Par contre, le témoignage d'expert qui peut relier l'expérience de la travailleuse aux risques reconnus dans la littérature scientifique et présents au travail semble déterminant.

464

Cette décision pourra avoir pour effet d'encourager les parties réclamantes à formuler leurs réclamations sur la base d'une maladie professionnelle. Sans écarter la jurisprudence antérieure elle s'adresse à ce qui nous semble être les vrais problèmes : qu'est-ce qui a rendu la travailleuse malade ? Ce risque s'est-il présenté au travail ? L'approche a l'avantage d'éviter l'élargissement artificiel de la notion d'accident du travail pour comprendre des événements échelonnés dans le temps ou les conditions de travail quotidiennes. Il a pour effet d'élargir la portée de la notion maladie professionnelle, et ce raisonnement peut s'appliquer par analogie à d'autres maladies.

### **3. L'incapacité physique déclenchée par le stress psychologique, aigu ou chronique**

La plupart des réclamations québécoises pour les infarctus du myocarde, les ulcères ou les embolies cérébrales sont présentées dans le cadre d'un stress qu'on pourrait qualifier de physique, alors il est difficile de tirer des conclusions à l'heure actuelle quant aux règles particulières applicables lorsqu'on allègue qu'il s'agit de conditions de travail psychologiquement stressantes qui sont en relation avec la lésion.

Aux États-Unis il y a une longue tradition d'indemnisation des infarctus en relation avec le stress au travail, et la législation de plusieurs États contient des présomptions de relation entre les infarctus et certains métiers, notamment ceux de pompiers et de

policiers<sup>80</sup>. En Ontario le Tribunal d'appel des accidents du travail confirme l'application des présomptions statutaires aux infarctus ayant eu lieu au travail, et de ce fait un plus grand nombre de réclamations est accepté<sup>81</sup>.

Au Québec nous avons examiné vingt-sept décisions de la Commission d'Appel en matière de lésions professionnelles et onze décisions de bureaux de révision de la C.S.S.T. rendues entre 1985 et 1991, cinquante-quatre décisions de la Commission des affaires sociales rendues entre 1978 et 1990 et trois décisions des tribunaux supérieurs<sup>82</sup>, pour un total de quatre-vingt-quinze décisions portant sur quatre-vingt-quatorze réclamations distinctes. De ces quatre-vingt-quatorze réclamations vingt-six furent acceptées et soixante-huit refusées. Onze (des vingt-six réclamations acceptées impliquaient des stressés de nature psychologiques, bien que plusieurs des situations impliquaient à la fois un stress psychologique, aigu ou chronique, et des stressés de nature physique. Des quatre-vingt-quatorze réclamations trente-huit portaient sur des demandes d'indemnisation pour lésions physiques qui se sont manifestées dans un contexte de stress psychologique vécu au travail, onze furent acceptées<sup>83</sup> et vingt-sept refusées<sup>84</sup>.

465

<sup>80</sup> Pour un survol de la situation américaine voir Arthur LARSON, *The Law of Workmen's Compensation*, Mathew Bender, §41.21 et 41.72.

<sup>81</sup> Voir notamment *Décision 72*, (1986) 2 W.C.A.T.R.28. Malgré les objections et critiques de la Commission des accidents du travail de l'Ontario le Tribunal d'appel des accidents du travail a réitéré cette position dans *Décision 42/89*, (1989) 12 W.C.A.T.R. 85.

<sup>82</sup> *Antenucci c. Canada Steamship Lines Inc.* [1991] R.J.Q. 968 (C.A.Q.); *Lefebvre c. La Commission des affaires sociales et al.*, [1991] R.J.Q. 1864, (C.A.Q.); *Nadeau c. Volcano Inc. -et- CSST*, CALP Québec 02204-03-8702, évocation refusée à [1989] C.A.L.P. 245, en appel à 200-09-000085-899.

<sup>83</sup> Parmi celles-ci soulignons *Maheu et La Compagnie des Chemins de Fer Nationaux du Canada et CN Route*, décision C.A.L.P. 63-0035-8605, rendue le 11 septembre 1987. Cette décision fait présentement l'objet d'une action directe en nullité devant la Cour supérieure du Québec; *Alida Girard -c- Alphonse Côté*, C.A.L.P. 01736-01-870, décision du 13 mai 1988 refusant l'indemnisation du décès du travailleur, mais constatant que le travailleur avait été indemnisé de son vivant pour une incapacité totale en relation avec un accident cérébro-vasculaire causé par le stress aigu vécu au travail. Voir aussi *Simard c Centre Psychiatrique Roberval*, [1990] C.A.L.P. 529 où un porteur de condition cardiaque bien contrôlée a été victime d'un infarctus suite à une série d'événements stressés survenus dans un hôpital psychiatrique. Parmi les décisions favorables au travailleur rendues par la Commission des affaires sociales soulignons AT-

Alors que dans les autres juridictions nord-américaines les infarctus du myocarde ont été plus facilement indemnisés que les problèmes psychologiques, au Québec il semble plus facile de faire accepter une lésion psychique qu'on allègue être en relation avec un travail stressant, que de faire accepter une lésion physique survenue dans le même contexte. On pourrait croire que cette disparité s'explique en partie du fait qu'aucune présomption statutaire n'est appliquée ici, et que l'étiologie d'une lésion de nature cardiaque est de par sa nature extrêmement difficile à déterminer.

466

La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles a décidé à maintes reprises qu'un infarctus du myocarde n'est pas une blessure au sens de l'article 28 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>85</sup> et de ce fait chaque réclamation doit rétablir la relation entre le travail et la lésion. Comme en matière de lésions psychiques elle exige une preuve d'événements inusités avant d'indemniser, mais il n'est pas clair si cette exigence est de nature médicale ou de nature juridique<sup>86</sup>.

---

51411, rendue le 19 décembre 1983, qui indemnise un policier suite à un infarctus. Deux réclamations pour hypertension reliée au stress au travail furent également acceptées: *Vincent c S.T.C.U.M.*, décision du Bureau de révision paritaire de la C.S.S.T et Commission des affaires sociales AT-56073, décidée le 5 juin 1986. La décision du Bureau de révision de la C.S.S.T. dans *Drouin et Travail Canada*, C.S.S.T.: 6654 414, décision du 17 septembre 1990, illustre bien l'indemnisation d'une lésion de nature cardiaque en relation avec un stress psychologique. Il est intéressant de constater qu'aucune des dix-sept décisions de la Commission des affaires sociales acceptant des réclamations pour des problèmes cardiaques ne semble avoir été publiée.

<sup>84</sup> Parmi celles-ci soulignons *Denis Faix -c- Bijouterie Créations Thibodeau Inc.*, C.A.L.P. 01787-60-8701, décision du 4 juin 1987, la Commission a refusé la réouverture d'enquête dans ce dossier en date du 30 mars 1988. Voir également la décision *Tipart Bernier et École Polyvalente Thérèse Martin*, Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, décision du 12 décembre 1986 dans le dossier 63-00010-8603; Commission des affaires sociales AT-11983, décision du 8 mai 1985, AT-11303, décision du 7 juin 1985, et AT-58812, décision du 10 septembre 1987.

<sup>85</sup> Voir à titre d'exemple *Marticotte et Minitel Inc.*, C.A.L.P.: 01973-03-8701, le 20 juin 1988; voir aussi *Nadeau et Volcano Inc.*, C.A.L.P.: 02204-03-8702, le 14 septembre 1988; la Cour supérieure a décidé que ce raisonnement n'était pas manifestement déraisonnable dans *Nadeau et C.A.L.P. & Volcano inc.*, [1989] C.A.L.P. 245.

<sup>86</sup> Comparer *Nadeau et Volcano Inc.*, C.A.L.P.: 02204-03-8702 avec *Marticotte et Minitel inc.* C.A.L.P.: 01973-03-8701.

Contrairement à la majorité des provinces anglophones, le Québec n'a pas de politique écrite quant à l'indemnisation des victimes de crises cardiaques, et pour cette raison chaque cas est évalué comme un cas d'espèce, chaque travailleur devant démontrer de nouveau qu'un infarctus du myocarde puisse être déclenché par un effort physique exceptionnel. Dans certaines décisions, malgré la preuve d'un effort inhabituel, on rejette la réclamation en se basant sur le témoignage médical à l'effet que « un infarctus [peut] survenir à toute personne, à tout moment et dans toute circonstance, sans qu'il soit possible, sauf dans les cas de maladie cardio-vasculaire ou coronarienne bien identifiées, d'en connaître la cause exacte. »<sup>87</sup> Pourtant cette affirmation est fort controversée, sinon la quasi-totalité des commissions des accidents du travail nord-américaines pécheraient par un excès de générosité ce qui serait pour le moins surprenant.

467

Il est à se demander si une explication de l'interprétation restrictive des Commissions québécoises à l'égard de ces réclamations se trouve dans le rôle réservé aux médecins dans le processus décisionnel. Lorsque l'objectif médical est d'identifier la cause de l'infarctus il est probable qu'à l'intérieur de cette logique on conclut que la maladie cardio-vasculaire du travailleur a causé l'infarctus. Pourtant, si le travail a précipité l'infarctus, une logique juridique basée sur le « thin skull rule » dicterait l'indemnisation. Le rôle du juge est d'exclure les réclamations de ceux et celles qui subissent par hasard un infarctus au travail, mais d'indemniser ceux dont les infarctus ne se seraient probablement pas déclarés à ce stade de leur vie n'eût été du travail<sup>88</sup>. Tâche difficile, bien sur, mais non impossible. Le droit, on se le rappelle, cherche le scénario probable. Il faut éviter l'exigence de certitudes dans un contexte de prépondérance de preuve. Or les médecins chercheront

<sup>87</sup> *Ressources du Lac Meston inc. et Aimé Joanisse*, C.A.L.P. 01-00048608, décision de Pierre Brazeau du 20 novembre 1987.

<sup>88</sup> *Lefebvre et Commission des affaires sociales et Léco industries liée*, [1991] R.J.Q. 1864, (C.A.Q.); voir aussi *Antenucci c. Canada Steamship Lines Inc.* [1991] R.J.Q. 968 (C.A.Q.).

davantage de certitudes, et c'est aux juristes de décoder leur témoignage afin qu'il soit conforme aux balises juridiques<sup>89</sup>.

### Conclusion

468 Il nous semble clair qu'une maladie ou autre lésion qui a été causée par le travail doit être indemnisée en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, car l'ensemble du régime vise à indemniser les lésions dues au travail mais aussi à promouvoir la paix sociale en évitant des litiges civils entre les travailleurs et les employeurs. Si le droit de poursuite pour certaines lésions demeure<sup>90</sup>, il faudrait que cette conclusion soit justifiée par un principe plus fondamental qu'une analyse restrictive et littérale de la notion de lésion professionnelle. L'exclusion simpliste des lésions reliées au stress graduel aura pour effet de réouvrir le droit de poursuite civile pour une catégorie particulière de lésions. Un tel résultat semble saper la philosophie même du régime d'indemnisation sans faute.

Ceci n'implique pas d'ouvrir la porte à une inondation de réclamations basées sur le stress au travail. Chaque cas doit être étudié pour confirmer l'existence d'une incapacité du travail, et l'existence probable d'une relation entre le travail et la lésion. Il appartient au réclamant de démontrer l'existence de la relation par une preuve prépondérante, et c'est dans ce contexte que le tri des réclamations devraient s'effectuer. À court terme il est possible de concevoir un argument basé sur des technicalités grammaticales pour exclure certaines réclamations, mais cette stratégie amène à des décisions arbitraires et parfois absurdes, et ne promet qu'une judiciarisation accrue d'un domaine qui gagnerait à être déjudiciarisé.

<sup>89</sup> Voir à ce sujet *Snell c. Farrell*, [1990] 2 R.C.S. 311, à la page 330.

<sup>90</sup> Ce qui semble être la position de la Cour d'appel dans *Fédération des employées et employés de services publics inc. (CSN) et Confédération des Syndicats Nationaux et Louise Béliveau St-Jacques, et al* (1991) R.J.Q. 279, du fait qu'un droit de poursuite pour dommages exemplaires, et possiblement moraux, est spécifiquement prévu à l'article 49 de la Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q. c. C-12.

## Finite Insurance\*

by

Douglas H. Hartman\*\*

*Finite insurance, une forme d'assurance non traditionnelle qui suscite beaucoup d'attention sur le marché alternatif de l'assurance et de la réassurance I.A.R.D., peut être la réponse aux problèmes que représentent les expositions volatiles ou les sinistres à liquidation lente, engendrés par la responsabilité civile produits, la responsabilité professionnelle, la responsabilité civile pollution ou d'autres risques trop coûteux à assurer ou trop difficiles à placer sur le marché.*

469

*Occupant un segment de marché restreint, la finite insurance découle du principe qu'en contrôlant soigneusement l'exposition au risque, il est possible de souscrire des affaires rentables. Ainsi, en plaçant une limite sur l'exposition au risque, il est plus facile de prévoir ses résultats de souscription.*

*Dans son article, Monsieur Hartman présente le concept de la finite insurance, un outil de financement de risque for intéressant pour certains gestionnaires de risques, ainsi que ses caractéristiques et son avenir sur le marché.*



Finite insurance, one of the most talked-about products in the alternative property/casualty marketplace, may prove to be a significant new source of business for commercial insurers.

---

\* This article appeared in the Summer 1992 issue of *Insurance Executive Report*, under the title "Sizzling Hot". As mentioned in the front page of the article, "finite insurance, a risk-financing tool that picks up where conventional insurance and self-insurance leave off, is the latest buzzword in Bermuda."

\*\* Mr. Douglas H. Hartman, ARM, is senior Manager, New York Risk Management Consulting for Ernst & Young.

---

Before entering this narrow segment of the market, however, executives should recognize its limitations along with its potential benefits.

Finite insurance, marketed as shared risk, integrated excess, structured insurance and under other names, closely resembles several forms of reinsurance. The transaction can be either direct, as would be the case when it takes place between a professional reinsurer and a risk manager's captive, or indirect, as would be the case when the risk manager deals with a domestic casualty insurer affiliated with the reinsurer.

470

While no precise figures are available on the premium volume attributable to finite insurance, a great deal of media attention has been focused on the concept. According to various industry sources, \$1 billion or more of new capital has poured into this market, most of it offshore, beyond the pale of state regulation and U.S. statutory accounting. At least one global insurer has written at least \$400 million of finite insurance.

Finite insurance has carved out a meaningful niche in the alternative marketplace because it offers a way to deal with volatile or long-tail exposures like products liability, professional liability, pollution liability, and other risks that are either impossible to underwrite or too expensive to insure in the domestic property/casualty market. It can be used to meet the needs of risk managers that are not now being met by captives, pure self-insurance, and other alternative mechanisms.

### **True Risk Transfer**

The finite insurance products being offered today are not to be confused with certain forms of financial reinsurance that ran afoul of insurance regulations and accounting rules. Finite insurance products incorporate true risk (of loss) transfer and are not simply mechanisms to treat timing and interest-rate risks. In structuring these transactions, players must take care to avoid the appearance that no risk has been shifted and that only the interest-rate, timing, and credit risks are being transferred.

Agreements that completely absolve the insurer from all underwriting, interest-rate, and timing risks should be avoided.

Finite insurance is the transfer of a maximum amount of aggregate liability for a negotiated price or premium. The liability being insured can be *retrospective*, as would be the case for a self-insurer with a "portfolio" of prior years' workers' compensation or products liability reserves. Or, the insurance may be written on a *prospective* basis. Increasingly, finite insurance is being packaged together with the underwriting, claims and other services of an admitted insurer, along with conventional excess of loss insurance. For example, assume that a qualified self-insurer has \$5 million of loss reserve accruals for workers' compensation claims going back to the 1970s. The insurer's actuary determines that the present value of these losses is \$3.5 million. For a premium of \$4 million, the insurer agrees to underwrite up to \$5 million in losses. As a result, the self-insurer pays \$4 million, which after taxes costs only \$2.7 million, to eliminate a current \$5 million liability.

471

A more important benefit is that by fixing the expense for past liabilities, the risk manager no longer has to worry about fluctuations in loss reserves. Should these losses ultimately settle for less, the policy often contains a commutation clause that allows the insured to take back the losses and obtain a refund of premium, net of certain expenses.

Finite insurance is priced solely on the basis of the self-insurer's loss experience and unique exposures. The premium is made up of the following components:

- (1) The expected present value of loss and allocated loss adjustment expense payments;
- (2) Expenses for overhead, underwriting, insurance brokerage commissions, claims service charges, and premium taxes; and
- (3) Insurance company profit.

---

With the exception of premium taxes, all of these components are negotiable. The respective parties come to the transaction with their casualty actuaries and their financial calculators. The insurance contract terms, generally developed by the parties' casualty actuaries, define the complicated mechanics. For example, the policy typically will contain a provision describing how interest earnings are to be credited to the experience account.

472

Readers familiar with conventional reinsurance agreements will recognize the similarities with older forms of reinsurance. The unconventional aspects are the market players and the risks being insured. The insurance buyer may be uninsured, as would be the case for risk managers with hazardous or costly exposures. Or, the buyer could be a state-qualified self-insurer of workers' compensation or a multi-employer workers' compensation pool, an insured under a retrospectively rated insurance policy, or a captive insurance company.

On the insurance industry side, a growing number of professional reinsurers are specializing in this market via affiliated insurers. Generally, the insurance company utilized is an alien insurer. This arrangement allows freedom from state regulation and premium taxes, absence of solvency and residual market loads, and the ability to use GAAP rather than statutory accounting. Offshore, Bermuda is the domicile of choice because of its proximity to many captives and its favorable regulatory and tax climate. Bermuda requires statutory accounting but allows discounting of loss reserves.

A new breed of intermediaries, with names still unfamiliar to many in the mainstream, have arrived on the scene. Some of these marketing organizations have ownership common to the new class of offshore reinsurers.

### **Future of Finite Insurance**

Finite insurance clearly has met with the approval of risk managers. On the other hand, anecdotal information suggests that finite insurance is not of interest to every risk manager.

---

Depending on their differing cash flow, tax, and earnings constraints, risk managers may have reservations about these transactions. For example, these deals are cash transactions, generally \$1 million at a minimum, and not all risk managers have idle cash available. And those that do have cash may be reluctant to lose control over the investment accounts into which the premiums fall.

Properly structured finite insurance appeals to many risk managers because it provides a means of converting a liability into a tax-deductible premium payment. Self-insurers are not permitted to deduct loss reserves. Wholly owned captives, too, cannot generally convert a loss reserve into a tax deduction. An insured under a finite insurance policy should be entitled to deduct premiums paid to a finite insurer or reinsurer. On the other hand, many risk managers' companies may not be paying the full corporate tax rate, and so would be less likely to find finite insurance attractive.

473

Moreover, many risk managers have not yet established loss reserves for uninsured or self-insured liabilities. Finite insurance works best when the premium is less than the reserves on the books, because the finite risk insurer will discount the losses. Thus, the discounted losses and expenses or premium may be less than the value of the losses accrued by the self-insurer.

Overall, finite insurance is a risk-financing tool that picks up where conventional insurance and self-insurance leave off. It offers insurance executives an opportunity to meet the needs of risk managers and to regain some of the premium dollars that have dropped out of the commercial market since the 1970s, when risk managers started to implement aggressive risk retention practices. Insurers that understand the needs of insureds and customize their finite insurance products to meet those needs will have the greatest appeal to risk managers.



# La normalisation comptable canadienne\*

par

Yves-Aubert Côté\*\*

*This study on accounting standard setting in Canada, extracted from a paper on the Canadian accounting profession, was presented by the author at the University of Hosei in Tokyo in August 1992. It is divided in three sections ; historical development, existing accounting standard setting structure in Canada and prevailing orientations of Canadian accounting thought.*

475

*The author concludes that Canadian accounting standard setting process is not beyond criticism. Yet, it undoubtedly reflects a thrust toward codifying practices, hence toward a greater coherence, a growing effort toward identifying solutions to emerging problems, a gradual assertion of a guiding role and a constant preoccupation to defend the role of professional judgment.*



## A. Évolution historique

Comme l'Institut Canadien des Comptables Agréés est l'organisme chargé de la normalisation au Canada, on ne s'étonnera pas que l'histoire de celle-ci se confonde avec l'histoire de celui-là. Les propos qui vont suivre vont forcément refléter cette réalité.

---

\* Extrait d'un texte intitulé « La profession comptable canadienne : tour d'horizon », qui a fait l'objet d'une présentation par l'auteur à l'Université Hosei de Tokyo le 14 août 1992. Ce texte a été publié dans le *Cahier N° 9* de la collection « Cahiers de la Chaire des sciences comptables ».

\*\* M. Yves-Aubert Côté est titulaire de la Chaire de sciences comptables de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal.

---

**Les préoccupations initiales de normalisation et leurs suites concrètes (1936-1967)**

476 Les premières préoccupations de normalisation comptable se sont manifestées à l'égard de la terminologie. Il n'y a pas de quoi surprendre pour qui observe la concision et la grande économie de mots auxquelles donnent lieu les états financiers. Ces préoccupations ont amené la mise sur pied par l'Institut canadien en 1936 d'un comité de terminologie appelé à « sensibiliser la profession à l'importance de normaliser le vocabulaire de la comptabilité <sup>1, 2</sup>. »

Par ailleurs, un programme de recherche conjoint entre l'Institut canadien et Queen's University, mis sur pied en 1939, disparaît sans appel avec l'entrée du Canada en guerre. Au lendemain du conflit, nouvelle relance, cette fois plus heureuse, de l'idée de normalisation.

L'I.C.C.A. crée un Comité des recherches en comptabilité et en vérification. A peine constitué, ce Comité publie en 1946 un premier bulletin qui contient les premières recommandations de la profession en ce qui touche aux normes de publication de l'information financière. Il sera suivi de vingt-cinq autres, le dernier paraissant en 1967. Chaque bulletin portant généralement sur un thème précis, l'ensemble se présente comme l'exposé d'un certain nombre de pratiques de comptabilité et de vérification qu'il conviendrait de retenir. Cela reflète les intentions du Comité exécutif de l'I.C.C.A. qui, dès octobre 1946, écrivait dans la « Préface des bulletins » avoir « autorisé son Comité des recherches en comptabilité et en vérification à publier sous sa responsabilité certains rapports. C'est pourquoi celui-ci a l'intention de faire paraître de temps à autre des

---

<sup>1</sup>Harvey MANN, « Les C.A. du Canada... cent ans déjà », *CAmagazine*, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, Toronto, décembre 1979, pp. 31-36. Là-dessus et en ce qui touche aux éléments historiques présentés au paragraphe suivant, voir également « L'I.C.C.A....son rôle et son histoire », Manuel de l'ICCA, volume 1, septembre 1973, p. 5.

<sup>2</sup>Ultérieurement, cette voie de la terminologie comptable se révélera être un terrain favorable à des publications à caractère bilingue aussi bien pour l'I.C.C.A. que pour l'Ordre des C.A. du Québec. Certaines d'entre elles auront un rayonnement notable dans la communauté comptable francophone.

bulletins dans lesquels il exposera son avis sur des questions relatives à la théorie et à la pratique de la comptabilité et de la vérification ». Ces avis sont essentiellement des recommandations. De tels avis ne comportent pas de caractère obligatoire. Ils contribueront toutefois à l'émergence d'un leadership émanant de la profession comptable en faisant progressivement apparaître l'I. C. C. A. comme figure de proue du milieu canadien en matière de ce que l'on conviendra ultérieurement d'appeler la normalisation comptable. Les bulletins cesseront d'être publiés à cause de leur remplacement en 1967 par le *Manuel de l'ICCA*.

477

#### La normalisation comptable prend forme et acquiert un double statut, professionnel et juridique (1968- )

Les bulletins visaient à codifier les meilleures pratiques en usage. L'action du temps se manifestant, une évolution s'est fait nettement sentir dans la conception du *Manuel de l'ICCA* : l'une des visées sera de chercher à modifier l'usage courant. Il en découlera une attitude plus novatrice face à l'avenir<sup>3</sup>.

Le *Manuel* aura pour matière de base l'ensemble des recommandations en comptabilité et en vérification énoncées jusqu'alors et encore en vigueur. Ce sera l'occasion d'une refonte du contenu des bulletins auxquels on ajoutera de nouveaux matériaux, ce qui en fera un ouvrage plus volumineux que les bulletins. Il aura pour objet de donner des directives et de formuler des recommandations sur toutes questions ayant trait à

<sup>3</sup>Un Groupe de travail (1966-1967) de l'I.C.C.A. est à l'origine de ces transformations. Il s'agit du *Study Group on Methods of Work and Organization* présidé par P. -Howard Lyons, F.C.A. (1928-1987). Comme le rappelle le *Rapport du Comité spécial sur l'établissement des normes présenté au Conseil des Gouverneurs de l'I.C.C.A.* (décembre 1980), l'étude du Groupe de travail de Lyons « déboucha sur le remplacement des Bulletins numérotés par le Manuel, sur l'introduction de la formule des exposés-sondages et sur l'établissement de groupes de travail, ou sections géographiques, au sein de ce qui était alors le Comité de recherche en comptabilité et en vérification » (p. 1). Et, plus loin (p. 15), il est précisé que le Rapport Lyons a favorisé « le passage de la codification d'un consensus à l'établissement de nouvelles pratiques... (en exprimant, notamment, l'avis que) "Le Comité de recherche devrait, dans une mesure beaucoup plus grande que par le passé, entreprendre des travaux de recherche de base aux frontières de notre profession plutôt que de réunir ses membres pour enregistrer les meilleures pratiques courantes." »

la théorie et à la pratique comptables. Le choix de présenter ce Manuel sous la forme d'un volume à feuilles mobiles devait assurer avec efficacité et à un coût raisonnable une mise à jour constante. À ce moment, l'I.C.C.A. a renforcé considérablement son équipe de recherche et la vingtaine d'années subséquentes permettra de mesurer la vitalité de cette équipe par le nombre de mises à jour dont le total, en mai 1992, s'établissait à 74. L'insertion de nouveaux chapitres aussi bien que la modification des chapitres existants ont été telles que nous sommes aujourd'hui en face non pas d'un, mais de deux volumes : l'un sur la comptabilité, l'autre sur la vérification. L'accélération du rythme de normalisation saute aux yeux. Plus important est le constat que les recommandations du Manuel sont devenues des normes minimales que l'expert-comptable a l'obligation de respecter<sup>4</sup>. Depuis 1969, il lui incombe en effet la responsabilité de faire la preuve qu'une dérogation est justifiée si elle existe. Notons que c'est dans cette publication qu'a pris place en décembre 1988 un nouveau chapitre (1000) qui a pour titre « Fondements conceptuels des états financiers ». Ce chapitre, légèrement retouché en mars 1991 pour englober les organismes sans but lucratif, reflète le choix canadien en matière de cadre théorique de la comptabilité générale.

On ne saurait enfin passer sous silence la sanction juridique apportée en 1975 par le législateur fédéral aux dispositions du *Manuel de l'ICCA*. Par l'introduction d'une disposition dans la *Loi sur les sociétés commerciales canadiennes* (maintenant désignée sous le nom de *Loi sur les sociétés par actions*), les sociétés constituées sous l'empire de cette loi doivent respecter les recommandations du Manuel. Pareilles dispositions ont pour conséquence d'attribuer juridiquement la responsabilité de la normalisation comptable au Canada à un groupement professionnel, l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

---

<sup>4</sup>Harvey MANN, *loc. cit.*

## B. Actuelle structure de normalisation comptable au Canada

Le XX<sup>e</sup> siècle a vu naître et se développer le processus de normalisation comptable. Ce phénomène s'est manifesté à travers un cheminement qui a conduit à la mise en place de mécanismes variés selon les pays. Il n'existe pas, nous le savons, de modèle uniforme. Les auteurs américains L.A. Daley et G.E. Muller distinguaient naguère quatre processus de normalisation comptable<sup>5</sup>. Plus récemment, le vice-président directeur de CGA-Canada en identifiait cinq<sup>6</sup>. Pareille recherche de modèles mondiaux n'est pas sans mérite car elle a l'avantage de faire ressortir les lignes de force qui se dégagent. Elle risque toutefois de ne pas toujours pleinement rendre compte de la complexité du processus de normalisation. En effet, celui-ci met en scène un nombre non négligeable d'intervenants porteurs des préoccupations du milieu dans lequel ils exercent leur activité. Examinons la situation canadienne en nous référant au Japon.

479

### La responsabilité de la normalisation

En vertu du régime constitutionnel que nous avons indiqué précédemment, le gouvernement fédéral canadien de même que les gouvernements provinciaux, peuvent adopter des lois régissant les sociétés commerciales et, partant, réglementer la diffusion de l'information financière. C'est un domaine où il y a double juridiction. En 1975, le législateur fédéral a, nous l'avons vu, introduit une disposition nouvelle dans la *Loi sur les sociétés commerciales canadiennes*. En vertu de cette disposition, les sociétés constituées sous l'empire de cette loi sont tenues de suivre les directives du *Manuel de l'ICCA*. Les provinces canadiennes ont adopté une position semblable. C'est ainsi qu'à leur tour, l'Ontario (1978) et le Québec (1982) ont repris à leur compte les mêmes exigences que la loi fédérale dans leur loi sur

<sup>5</sup>Lane A. DALEY et Gerhard G. MUELLER, « Accounting in the arena of world politics » in *Journal of Accountancy*, American Institute of Certified Public Accountants, Inc., New York, février 1982, pp. 40-50.

<sup>6</sup>Douglas J. MACDONALD, « En dehors des sentiers battus », *CGA Magazine*, CGA-Canada, Vancouver, mars 1992, pp. 59-64.

480

les valeurs mobilières. Voilà comment la normalisation comptable au Canada est devenue la responsabilité d'un groupement professionnel, l'Institut Canadien des Comptables Agréés. On aura, bien sûr, compris que l'exigence juridique, dans toute sa rigueur, ne touche qu'aux sociétés dont les activités tombent sous l'autorité de l'une ou l'autre de ces lois. Cette situation place techniquement à l'écart de pareille rigueur les entreprises qui ne sont pas assujetties à ces lois. Toutefois, force nous est de reconnaître qu'en pratique cette distinction n'a guère de signification. À défaut, en certaines circonstances, d'être juridique, la portée des recommandations du Manuel est incitative à ce point qu'elle prend valeur de modèle à suivre duquel on ne peut s'éloigner que pour motif, comme nous l'avons indiqué plus haut en faisant ressortir l'obligation qu'a l'expert-comptable de s'en expliquer s'il en déroge.

Au Canada, le processus de normalisation repose donc entièrement sur les épaules d'une corporation professionnelle. L'Institut Canadien des Comptables Agréés établit les normes à suivre. Au Japon, en revanche, le processus de normalisation est entre les mains d'un Conseil (*The Business Accounting Deliberation Council*) qui formule des avis au ministre des Finances à qui revient la responsabilité de la décision quant à l'imposition des normes<sup>7</sup>. Dans un cas, l'organisme est privé et souverain. Dans l'autre, selon le directeur général de l'institut des CPA du Japon, monsieur Eichi Shiratori, l'organisme qu'est « le conseil est tenu pour un groupe consultatif du ministère des Finances et est généralement considéré comme étant dirigé par ce ministère<sup>8</sup> ».

#### Le mécanisme de normalisation

L'Institut Canadien des Comptables Agréés assume la responsabilité de normalisation par le moyen d'un Conseil des normes comptables, créé par l'organe suprême de l'I.C.C.A.

<sup>7</sup>Frederick D.S. CHOI et Kazuo IIRAMATSU, *Accounting and Financial Reporting in Japan*, Van Nostrand Reinhold (UK) Co. Ltd, Molly Millars Lane, Wokingham, Berkshire, England, 1987, 276 pages, pp.31-37.

<sup>8</sup>Cité par Douglas J. MACDONALD, *loc. cit.*

qu'est le Conseil des gouverneurs. Celui-ci « a approuvé le mandat et le règlement intérieur du Conseil des normes comptables<sup>9</sup> ». Ce dernier, à son tour, « a le pouvoir de publier de temps à autre des recommandations portant sur la pratique de la comptabilité<sup>10</sup> ». Voilà qui nous éclaire sur le mandat. Nous ajouterons les observations suivantes :

- les recommandations dont il est ici question sont exécutoires, ce qui est différent de la situation japonaise où les avis prennent la forme de conseils au ministre des Finances qui décidera d'appliquer ou de ne pas appliquer l'avis ;
- les décisions du Conseil des normes comptables n'engagent que sa propre responsabilité ;
- la loi doit toujours primer sur les recommandations ;
- les recommandations ne doivent généralement pas être tenues pour rétroactives.

481

L'actuel Conseil des normes comptables de l'I.C.C.A. a remplacé le 1<sup>er</sup> octobre 1991 le Comité des normes comptables. Le Conseil se compose de quinze membres. De taille plus modeste que le Conseil japonais qui compte 39 membres, le Conseil canadien est forcément d'une moins grande représentativité, comme le montre le tableau<sup>11</sup> suivant :

#### Composition du nouveau conseil des normes comptables

Membres ayant droit de vote nommés par	En 1990	Maintenant
ICCA	17	8
Autres organismes*	3	4
Membre additionnel nommé par l'ICCA**		1
	20	13

<sup>9</sup>Manuel de l'ICCA, mars 1992, p. 9.

<sup>10</sup>*Op. cit.*

<sup>11</sup>John H. DENMAN, « Plus qu'un changement de nom », *CAnagazine*, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, Toronto, février 1992, p.68.

---

Nombre de votes requis pour approbation des normes	14	9
--	----	---

---

\* Les autres organismes qui peuvent nommer des membres sont l'Institut des dirigeants financiers du Canada, la Société des comptables en management du Canada, le Conseil canadien des analystes financiers, CGA-Canada et l'Association canadienne des professeurs de comptabilité.

\*\* Un membre additionnel a été nommé par l'ICCA par suite du refus de CGA-Canada de nommer un membre.

---

482

Aux treize membres bénévoles ayant droit de vote s'ajoutent deux permanents (le vice-président principal, Recherche et normalisation, et le directeur de la normalisation) qui n'ont pas droit de vote.

Ajoutons que le mode de fonctionnement de la normalisation canadienne implique l'utilisation de la méthode des exposés-sondages. Le Canada emploie cette méthode depuis le moment où l'I.C.C.A. a procédé au remplacement des *Bulletins* par le *Manuel de l'ICCA* (1967)<sup>12</sup>. Elle consiste à rendre public un projet de texte appelé ultérieurement à être incorporé au Manuel. Les destinataires, du milieu comptable ou en-dehors de celui-ci, sont invités à faire parvenir leurs commentaires au Conseil des normes (de comptabilité ou de vérification, selon le cas). Ces commentaires sont mis à la disposition du public à moins que leur auteur ait demandé qu'ils soient tenus confidentiels. Le Conseil des normes analyse cet ensemble, apporte généralement des retouches à son projet d'origine et prend finalement position dans un texte définitif remanié qui prend place dans le Manuel.

### C. Orientations dominantes de la pensée comptable canadienne

Les travaux théoriques dominants<sup>13</sup> font ressortir qu'au Canada la comptabilité s'est développée sous le signe du

---

<sup>12</sup>Rapport du Comité spécial sur l'établissement des normes présenté au Conseil des Gouverneurs de l'I.C.C.A., Toronto, décembre 1980, p.113.

<sup>13</sup>Voir à cet égard les travaux de R.M. SKINNER et d'Edward STAMP.

pragmatisme, doctrine particulièrement marquée par l'oeuvre du philosophe américain William James (1842-1910). Celui-ci a établi une règle de vérité : celle que « la vérité d'une proposition consiste... dans le fait qu'elle est "utile", qu'elle "réussit", qu'elle "donne satisfaction"<sup>14</sup> ». La « Préface des Bulletins » du Comité des recherches en comptabilité et vérification (1946, avec révision en 1948) est porteuse de cette doctrine lorsque l'on indique que ledit comité s'efforcera de « rendre le plus de services possible aux membres de l'Institut Canadien des Comptables Agréés ». À cette fin, les bulletins refléteront ce que le Comité « considère comme la meilleure pratique reconnue ». On formulera également des suggestions sur la manière de « traiter les éléments nouveaux qui apparaissent dans les états comptables, par suite des changements de la situation économique et sociale ». La démarche du Comité se présente en définitive comme un effort visant à mettre un peu d'ordre dans la pratique comptable aussi bien qu'à proposer, le cas échéant, des solutions face aux problèmes nouveaux qui se poseront.

483

Cette réalité, que cherche à cerner le Comité, est faite des contradictions et des ambiguïtés des pratiques existantes. Elle amènera le théoricien R.M. Skinner à publier un ouvrage que l'on peut considérer comme étant le premier inventaire des pratiques canadiennes et l'amorce d'un discours critique sous le titre *Accounting Principles : A Canadian Viewpoint*. La version française sort des presses en 1973 et s'intitule *Les principes comptables : une étude canadienne*. Dans la première partie de son ouvrage, la plus importante quant à l'étendue, R.M. Skinner s'attache à décrire d'une manière critique la situation actuelle de la pratique comptable au Canada. Dans la seconde partie du même ouvrage, l'auteur réagit contre le courant pragmatique qu'il associe à la démarche inductive. Il exprime alors l'avis

<sup>14</sup> André LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1962, 1323 pages, p. 805. W. James ne peut toutefois revendiquer la paternité de l'expression, car « le mot pragmatisme a été créé par le philosophe américain C.S. Pierce (1839-1914) pour désigner une théorie de la signification qu'il expose particulièrement dans deux articles (*How to make our Ideas clear ?*, 1878, *What is Pragmatism ?* 1905)... W. James transforme cette théorie en théorie de la vérité. » Tiré de Sylvain AUROUX et Yvonne WELL, *Dictionnaire des auteurs et des thèmes de la philosophie*, Hachette, Paris, 1984, 287 pages, p. 230.

« que la théorie comptable tirerait avantage actuellement d'une forte injection de logique déductive et d'un effort vigoureux pour supprimer les pratiques comptables contradictoires que des circonstances différentes ne justifient pas<sup>15</sup> ».

484

Quelques années plus tard, en 1980 plus précisément (la version française sort en 1981) et encore sous les auspices de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, paraît une monographie qui aura une influence déterminante sur le choix que fera le Canada en 1988 d'un cadre théorique en comptabilité. L'auteur de cette monographie est Edward Stamp (1929-1986). Son argumentation est porteuse du courant pragmatique. Ainsi, il est amené à juger que le cadre théorique américain soulève des réserves à cause de l'approche axiomatique qu'il retient. Ces réserves sont à ses yeux d'une importance telle qu'elles justifient que l'on s'en éloigne. C'est ainsi qu'il écrit : « Concevoir un cadre théorique de cet ordre, c'est aborder les problèmes de comptabilité d'une façon normative, voire autoritaire alors que, dans la présente monographie, on a au contraire insisté sur la nécessité de satisfaire les besoins de tous les utilisateurs légitimes des états financiers, de se conformer à certains critères (comme ceux qui sont présentés au chapitre 7) et de chercher à obtenir un consensus général lors de l'élaboration des normes afin qu'elles soient généralement acceptées<sup>16</sup>. » Il va même un peu plus loin jusqu'à écrire que « l'idée selon laquelle la solution des problèmes de normalisation comptable résiderait dans la mise au point d'un cadre théorique de nature axiomatique procède d'analogies douteuses avec la science et peut-être avec les mathématiques pures (y compris la géométrie). Si, dans son essence, la comptabilité s'apparentait effectivement à la science ou à la géométrie, les experts-comptables pourraient s'inspirer de la démarche scientifique ou mathématique. Si cela était possible, ce serait perçu comme nécessaire et, effectivement, ce serait

<sup>15</sup>R.M. SKINNER, *Les principes comptables : une étude canadienne*, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, Toronto, 1973, 539 pages, p. 331.

<sup>16</sup>Edward STAMP, *L'information financière publiée par les sociétés : évolution future*, Étude de recherche, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, Toronto, 1980-1981, 125 pages, p. 102.

nécessaire. Mais, puisque, de par la nature de la comptabilité, cela n'est pas possible, la question ne se pose pas<sup>17</sup>. » En définitive, et contrairement à ce qu'a fait le FASB aux États-Unis, l'étude « soutient qu'il ne convient pas que le cadre théorique repose sur un ensemble de définitions (des divers éléments, actif, passif, etc.) car : 1) chaque groupe d'utilisateurs pourrait préférer une définition différente, ce qui obligerait l'organisme normalisateur à adopter des définitions trop générales, et 2) certaines définitions pourraient souffrir d'omissions graves<sup>18</sup>. »

Le normalisateur canadien a retenu l'approche descriptive dans le choix qu'il a fait en 1988 d'un cadre théorique de la comptabilité générales<sup>19</sup>. Il est ainsi conduit à fonder le développement de la comptabilité sur l'usage. Dans la mesure où la démarche est inductive, il n'est pas certain que les pratiques comptables reposent toujours sur des assises théoriques valables. Alors perce le risque que le développement de la pensée comptable soit influencé par les préjugés ou les intérêts des gestionnaires d'entreprises. Dans ces conditions, la tradition comptable, qui se sera développée à la faveur du pragmatisme, jouera. Les normes et pratiques comptables aussi bien que les principes comptables généralement admis seront marqués par elle plutôt que par leur valeur conceptuelle intrinsèque. Un tel moule de pensée, utilisé d'une manière exclusive, comporte l'inconvénient de ne pas favoriser, sinon d'entraver, les appels à

<sup>17</sup>Edward STAMP, *Op. cit.*, p. 103.

<sup>18</sup>Joel H. ARMENIC et W. Morley LEMON ont présenté un résumé succinct du contenu de la monographie dans leur article intitulé « Avons-nous besoin d'un cadre théorique comptable au Canada ? », *CAmagazine*, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, Toronto, juillet 1984, pp. 28-34.

<sup>19</sup>Le cadre théorique canadien a récemment donné lieu à la publication d'un ouvrage qui en fait l'analyse. Cet ouvrage est le suivant :

Yves-Aubert CÔTÉ (École des H.E.C., Montréal) et Doria TREMBLAY (Université Laval, Québec), *Le cadre théorique de la comptabilité générale - Situation au Canada*, Chaire de sciences comptables (H.E.C.) et Éditions du renouveau pédagogique, Montréal, 1992, 76 pages.

Dans un premier temps, les auteurs cherchent à comprendre, à l'aide de l'histoire, la situation actuelle au Canada en ce qui touche au cadre théorique de la comptabilité générale. Dans un second temps, ils procèdent, sur un plan prospectif, à une analyse du choix canadien. Certains passages du présent texte ont été tirés de cette publication.

la créativité résultant des changements qui surviennent dans le milieu économique, politique et social. Le rythme et la capacité d'adaptation de la comptabilité pourraient en souffrir, comme sa capacité d'anticipation.

486

Par ailleurs, si l'approche normative est porteuse d'avenir parce que plus susceptible d'engendrer des changements dans le développement de la comptabilité, elle peut présenter un inconvénient de taille. En effet, lorsqu'on la retient, à l'intérieur d'une démarche déductive, il devient nécessaire de vérifier empiriquement les hypothèses développées. Car, même si les hypothèses présentent de la cohérence et de la logique, il est toujours possible qu'elles ne rejoignent pas la réalité, que les prémisses sur lesquelles elles reposent soient erronées ou que les observations qui ont pu les inspirer soient insuffisantes.

Nous pensons qu'il devrait en définitive exister une relation étroite entre les deux approches à l'intérieur d'une méthode ambivalente. En effet, l'approche inductive - descriptive serait mise au service d'une démarche de corroboration des conclusions de l'approche déductive - normative. La première servirait alors à une vérification empirique des prémisses et hypothèses non encore expérimentalement démontrées de la seconde.

### Conclusion

La tradition comptable anglo-saxonne a marqué les origines de la profession comptable canadienne. La première association de comptables créée au Canada était un organisme anglophone : les membres fondateurs étaient en forte majorité de langue anglaise et les deux premiers présidents étaient écossais. Plusieurs des grands cabinets d'experts-comptables furent créés par des britanniques et des écossais.

Dès la seconde décennie du XX<sup>e</sup> siècle, l'influence des États-Unis se fait sentir par l'emploi de manuels américains dans

l'enseignement, à la place des britanniques<sup>20</sup>. La vigueur et la force de l'économie américaine, l'esprit d'entreprise et le savoir-faire technique qu'on y observe ne seront pas non plus sans effet sur le Canada. Les liens entre les entreprises canadiennes et américaines vont s'intensifier et se manifester, notamment, par la réglementation (par exemple, celle de la Securities and Exchange Commission) que les cabinets d'experts-comptables devront forcément prendre en compte.

Par ailleurs, il existe une indéniable volonté de préserver l'identité nationale canadienne au plan comptable, comme en témoignent les divergences relativement nombreuses entre le Canada et les États-Unis relevées, entre autres, en 1978 dans le rapport Adams<sup>21</sup>. Le choix canadien plus récent d'un cadre théorique en est également le reflet puisqu'il marque des différences malgré certaines ressemblances avec le cadre américain<sup>22</sup>.

487

De plus, au plan comptable, l'identité nationale canadienne comporte un trait que l'on ne saurait passer sous silence. À l'image du Canada, l'Institut Canadien des Comptables Agréés, le groupe le plus nombreux, est un organisme bilingue. Le nombre grandissant de comptables agréés francophones de la province de Québec a contribué au cours des quarante dernières

---

<sup>20</sup>Le Québec, partie française du Canada, n'échappe pas au phénomène, qui se produira toutefois plus tardivement. Les professeurs de comptabilité de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal, la première école d'administration universitaire du Canada (fondée en 1907, après Wharton à Philadelphie), utiliseront des manuels français jusqu'au moment de la rupture avec la France causée par la Seconde Guerre mondiale. Depuis une trentaine d'années un nombre grandissant d'ouvrages et de travaux de recherche ont été publiés en langue française par des enseignants québécois. Ils reflètent, bien entendu, à la fois les particularités nord-américaines du milieu comptable et les traits de la culture française.

<sup>21</sup>Ce rapport, du nom de son président John W. Adams, est le résultat du travail d'un comité chargé par le Conseil des gouverneurs de l'I.C.C.A., en avril 1977, d'étudier le rôle du vérificateur. Il a été publié dans *CAMagazine* en avril 1978. L'une des quatre annexes porte sur les différences entre les milieux américain et canadien. Nous renvoyons aussi le lecteur à la brochure *Accounting Principles and Practices in Canada and the United States of America*, 1988, *A Survey of Significant Differences*, National Accounting and Auditing Services, Price Waterhouse (Canada), July, 1988.

<sup>22</sup>Le cadre canadien est axé, par exemple, sur les *états financiers* et les *notes afférentes*. Il est plus étroit que le cadre américain en ce qu'il ne retient pas la notion de *renseignements complémentaires* ou celle d'*informations volontaires*.

---

années à faire reconnaître le fait français. L'I.C.C.A. utilise maintenant les deux langues officielles du pays : l'anglais et le français. Il en va de même pour les deux autres groupements : l'Association des comptables généraux licenciés du Canada et la Société des comptables en management du Canada.

Le processus canadien de normalisation comptable n'est pas à l'abri des critiques. Malgré ce constat, on doit reconnaître que l'expérience canadienne reflète

488

- la recherche d'une codification des pratiques et, partant, d'une plus grande cohérence ;
- le souci grandissant d'identifier des voies de solution aux problèmes nouveaux ;
- la manifestation progressive d'une volonté de servir de guide ;
- la préoccupation constante de maintenir le champ d'exercice du jugement professionnel.

## La fiducie foncière

par

Rémi Moreau\*

*A land trust is a private, non-governmental and non-profit organization directly involved in the protection of lands solely for their natural and ecological values.*

489

*This article summarizes the steps involved in creating a land trust, from establishing the incorporation, setting up a board of directors to organizing support and interest.*

*The view expressed by the author is based on his recent experience in implementing and operating a land trust in Sainte-Adèle, Québec.*



### Introduction

Une fiducie foncière n'est pas une institution financière, bien que l'appellation « fiducie », méconnue comme institution civile au Québec, le laisse supposer. Une fiducie foncière, c'est une corporation à but non lucratif oeuvrant strictement en matière de protection du milieu naturel. Il nous a semblé intéressant de livrer aux lecteurs de cette Revue le fruit de nos recherches au regard d'un phénomène récent au Québec en matière de protection de l'environnement par les organismes privés, d'autant qu'il n'existe que peu de gloses sur le sujet.

Aux États-Unis, on compte plus de 800 *land trusts* (land conservation organization) opérant individuellement ou regroupés au sein d'associations. Le groupe le plus connu est

---

\* L'auteur est président de la Société de protection foncière de Sainte-Adèle.

The Land Trust Alliance. Selon un ouvrage publié par cette association<sup>1</sup>, on estime à plus de deux millions d'acres l'étendue des terrains protégés par des fiducies foncières sur l'ensemble du territoire américain.

490

Au Canada, le bilan des terrains protégés dans leur état naturel est beaucoup plus maigre. Selon le dernier rapport du Fonds mondial pour la nature<sup>2</sup>, le pourcentage des terres protégées par des parcs nationaux est de 1,8 %. Rappelons que la commission Bruntland recommandait que chaque pays protège au moins 12 % de son territoire, objectif que s'est d'ailleurs donné le Canada dans le *Plan vert*.

Or, à l'échelle mondiale, ce n'est pas la protection qui prévaut mais plutôt l'inverse : la déforestation annuelle serait égale à quatre fois le territoire du Nouveau-Brunswick, soit 294 000 km carrés.

Au Québec, le pourcentage des terres protégées est encore plus faible : il n'est que de 0,4 %. Ces terres sont protégées grâce à un réseau gouvernemental de réserves écologiques totalisant 225 kilomètres carrés, grâce aux parcs nationaux, aux réserves et aux refuges fauniques<sup>3</sup>. Selon la *Loi sur les réserves écologiques*<sup>4</sup>, une réserve écologique vise à assurer la protection permanente de différents types d'espèces, populations, habitats et écosystèmes typiques, uniques, rares ou menacés du patrimoine écologique et biologique du Québec. C'est donc dire que ce véhicule législatif, constitué pour créer des réserves écologiques, n'est pas toujours utilisable dans la protection des terrains.

Nous reproduisons, en annexe, un résumé de la législation québécoise actuelle susceptible de trouver une application en matière de protection gouvernementale. Pour ce résumé, nous nous sommes référés à l'excellente étude de M. Michel Bélanger,

<sup>1</sup> *Starting A Land Trust*, The Land Trust Alliance, 1990.

<sup>2</sup> *Espaces en danger*, Rapport d'étape, 1991, numéro 2.

<sup>3</sup> Pierre R. Boucher, *Portrait sommaire des milieux naturels protégés au Québec*, Direction de la conservation et du patrimoine écologique, ministère de l'Environnement.

<sup>4</sup> L.R.Q., c. R-26.

*La protection de l'environnement et la pratique notariale*<sup>5</sup>. Au niveau des efforts non gouvernementaux, c'est-à-dire au niveau des *land trusts*, la protection canadienne des terrains est encore plus déplorable. Nous ne possédons pas les chiffres pour l'ensemble des provinces, mais au Québec, on compterait moins de cinq « fiducies foncières » en opération.

Cependant, tout porte à croire que la protection des terrains boisés dans leur état naturel ira en s'élargissant. Le *Plan vert*, dévoilé par le gouvernement fédéral en 1991, prévoit des négociations avec les provinces et les territoires pour protéger, d'ici l'an 2000, 12 % du territoire canadien.

491

Il y a aussi l'esprit qui s'est récemment dégagé lors du Sommet de la terre à Rio. On peut espérer que les nombreuses propositions sylvestres qui y ont été discutées se traduiront par l'adoption, au cours de cette décennie, d'une convention sur les forêts, souhaitée par plusieurs pays, mais non ratifiée. Le but de cette convention : une exploitation limitée, sans entamer le capital forestier, dans un esprit de développement durable.

### Les origines de la fiducie foncière

Les fiducies foncières remonteraient à l'époque médiévale en Angleterre. Les « Commons » désignaient les terres mises à la disposition des habitants d'une commune par l'État pour y accomplir diverses activités : chasser, faire paître les animaux et ramasser le bois nécessaire aux besoins des gens.

### La fiducie foncière dans les années 90

La fiducie (trust) est un contrat par lequel une personne transfère ses biens ou une partie de ses biens à une autre personne, appelée fiduciaire. Celui-ci a la charge de gérer les dits biens au profit d'un bénéficiaire qui en prendra possession à l'échéance prévue dans l'acte de fiducie.

---

<sup>5</sup>Étude publiée dans le cadre des rapports officiels du XX<sup>e</sup> Congrès de l'Union internationale du notariat latin, tenu à Carthagène (Colombie) du 27 avril au 2 mai 1992.

Comparativement au trust défini plus haut, une fiducie foncière joue un rôle différent. Une fiducie foncière est un organisme dont le rôle est de protéger, dans leur état naturel et à perpétuité, les terrains qui lui sont confiés par donation, par servitude de conservation (ou servitude d'environnement), ou par tout autre véhicule légal disponible, tel que la copropriété, le bail, la convention de gestion, l'emphytéose avec tacite reconduction, l'usage ou l'usufruit. Ces moyens de protection, sans transfert de propriété, restent encore à être étudiés concrètement dans le cadre de la mission des fiducies foncières.

492

Par exemple, dans le cas d'une fiducie foncière, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence d'une servitude réelle, laquelle présuppose l'existence d'un fonds servant et d'un fonds dominant. En effet, lorsqu'il n'existe qu'un fonds unique de terrain, une servitude, par essence, deviendrait légalement impossible. Elle implique toujours deux propriétaires différents et elle doit être consentie pour l'« utilité d'un autre héritage », tel que stipulé à l'article 499 du Code civil.

Lorsque la création d'une servitude réelle sera possible, elle pourra représenter une alternative à l'acte de donation : le terrain convoité, contigu ou avoisinant un autre terrain acquis par la fiducie, resterait la possession de son propriétaire. Toutefois, celui-ci s'obligerait, par acte notarié et en faveur de la fiducie foncière, à ne pas exploiter son terrain. Le rôle de la fiducie serait de veiller au respect de cet acte, à perpétuité, tant vis-à-vis le propriétaire que ses héritiers.

La distinction qui existe entre la servitude réelle et la servitude personnelle, les avantages de la première par rapport à la seconde, notamment au plan de la fiscalité, ont été étudiés par Mc Denys-Claude Lamontagne, dans l'édition de novembre-décembre 1991 de *La Revue du Notariat*<sup>6</sup>.

Les avantages des fiducies foncières sur les organismes gouvernementaux nous semblent significatifs. Par exemple,

<sup>6</sup> Denys-Claude Lamontagne, « D'antiques institutions juridiques au service d'un nouvel environnement », *La Revue du Notariat*, novembre-décembre 1991, Vol. 94, Numéros 3-4, p.131.

celles-ci peuvent travailler à préserver des terrains sur une base plus immédiate et plus motivée, avoir des relations privilégiées avec les propriétaires avoisinants et favoriser le travail bénévole. Il appartient aux individus de compléter le rôle écologique du gouvernement. On comprend mieux aujourd'hui que les ressources financières de l'État ne sont pas illimitées.

### L'incorporation

Une fiducie foncière peut être constituée en corporation à but non lucratif, au niveau fédéral ou provincial. À titre d'exemple, La Fiducie Foncière Ruitter Valley (Dunkin, Québec) a été constituée en vertu de la loi fédérale alors que La Société de protection foncière de Sainte-Adèle (Sainte-Adèle, Québec) a été constituée en vertu de la *Loi sur les compagnies*, Québec, partie III.

493

Au Québec, une fiducie foncière ne peut utiliser le mot « fiducie » dans son nom corporatif. Les mots « fiducie » ou « fidéicommiss » ou « trust » sont réservés exclusivement aux institutions financières ou trusts, en vertu de l'article 60 de la *Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne*<sup>7</sup>.

Ce monopole statutaire du mot « fiducie » peut surprendre, car la fiducie n'est pas seulement une institution anglaise : elle existe également dans le Code civil. L'article 981(a) stipule ce qui suit :

Toute personne capable de disposer librement de ses biens, peut transporter des propriétés mobilières ou immobilières à des fiduciaires par donation ou par testament...

Les objets pour lesquels une corporation est constituée pourront varier d'une fiducie foncière à une autre. Par exemple, les lettres patentes stipuleront des clauses sur les modes d'acquisition ou de gestion fiduciaire des terrains, sur les activités spécifiques de la fiducie, notamment sur les activités scientifiques, éducatives ou autres.

<sup>7</sup> L.Q., c. S-29.01.

L'acte de donation ou l'acte de servitude ou tout autre acte de démembrement de la propriété pourra comprendre des dispositions concernant l'utilisation du terrain par la fiducie foncière. Pour certains donateurs, il est primordial que les activités ne nuisent d'aucune façon à la vocation écologique de protection. Des restrictions concernant toutes activités commerciales, même socio-récréatives, générant certaines formes de pollution, pourront être ajoutés à l'acte de donation.

494 Au départ, il importe qu'une fiducie définisse clairement sa mission. À titre d'exemples :

- maintenir à perpétuité des étendues de terrain dans leur état naturel, sans aucune forme d'exploitation commerciale et en assurer la pérennité pour les générations à venir ;
- accomplir sur les terrains toutes activités scientifiques (recherches, études, analyses) dans le but d'assurer le maintien des processus naturels et de favoriser la sauvegarde des espèces ;
- promouvoir dans les maisons d'enseignement les principes de la conservation à perpétuité des sites naturels, par des conférences, des publications et, en accord avec le milieu scolaire, par des visites guidées sur le site.

Il est aussi important de prévoir, dans les lettres patentes, une disposition à l'effet que la fiducie se donne une vocation perpétuelle, qu'elle poursuive des objectifs d'intérêt public à caractère charitable et, en cas de dissolution, que ses biens seront remis à un organisme de charité exerçant une activité analogue et à des fins non lucratives.

### **La fiducie en tant qu'association**

La corporation à but non lucratif que constitue la fiducie foncière est une association de membres. Son règlement général doit donc prévoir des dispositions ayant trait à l'admission de membres, aux catégories des membres, aux cotisations exigibles, à l'administration, aux assemblées générales ou spéciales des

membres, ainsi que des dispositions prévoyant la fin de l'association.

Toute personne peut devenir membre à condition de payer la cotisation prévue et de respecter les objets et les règlements de la société. Le conseil d'administration pourra prévoir différentes catégories de membres, notamment les membres actifs, les membres à vie, les membres honoraires ou bienfaiteurs et les membres corporatifs.

Quant au conseil d'administration, le nombre des administrateurs est prévu dans le règlement général. Seuls les membres majeurs de l'association peuvent être membres du conseil, lesquels sont élus ou nommés pour une durée déterminée. Le règlement pourra prévoir des dispositions concernant leur démission ou destitution, leur rémunération, leur indemnisation, les réunions, les divers comités et les postes de dirigeants.

Le conseil d'administration peut prêter, aliéner ou engager les biens de la société, mais il ne pourra hypothéquer ni mettre en gage les biens d'autrui administrés par la corporation à titre de fiduciaire foncier.

Le conseil pourra donner un nom distinctif à chaque terrain acquis par donation, testament, servitude ou autrement. Ce nom pourra être déterminé par le conseil sur recommandation du donateur ou du propriétaire du terrain.

### **Les aspects fiscaux de la fiducie**

Il est important, en raison de la nature charitable des objets de la fiducie foncière, que celle-ci puisse être exonérée de tout impôt ou taxe.

Mentionnons que la *Loi de l'impôt sur le revenu* prévoit qu'un organisme de charité enregistré est exempté de tout impôt fédéral. La fiducie foncière se doit d'obtenir son enregistrement comme organisme de charité, tant au palier fédéral que provincial. Il est reconnu que l'interprétation du mot « charité » n'est pas restrictive. Ce mot n'est pas restreint au seul

soulagement de la pauvreté. Il inclut tout objectif visant l'avancement de l'éducation ou toute oeuvre bénéfique à la collectivité.

496

Généralement, un organisme de charité enregistré doit affecter à ses activités de bienfaisance au moins 80 % des sommes qu'il reçoit annuellement. Dans l'ensemble, les règles provinciales sont similaires aux règles fédérales. La reconnaissance fédérale d'un organisme de charité permettra, suivant une demande distincte au palier provincial, une reconnaissance automatique.

L'organisme de charité enregistré obtiendra un numéro d'enregistrement et pourra émettre des reçus de charité aux donateurs de terrains, aux bienfaiteurs et aux membres pour le montant de la cotisation ou du don. Pour ce qui est des servitudes réelles de conservation, la question fiscale de déductibilité ne semble pas être, sauf erreur, encore résolue. Il serait souhaitable qu'une servitude perpétuelle apporte à son titulaire une déduction d'impôt jusqu'à concurrence d'un pourcentage déterminé. La déduction pourrait être établie sur une valeur représentant la différence entre la valeur marchande d'un terrain et la valeur réduite par la servitude de conservation. À titre d'exemple, si un terrain boisé est évalué à 200 000 dollars et que la servitude de conservation (défense d'exploitation) en réduit la valeur marchande à 100 000 dollars, la valeur de la servitude serait donc de 100 000 dollars.

Outre le traitement de faveur dont peut jouir une fiducie foncière en exemptions d'impôt fédéral et provincial, une exonération de toute taxe municipale (foncière ou de service) et scolaire peut également lui être octroyée en vertu de l'article 204 (10) de la *Loi sur la fiscalité municipale*<sup>8</sup>. L'exemption de taxe sur un terrain de la fiducie foncière est accordée par la Commission municipale du Québec, selon les conditions prévues par la loi, à savoir :

- 1 - Il s'agit d'un immeuble ;

---

<sup>8</sup> L.R.Q., c. F-2.1.

- 2 - La demande émane d'un organisme à but non lucratif ;
- 3 - La Commission possède un pouvoir discrétionnaire et elle doit consulter la municipalité impliquée, qui adoptera une résolution municipale à cet égard ;
- 4 - Le terrain doit être à l'usage du public : la Commission pourra opter pour une interprétation large et libérale de l'expression « usage du public », selon certaines décisions ;
- 5 - L'immeuble doit être utilisé à des fins culturelles, scientifiques, récréatives, charitables ou sociales.

497

Enfin, la fiducie foncière est exemptée de toute taxe d'affaires, car elle poursuit des activités non lucratives.

### Éléments assurables

Dans un premier temps, nous examinerons l'ancienne garantie disponible au Québec concernant les feux de forêt. Nous jetterons ensuite notre dévolu sur les assurances de responsabilité civile proposées aux propriétaires de boisés.

Autrefois, il existait une présomption légale de responsabilité<sup>9</sup> vis-à-vis le propriétaire, l'occupant ou toute personne faisant exécuter des travaux en forêt.

De plus, toute personne réalisant des travaux en forêt devait rembourser le coût de combat de l'incendie.

Les contrats d'assurance de responsabilité civile prévoyaient, face à ce risque, une indemnité pour les frais qu'un assuré pouvait être légalement tenu de payer pour le coût de combat des feux de forêt et pour les dépenses faites pour combattre un feu de forêt sur sa propriété.

Actuellement, la présomption de responsabilité ayant disparue dans la loi québécoise (sauf pour les opérateurs de chemin de fer ou pour ceux qui exécutent des travaux forestiers) les clauses d'assurance portant sur les frais de combat des

---

<sup>9</sup>Loi des terres et forêts, art. 122, par. 2.

incendies sont maintenant désuètes. L'actuelle loi sur les forêts, c. F-4.1, donne à des organismes de protection, la charge de protéger les forêts contre les incendies et d'éteindre les incendies en forêt. L'article 129 de la loi prévoit que l'organisme de protection peut réclamer d'un propriétaire, qui n'est pas l'un de ses membres, les dépenses qu'il a engagées pour lutter contre cet incendie. La loi contient différentes mesures de prévention, des obligations et des interdictions.

498 Plus particulièrement, les membres du conseil d'administration d'une fiducie foncière pourront, à leur discrétion, souscrire une police d'assurance responsabilité civile générale (lieux et opérations), au nom de la corporation en incluant les administrateurs et employés, rémunérés ou non, comme assurés additionnels. Cette assurance, couvrant les conséquences de la responsabilité de l'assuré en raison de dommages corporels ou matériels subis par des tiers, est extrêmement utile et, selon nous, indispensable, dans la mesure où les lieux sont à l'usage du public : par exemple, via un sentier écologique aménagé. En effet, les risques de dommages ou de blessures par des tiers peuvent résulter de diverses activités sur le site : recherches scientifiques, visites guidées d'étudiants ou d'écoliers, activités récréatives s'il y a lieu et si la mission de la fiducie le permet.

De plus, les membres du conseil pourront examiner la possibilité de souscrire une autre assurance, dite « assurance responsabilité des administrateurs », garantissant les conséquences financières d'erreurs ou d'omissions par les administrateurs. Les membres du conseil d'administration d'une société à but non lucratif ne sont pas généralement responsables des dettes de l'association. Lorsqu'ils agissent au nom de la corporation et qu'ils sont dans l'exercice de leurs fonctions, les dirigeants ne sont pas personnellement responsables envers les tiers avec qui ils contractent. Néanmoins, ils peuvent être tenus personnellement responsables, au plan statutaire en vertu de certaines lois sur les compagnies ou lois fiscales.

Certaines assurances sur les biens, sur les argents ou valeurs, ou certains cautionnements pourront également être souscrits, le cas échéant.

Dans le cadre des protocoles d'ententes sur la visite du site ou dans les accords avec les propriétaires dans les actes de servitude, la fiducie pourra prévoir une disposition lui permettant d'être exonérée de toute responsabilité. Il serait opportun d'élaborer un guide de prévention des accidents afin d'éliminer et de réduire les réclamations à ce chapitre.

Vu le nombre important de fiducies foncières aux États-Unis, le Land Trust Exchange a mis au point, pour le bénéfice de ses membres, un programme collectif d'assurance responsabilité. Il s'agit du Green Umbrella Plan Insurance<sup>10</sup>. Le programme est souscrit par CIGNA. Il offre des garanties élargies et propres aux besoins particularisés des fiducies foncières. Il procure en outre des tarifs préférentiels.

499

### Éléments de financement

Les principales sources de revenu sont les donations émanant de particuliers ou de compagnies et les cotisations des membres. D'autres formes de financement sont également possibles : les argents récoltés dans le cadre de certaines activités de la fiducie ou certains événements sociaux, sans oublier les subventions gouvernementales ou privées.

Il importe que des stratégies de financement soient mises à l'ordre du jour dès les toutes premières réunions du conseil d'administration et que les administrateurs s'impliquent concrètement à cet égard. Qui d'autres que les administrateurs peuvent le mieux trouver les argents nécessaires à la bonne marche et aux objectifs de la fiducie foncière?

---

<sup>10</sup> « LTE's "Green Umbrella Plan" Insurance », by LTE Staff, *Exchange*, Fall 1989, p.16.

---

### Une application fiduciaire concrète : la Société de protection foncière de Sainte Adèle

La réflexion n'a d'intérêt que si elle peut déboucher sur des expériences concrètes.

La Société de protection foncière de Sainte-Adèle, une nouvelle fiducie foncière dans les Laurentides, a été constituée en septembre 1991, en vertu des lois du Québec, la partie III de la *Loi sur les compagnies*. Elle a acquis, par donation notariée, un terrain boisé de 14,3 acres, en plein coeur de Sainte-Adèle, sur le bassin versant du lac Sainte-Adèle. On peut l'observer facilement sur la terrasse de l'hôtel Le Chantecler.

500

Les pouvoirs qu'elle possède, en vertu de sa charte, sont limités exclusivement à la conservation à perpétuité du terrain et à l'exécution d'activités scientifiques ou éducatives, sans aucune forme d'exploitation commerciale, sportive ou récréative. La Société offre donc son terrain aux chercheurs et universitaires pour y accomplir des analyses et aux éducateurs pour y faire des visites guidées le long d'un sentier écologique. Un cahier pédagogique a été conçu à cette fin.

Le rôle de cette fiducie foncière est de compléter celui d'un autre organisme, Action Environnement Sainte-Adèle, qui, depuis six années, oeuvre à protéger la qualité de l'eau du lac Sainte-Adèle. Mentionnons que ce lac est en grand danger d'extinction du fait de sa salinité, du déboisement de son bassin hydraulique et du manque de végétation sur ses bords qui empêcherait normalement le ruissellement des eaux de surface de faire érosion et de transporter le limon vers les profondeurs du lac.

Pour sauver le lac en perdition, Action Environnement Sainte-Adèle, une association à but non lucratif qui regroupe plus de 200 membres, a déjà planté environ 55 000 arbres et arbustes sur les rives et dans le bassin versant du lac. De plus, à la demande de cette association, la ville de Sainte-Adèle a fait l'acquisition de certains terrains pour éviter la construction de maisons et par conséquent la pollution de la charge principale du

lac. En outre, Action Environnement Sainte-Adèle a pu collaborer activement avec les responsables de la ville à la préparation d'un projet de règlement municipal visant à amender le règlement actuel portant notamment sur la protection des arbres et sur l'interdiction de coupe d'arbres.

Ainsi, grâce à l'acquisition du boisé situé pour une part importante dans le bassin hydraulique du lac Sainte-Adèle, la Société de protection foncière de Sainte-Adèle protège des milliers d'arbres nouveaux qui viennent s'ajouter à ceux plantés par Action Environnement Sainte-Adèle.

501

Par le biais du terrain qu'elle protège, cette fiducie veut donc jouer un rôle important dans la protection du bassin versant du lac. Protéger le bassin hydraulique, c'est assurer la qualité de l'eau du lac et c'est servir la population de Sainte-Adèle et les villégiateurs qui l'utilisent et en profitent abondamment. Il serait malheureux que la qualité de l'eau diminue au point qu'il devienne interdit au public de l'utiliser. Ceci représenterait pour les citoyens de Sainte-Adèle, une catastrophe écologique et une perte considérable, tant au plan de la qualité de vie et celui du bien-être, qu'au plan économique, esthétique, biologique et écologique.

### **Historique du boisé adélois, nommé « Marie Bernard du Haut-Cilly »**

Le boisé protégé par la Société de protection foncière de Sainte-Adèle, occupe environ 14,3 acres et fait partie du lot numéro 4, du rang XI du canton d'Abercrombie de la ville de Sainte-Adèle. Situé à l'extrême limite de Sainte-Adèle, il est borné au sud par le territoire de la ville de Mont-Rolland. Son sommet atteint 375 mètres d'altitude.

Après la période amérindienne, ce boisé a changé plusieurs fois de propriétaires, comme le démontre un historique du boisé préparé par la Société.

En 1844, la province de Québec concède la propriété à l'honorable Augustin-Norbert Morin (1803-1865), le fondateur de Sainte-Adèle.

502 Augustin-Norbert Morin<sup>11</sup> a exercé diverses activités dans les domaines journalistique, politique, agricole, législatif et universitaire. Il fut avocat, professeur à l'Université Laval, député, puis ministre et enfin, juge à la Cour supérieure. Il fit partie de la Commission sur la codification du Code civil de la Province de Québec, créée par Georges Étienne Cartier et fut le premier doyen de la faculté de droit de l'Université Laval. Il installa à Sainte-Adèle plusieurs colons pour ouvrir les Basses-Laurentides à l'agriculture. Il joua un rôle important dans les événements de 1837. Il est décédé à Sainte-Adèle, au cours d'une crise d'apoplexie, le 27 juillet 1865. L'école régionale des Laurentides porte aujourd'hui son nom.

En 1876, le lot numéro 4 devient la propriété de fermiers qui se consacrent à l'agriculture. Il appartiendra à la même famille jusqu'en 1918. À cette date, Henri Boulevraye de Passillé, époux de Marie Bernard du Haut-Cilly, achète le lot, incluant une ferme.

En 1952, François Boulevraye de Passillé hérite de ses père et mère d'une partie du lot numéro 4. En 1991, ce dernier donne cette partie (14,3 acres) à la Société de protection foncière de Sainte-Adèle. Depuis cette date, ces 14,3 acres portent le nom de « Marie Bernard du Haut-Cilly », en hommage à la mère du donateur.

Fort de cette expérience, la Société de protection foncière de Sainte-Adèle projette d'acquérir et de protéger d'autres terrains disponibles à l'échelle du Québec.

---

<sup>11</sup>Gérard Parizeau, « Augustin-Norbert Morin—L'homme politique et le juriste », *La Société canadienne-française au XIX<sup>e</sup> siècle - Essais sur le milieu*, Éditions Fides, 1975.

## Conclusion

En conclusion, une fiducie foncière se doit de définir le plus tôt possible sa mission et ses objectifs à long terme, sans oublier, dans l'élaboration de ces définitions, son rôle de protecteur à perpétuité.

En général, son rôle principal est d'être un chien de garde visant à protéger des terrains dans leur état naturel. La fiducie foncière, en tant qu'organisme privé, complétera donc efficacement les actions gouvernementales ou privées. Plus elle se dotera de normes élevées, au plan de sa déontologie, de son caractère apolitique et de ses moyens d'action, plus ses relations seront harmonieuses avec les initiatives des élus municipaux ou autres initiatives individuelles dans la municipalité et plus elle sera en mesure de jouer efficacement son rôle de protecteur foncier.

503

Dans les années à venir, les actions de protection environnementale ne devraient plus être l'apanage exclusif des gouvernements mais devraient davantage émaner d'organismes non gouvernementaux (ONG), et au premier chef, des fiducies foncières.

On peut aisément prédire l'expansion du phénomène fiduciaire, dans la mesure où l'État, poussé par les mouvements sociaux, se flatte de plus en plus de ses performances environnementales et de ses programmes écologiques.

Après les généreux discours canadiens tenus à Rio, nous croyons que le gouvernement devrait porter un intérêt plus aigu à la protection des arbres et des forêts, par l'encouragement, sous diverses formes, des fiducies foncières. Un petit pas pour l'Homme, un grand pas pour la planète Terre. Les mots extra-terrestres de Neil Armstrong semblent avoir, dans le cadre de nos propos, une application tout à fait terrienne.



---

**Annexe****Résumé de la législation québécoise en matière de protection du milieu naturel**

## 1. Le Code civil

504 L'article 405 C.c. prévoit que l'« on peut avoir, sur les biens, ou un droit de propriété, ou un simple droit de jouissance, ou seulement des servitudes à prétendre. » L'article 406 C.c. dispose que « la propriété est le droit de jouir et de disposer des choses de la manière la plus absolue, pourvu qu'on n'en fasse pas un usage prohibé par les lois ou les règlements. »

2. La *Loi sur le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche*, L.R.Q., c. M-30.1

Cette loi confère des pouvoirs au ministre aux fins d'acquérir et de protéger certains immeubles.

3. La *Loi sur les parcs*, L.R.Q., c. P-9

Cette loi prévoit la création de parcs de récréation et de parcs de conservation.

4. La *Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune*, L.R.Q., c. C-61.1

Cette loi mentionne la constitution de structures spéciales visant à protéger la faune.

5. La *Loi sur la qualité de l'environnement*, L.R.Q., c. Q-2

La loi précitée accorde au ministre de l'Environnement, des pouvoirs de surveillance, de promotion et de prévention de l'environnement, des biens et des espèces.

6. La *Loi sur les réserves écologiques*, L.R.Q., c. R-26

Cette loi autorise la constitution de réserves destinées à la conservation du milieu naturel, à la recherches et à la sauvegarde des espèces menacées.

7. La *Loi sur le régime des eaux*, L.R.Q., c. R-13

---

Cette loi permet au ministre de l'Environnement d'aliéner ou d'occuper les lacs, fleuves ou rivières du domaine public pouvant avoir des répercussions néfastes sur le milieu.

8. *La Loi sur la protection des arbres*, L.R.Q., c. P-37

Cette loi prohibe la destruction ou l'endommagement des arbres sans le consentement de leur propriétaire.

9. *La Loi sur l'aménagement et l'urbanisme*, L.R.Q., C. A-19.1.

La Loi confère aux municipalités un pouvoir de réglementation sur l'aménagement et le zonage de terrains sur leur territoire dans un intérêt écologique.

10. *La Loi sur les terres et forêts*, L.R.Q., c. T-9

Cette loi accorde des pouvoirs importants au ministre de l'Énergie et des Ressources dans le but de protéger ou de contrôler l'exploitation des forêts.

11. *La Loi sur le ministère de l'Énergie et des Ressources*, L.R.Q., c. 15.1

Cette loi procure au ministre le pouvoir d'acquérir, de gré à gré ou par expropriation, tout terrain ou droit immobilier.

12. *La Loi sur la protection du territoire agricole*, L.R.Q., c. P-41.1

Cette loi prévoit des zones agricoles et y prohibe tout usage non agricole.

13. *La Loi sur les biens culturels*, L.R.Q., c. B-4

Cette loi confère au ministre des Affaires culturelles le pouvoir de déclarer « arrondissement culturel » tout territoire présentant un intérêt esthétique ou pittoresque.

14. *La Loi sur les Cités et Villes*, L.R.Q., c. C-27.1

Cette loi contient de nombreuses dispositions permettant aux autorités municipales de réglementer et de protéger, dans les limites de leur juridiction, tout territoire, terrain, ou parc.



## Reinsurance Dialogue

between

Christopher J. Robey

and

David E. Wilmot\*

August 20, 1992

**Re: The Reinsurer's Role In The Market**

507

Dear Mr. Robey

Our continuing correspondence has addressed a number of reinsurance topics from the specific and detailed to the broadly theoretical. However, in raising the issue of the "reinsurer's role in the market," you have cut to the very heart of our reinsurance discussions. And, as it happens, we are not entirely in agreement as to what that role may be.

In your letter of June 8, 1992, you described the reinsurer's role as furthering the spread of insurance risk. You argued that the reinsurer, who is merely an extension of the insurer, is "in the same business as the insurer," and cannot "wash its hands of its responsibility to insureds." From this, you concluded that the political risk of imposed policy coverage enhancement (and perhaps even the commercial risk of doing business) must be assumed by reinsurers, or at the very least, shared by reinsurers.

Your definition of the reinsurer's role is correct, albeit somewhat limiting, and so I would like to expand on the topic in the second half of this letter. Of more immediate concern, you have blurred a very important distinction between insurer and reinsurer. The reinsurer does *not* serve insurance clients. The reinsurer's client is the insurer. Just as a software company selling computer systems exclusively to insurance companies is

---

\* The author of this letter, Mr. David E. Wilmot, is Manager for Canada, Norwich Winterthur Reinsurance Corporation Limited.

508

"in" the insurance business and derives its income indirectly from the premiums paid by clients to the insurance company, the reinsurer is "in" the insurance business and derives its income from the same source. But this abstract association is in no way a commitment to those insurance clients. To a greater or lesser degree, the reinsurer, like the software company, must distance itself from the original insureds. What does distinguish the reinsurer from the software company is a series of contractual (reinsurance) arrangements specifically drafted to relate the reinsurer's cedant obligations to the cedant's client obligations. In other words, the reinsurer contracts to indemnify the cedant in a manner that reflects or parallels the cedant's policy obligations to its clients.

Contractual arrangements, such as the Terms and Conditions Clause, the Follow the Fortunes Clause and numerous references to original policies and binders, are drafted to set out the obligations of the reinsurer to the ceding company but *not* the obligations of the reinsurer to any insured. Therefore, in drafting reinsurance agreements, it is important to preserve that distinction between the reinsurer's obligations to the insurer and the insurer's obligations to its clients.

I do appreciate that, unlike the software company, the reinsurer really *is* in the insurance business to the extent that it is regulated by Federal or Provincial Insurance Acts and to the extent that it carries out the business of a particular form of insurance – insurance of insurance companies. However, reinsurance is a contract of strict indemnity between the insurer and the reinsurer (even when the original policy may not be pure indemnity, such as accident benefits under an Ontario automobile policy).

### **Imposed or Legislated Change**

With this subtle but important distinction made, I can now address the two situations you described in which the insurer's policy exposure dramatically changes. The first situation is a legislated change in the policy, such as the

introduction of OMPP into existing Ontario automobile policies in mid-1990. The second is an imposed (perhaps "coercively" imposed) redefinition of policy coverage, such as a retroactive increase in the accident benefits of OMPP.

With regard to legislated change, the operative contractual agreement between the reinsurer and the cedant is that of indemnity against losses for which the insurer becomes legally liable to pay. Thus, when enhanced accident benefits were read into all Ontario automobile policies on June 22, 1990, reinsurers assumed responsibility for the suddenly altered values arising out of OMPP. This situation was not unique for excess of loss reinsurers who had previously accepted Ontario third party statutory limits of \$50,000 read in as \$100,000 and subsequently limits of \$100,000 read in as \$200,000.

509

Taking the example a step further, you also cited the interesting case of insurers willingly assuming additional liability under OMPP by automatically offering extended accident benefits. Most insurers had the courtesy to ask for their reinsurer's agreement beforehand, but I must concede that these insurers were no more prevented from offering extended benefits than if they had been unilaterally selling higher-than-minimum statutory limits prior to OMPP. In this example of a modest additional reinsurance exposure, the courtesy of advising reinsurers was all that might have been required. On the other hand, were the cedant to take a unilateral marketing decision that could *dramatically* alter reinsurance exposure, I think reinsurers would have to agree and be given a chance to reprice their product lest they challenge on the principle of utmost good faith.

With regard to "coercive" imposition of additional losses, such as the reading in of earthquake cover on all homeowners policies *after* a catastrophic loss (or reading out the riot and civil commotion exclusion after a lesser occurrence), the reinsurer does not have an automatic contractual obligation. You and I may agree that the reinsurer, like the insurer, is also subject to coercion or commercial considerations or both, but such

pressure will not normally arise out of any direct responsibility to original insureds.

I say "normally," because you have introduced a recent development in which some cedants, and perhaps even some reinsurers, feel that certain excess of loss contracts have committed reinsurers to a potential, specific, imposed liability – a retroactive increase in OMPP accident benefits. Ignoring the issue of why such an imposed increase could or could not take place, I would like to address this apparent "pre-agreement" to assumed liability in more detail.

510

### **Retroactive Accident Benefits**

By and large, automobile insurance is reinsured by means of excess of loss treaties. Such reinsurance is purchased in order to protect operating results from "shock" losses or from an unanticipated frequency of large losses. (Quota share automobile reinsurance is also purchased from time to time, but the stated purpose of such cover is surplus relief).

A "shock" loss may be defined as one exceeding the values normally anticipated. An example under OMPP would be the total of income replacement, medical and long-term care benefits payable to several insured people injured in a vehicle. By comparison, a single claimant loss estimated to cost \$1,600,000 in accident benefits may not be considered a shock loss because we know that this magnitude of claim will occur with measurable frequency. This claim would be an example of a "large" loss.

You asked how the extra cost of an imposed additional loss would be spread between the segments of market, and you further questioned how a subsequent premium surcharge would be distributed between insurer and reinsurer. These questions may have been rhetorical, but I feel that answers will help us to better understand the reinsurer's market role.

The role of the excess of loss reinsurer is to spread expected large losses and potential shock losses among all the

insurers in the marketplace. It is important to note that the reinsurer's role is not to *assume* these large and shock losses – only to redistribute them. And yet, consider what may happen if OMPP accident benefits are retroactively increased.

Should current OMPP benefits be increased four or five years into the future, only the most serious losses of 1990, 1991 and 1992 will still be open and subject to revision. It is likely that most of these claims will involve excess reinsurers. The increase in benefits could be substantial – quite possibly reflecting the indexed and unlimited benefits proposed by the New Democratic Party's Bill 164. What had previously been small losses would become large losses. Large losses would become "shock" losses, and shock losses would climb to unimagined heights.

511

The increased number and size of losses above cedant retentions could be devastating. At the same time, the increase to net retentions might be negligible. Distribution of this increase, affecting hundreds if not thousands of claims over several years, would be problematic. Strictly speaking, the ultimate net loss clause dictates that any increase in losses will fall entirely on excess of loss reinsurers. Any other basis of distribution, such as sharing the additional loss in proportion to the reinsurer's share of the original loss, would be entirely arbitrary and (in the absence of any agreement to the contrary) subject to charitable good faith on the part of the ceding company.

To help answer the question of loss distribution, consider how compensating premium, if any, would be distributed. Such additional premium would be collected by the insurers from their clients. In theory, the premium would be shared at the discretion of insurers with those reinsurers who had not gone bankrupt, had not pulled out of automobile or pulled out of Canada altogether, and had not, for any one of a dozen other reasons, discontinued their five or six year old shares of the original excess of loss agreements. In other words, compensating premium would not be distributed at all. Far from facilitating the

*spread* of large losses, reinsurers would have assumed the loss with no likely means of recovery.

I hasten to point out that this dismal scenario is based on a "worst case" interpretation of an insurer/reinsurer relationship. I would like to think that Canada does not host insurance executives who would attempt to impose such a one-sided and short-sighted interpretation of the reinsurer's role. However, I must concede that a number of reinsurers have not thought through the contractual obligations they so cheerfully endorse.

512

### **Role of the Reinsurer**

Moving from relatively narrow examples of spreading (or failing to spread) risk to a more encompassing definition of the reinsurer's role in the market, I would like to consider the "text book" as well as the practical aspects of that role.

At a basic text book level, and as every student of the industry learns, the role of reinsurance is the four-fold contribution to financial capacity, underwriting capacity, capital or shock loss protection and, yes, spread of risk. You and I have discussed at length the contractual mechanics designed to achieve these goals, and I will not expend any more time on them here.

At the "practical" level, we see the basic description of the reinsurer's role clouded by competition, economic and political forces, the business acumen of those buying reinsurance and of those selling it, and a flux of other commercial conditions. At this level, we discover new reinsurance "roles" – a quota share treaty moving funds from one tax environment to another, a surplus treaty purchased in order to provide free catastrophe protection, a facultative risk ceded for no other reason than to obtain a second underwriter's opinion, a low-level excess treaty renewed because the rate is so cheap. At this level, the role of individual reinsurers may be that of mentor or dupe, partner or accomplice, sounding board or scapegoat. Such roles do not bear close examination, but collectively, reinsurers serve a number of

non-traditional functions which do justify comment. Three "collective" roles of particular relevance to the current marketplace are shock loss expertise, support for market-wide pricing and validation of primary underwriting practices.

### Large Loss Expertise

As supposed experts on large losses, reinsurers should be in a position to help insurers identify and price such exposures. At its simplest, this means charging the right reinsurance price for catastrophe exposure and helping cedants to understand the rationale behind such pricing. While this may appear to be self-serving, it is a part of the reinsurance function of banking sufficient premium to properly spread risk.

Canadian reinsurers appear to have failed the market in this role. Like insurers who under-price their product and then shock clients with a dramatic price increase, reinsurers have failed to help their cedants identify the premiums which must be collected against inevitable catastrophes. Canadian insureds have received the benefits of cheap catastrophe reinsurance for a number of years. Average rates on line are notoriously low by world-wide standards, despite Canada's exposure to earthquake and hurricane. Unfortunately, Canadian insurers have not reaped the benefit of this cheap reinsurance – their insureds have. In the meantime, world-wide reinsurance losses have spiralled out of control, retrocessional markets have collapsed, and the modest "bank" built up by a number of Canadian insurers has disappeared, along with their bankrupt, merged or defunct reinsurers. Consequently, insurers are now experiencing sharp price increases and capacity restrictions when they can least afford it. It is small consolation that Canadian insurers did not experience the three and four hundred per cent catastrophe rate increases of the Japanese market or this year's Caribbean prices which, in many cases, actually exceed gross premium income! Nevertheless, insurers must now adjust to catastrophe rates for which they have not collected original premiums, and they must face increased exposures (due to reassessment of PMLs, the loss

---

of pro-rata protection, or both) for which the reinsurance market may not provide sufficient capacity.

### Market-Wide Pricing

514

The reinsurance community is not a rate review board for the Canadian property and casualty industry. And yet, reinsurers play a role in promoting adequate and stable original rates. Reinsurance acceptance or rejection of original rates takes place daily in the facultative departments of reinsurance companies. Excess reinsurance allows reinsurers to apply a sufficient rate even if original premiums are inadequate. Pro-rata treaty conditions such as scale commissions and "loss corridor" clauses ensure that cedants are *buying* capacity and not merely subsidising poorly rated business.

However, if support of price stability is one of the roles of reinsurance, then Canadian reinsurers have again failed their clients. Due to fierce competition, reinsurers have probably exacerbated the radical swings in the Canadian underwriting profit/loss cycle. This was certainly the case during the liability crisis of the mid 1980s. Now, in the depths of a commercial property price slump, more than one insurer has asked if reinsurers can force a turnaround in the market. I have no doubt that, if reinsurers were to enforce original rate increases, they would be cursed for doing so throughout the following period of prosperity. Nevertheless, reinsurers must address their function as a stabilising force instead of serving as an underwriting sink which prolongs down cycles and a pricing catalyst that exaggerates market "corrections."

### Validation of Underwriting

Reinsurers can play a role in supporting sound original underwriting and claims handling. Unfortunately, they can also support and foster unsound competition. Loose reinsurance terms, support for badly engineered or underwritten business, and any unquestioning acceptance of sloppy claims handling, will give the wrong companies an extended lease on

life. Thus, maverick insurers are able to acquire business on the basis of inadvisedly broad coverage and low price while tapping overall industry premiums via subsidies from reinsurers.

In markets less competitive than Canada, reinsurers have helped to curtail unsound underwriting practices and have even squelched the market entry of known troublemakers. Overly competitive Canadian reinsurers have not served this stabilising function well.

### The Value of Reinsurance

515

Reinsurance is supposed to stabilise results, but a weak reinsurance market simply amplifies the cycles of loss and correction. Reinsurance should spread the impact of large losses, but reinsurance without good faith and long-term commitment operates within such a narrow time frame that "banking" is discouraged and losses must be repaid immediately. Reinsurance is designed to offer capacity support, but indiscriminate support cheapens capacity that should be reserved for solid underwriting.

Cheap and uncritical reinsurance is no better than the naive capacity of the 1970s or early 1980s created by aggressive and inexperienced reinsurers. It's fine to have accommodating and inexpensively priced reinsurance. But perhaps such reinsurance is one of the reasons we seem unable to make any money in this business.



## Faits d'actualité

par

R.M.

### I. Mesures fiscales proposées en assurance-vie au Canada

Selon les documents budgétaires déposés à la Chambre des communes le 25 février 1992 par le ministre des Finances, l'Honorable Don Mazankowski, le gouvernement fédéral, de concert avec l'industrie, est en voie d'examiner la fiscalité des compagnies d'assurance-vie, afin de s'assurer que celles-ci paient leur juste part de l'impôt fédéral. Celles-ci devraient payer, en plus de ce qu'elles payaient auparavant, environ 55 millions de dollars d'impôt fédéral au cours de l'exercice 1992-1993 et 75 millions de dollars au cours de l'exercice 1993-1994. Dans les prochains mois, le gouvernement élaborera des propositions précises à cet égard.

517

Les compagnies d'assurance-vie sont assujetties à l'impôt sur le revenu des sociétés depuis 1969. Un certain nombre de changements ont été apportés aux règles fiscales depuis 1969, afin de les rendre plus efficaces. D'autres modifications ont été adoptées dans le cadre de la réforme fiscale de 1987. Enfin, le budget de 1990 prévoyait que l'impôt sur le capital des institutions financières (Partie VI) serait étendu aux grandes compagnies d'assurance-vie. Malgré ces mesures, il apparaît au gouvernement que les impôts sur le revenu prélevés dans cette industrie restent peu élevés.

### II. Règles à l'égard des dossiers médicaux informatisés

En mai dernier, la Commission d'accès à l'information édictait des « exigences minimales » visant à assurer la sécurité et la protection du caractère confidentiel des dossiers médicaux informatisés. Le secret médical doit toujours

prévaloir, même lorsque les dossiers sont consignés sur informatique.

Parmi les mesures visées, signalons : un code d'accès secret aux seuls employés autorisés, des procédures strictes d'inscription, un contrôle des terminaux et des locaux, des procédures de consultation et de communication.

### III. Adoption de trois lois fédérales sur les institutions financières

518

Trois lois fédérales, qui avaient été sanctionnées le 13 décembre 1991, sont entrées en vigueur le 1 juin 1992 : la *Loi sur les sociétés d'assurance*, la *Loi sur les banques* et la *Loi sur les sociétés de fiducies et de prêt*.

Le 17 mars 1992, le Bureau du surintendant des institutions financières rendait public, pour fins de consultation, les documents d'étude de quatorze règlements : dix de ces règlements portent sur la nouvelle *Loi sur les sociétés d'assurances*, alors que les quatre autres s'appliquent à toutes les nouvelles lois sur les institutions financières.

Les nouvelles lois régissant les institutions financières fédérales remplacent les lois suivantes : la *Loi sur les banques*, la *Loi sur les sociétés de prêt*, la *Loi sur les compagnies d'assurance canadiennes et britanniques*, la *Loi sur les compagnies d'assurance étrangères* et la *Loi sur les associations coopératives de crédit*.

Ces législations antérieures étaient devenues désuètes et inadaptées à un environnement financier en constante évolution, une évolution particulièrement marquée par la croissance rapide de la technologie et le décloisonnement des institutions dû à la diversification des activités et des nouveaux produits et services.

**IV. Loi modifiant la Loi sur les cités et villes et le Code municipal**

Présenté par M. Claude Ryan, ministre des Affaires municipales, le projet de loi 22, adopté en juin dernier, apporte diverses modifications aux règles qui régissent l'administration des municipalités québécoises. Parmi ces modifications, nous retrouvons deux aspects visant directement la souscription et la distribution de l'assurance.

Premièrement, les règles d'adjudication des contrats d'assurance seraient modifiées en haussant les seuils relatifs aux soumissions publiques et aux soumissions sur invitation et, deuxièmement, les municipalités pourraient se regrouper dans une corporation d'assurance de dommages pour se couvrir mutuellement contre les risques de dommages à leurs biens ou contre les conséquences pécuniaires pouvant leur incomber en raison de leur responsabilité civile.

519

**V. Les vols ont augmenté de 39 % depuis 1974**

Selon une récente étude de Statistique Canada, le nombre de vols rapportés au Canada a progressé de 39 % depuis 1974. L'analyse révèle que le Québec est la province où il y a eu le plus grand nombre de vols par 100 000 habitants (entre 150 et 200) et que les provinces atlantiques enregistrent le taux le plus bas.

**VI. Les résultats de la Société d'assurance automobile**

Selon son dernier rapport d'activité, la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) a réalisé, au cours de son exercice financier pour l'année 1991, un surplus de 301 millions de dollars : une augmentation de 31 % par rapport aux résultats de 1990. Divers facteurs expliquent ces résultats notamment l'amélioration du bilan routier et la réduction du temps d'incapacité des automobilistes blessés dans des accidents d'automobiles. D'autre part, la réserve actuarielle de la Société

s'est enrichie de 237 millions de dollars. Celle-ci se chiffre maintenant à 1,4 milliards de dollars.

On comprend la tentation du gouvernement d'amputer cette somme de 275 millions, comme l'annonçait le ministre des Finances du Québec lors du dernier budget, et de l'allouer au fonds consolidé.

520

Les revenus totaux de la Société ont atteint 995 millions de dollars en 1991 par rapport à des revenus de 963,3 millions de dollars en 1990, soit une hausse de 3,3 %. Cette hausse, représentant 31,7 millions de dollars, est attribuable principalement aux revenus de placement.

Au 31 décembre 1991, l'actif de la Société s'élevait à 5 009,9 millions de dollars, soit une augmentation de 3,8 % par rapport à l'année précédente.

Le nombre de véhicules en circulation au Québec en 1991 totalisait 4 041 617.

#### VII. Le Sommet de la Terre tenu à Rio en juin 1992

Vingt ans après le sommet de Stockholm sur l'environnement (1972), le secrétaire général de l'ONU a ouvert, en juin dernier à Rio, la Conférence des Nations unies pour l'environnement et le développement (CNUED), nom officiel des deux événements que furent le Sommet de la terre et le Forum global sur le développement et l'environnement.

Souhaitons que ce sommet génère des résultats plus concrets que ceux du sommet précédent, tant à cause de l'ampleur de l'événement et de l'impact médiatique, que des protocoles, des accords et des projets divers figurant à l'ordre du jour. Ce rassemblement de gouvernants, le plus grand de l'histoire, comptait 30 000 participants. À elle seule, la délégation canadienne comptait près de 200 personnes, dont 67 délégués officiels.

Le but de cette conférence, qui dura 12 jours, était de réconcilier la prospérité économique et la protection de la nature.

À titre d'exemple, le traité sur la protection de la diversité biologique de la planète a été signé par le Canada ainsi que par 150 autres pays. L'objectif de ce traité est d'amener chaque pays à protéger, par des mesures concrètes, les espèces vivantes, les plantes, les animaux et les micro-organismes sur leur territoire. Quant au traité sur le contrôle de l'effet de serre, lequel doit être ratifié par un pays une fois seulement qu'il a adopté des mesures concrètes pour se conformer à l'entente initiale, il devrait être signé par le Canada en 1993.

La décision d'adopter, lors de cette conférence, un plan de suivi incitant les pays à concrétiser le concept de *développement durable*, formule inventée par la commission Brundtland en 1987, nous a semblé des plus intéressante.

521

Le sommet s'est terminé par une double déclaration de principes : d'une part, par la déclaration de Rio adoptée par 178 pays, établissant 27 principes environnementaux (peut-être l'embryon d'une future charte de la Terre), et d'autre part, par l'agenda 21. Ce document de 800 pages, codifié, est un plan d'action pour le vingt et unième siècle, une sorte de programme de restauration environnementale, jetant les bases d'une politique internationale de développement durable.

#### VIII. « L'assurance-maladie : de l'État au marché privé »

Ce document, écrit par Christian Dumais et publié dans *La Presse* du 2 juin 1992, sous la chronique « Vos assurances » rappelle les nouvelles restrictions apportées au régime d'assurance-maladie du Québec. Ces restrictions, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 1992 et visant les services hospitaliers à l'étranger, les médicaments, les examens de la vue et les services dentaires, devraient être récupérées par l'assurance privée. Citons l'assurance-voyage et l'assurance-maladie individuelle ou collective souscrite par l'employeur pour son personnel en complément des indemnités allouées par l'État.

L'un des changements les plus importants touche les frais d'hospitalisation d'urgence hors le Canada. La Régie

rembourse maintenant un maximum de 58 \$ pour une consultation d'urgence en clinique externe et 480 \$ par jour pour une hospitalisation d'urgence. Ces sommes sont largement inférieures aux montants autrefois alloués.

#### **IX. Les résultats du premier trimestre de l'année 1992**

522

Selon *The Quarterly Report*, l'assurance de dommages au Canada aurait généré, pour le premier trimestre de l'année 1992, des revenus net après impôt de l'ordre de 268 millions de dollars. Ceci représente un baisse de 11 % par rapport au premier trimestre de l'année précédente, mais une hausse de plus de 500 % par rapport au trimestre précédent qui n'avait généré, en revenus nets, que 50 millions de dollars.

Voici les principaux aspects tirés du rapport trimestriel :

#### **Quatrième trimestre (en millions de dollars)**

	1990	1991
Primes nettes émises	3 190 \$	3 437 \$
Sinistres nets encourus	2 698 \$	2 890 \$
Rapport sinistres à primes	77,6 %	78,9 %
Pertes techniques (avant impôt)	-283 \$	-366 \$
Revenus de placement (avant impôt)	632 \$	646 \$
Rapport combiné	108,1 %	-110,0 %
Revenus d'opération (après impôt)	301 \$	268 \$

#### **X. Le déficit de Lloyd's de Londres, pour l'exercice 1989**

En juin dernier, Lloyd's de Londres annonçait un déficit record (Lloyd's existe depuis 304 ans) pour l'exercice de l'année 1989. Ce déficit est de 3,8 milliards de dollars. L'an dernier, le déficit annoncé était de 984 millions de dollars. Devant l'ampleur du déficit, on prévoit une restructuration du conseil de Lloyd's. Ce serait la troisième durant cette décennie. Signalons que près de la moitié du déficit proviendrait des syndicats de réassurance souscrivant en excédent de sinistres.

Quatre sinistres catastrophiques, coûtant plus de 10 milliards de dollars sur l'ensemble des marchés internationaux de l'assurance, ont contribué particulièrement à ce déficit: l'ouragan Hugo (5,8 milliards de dollars), le déversement du pétrolier *Exxon-Valdez* (1,5 milliard de dollars), le tremblement de terre de San Francisco (1,5 milliard de dollars) et l'explosion de l'usine texane de Phillips Petroleum Co. (1,5 milliard de dollars).

**XI. Entente de fusion entre les deux instituts d'assurance**

523

Étant donné la similitude de la mission des deux organismes (éducation et formation), les conseils d'administration de l'Institut d'assurance du Québec et de l'Institut d'assurance de l'Est du Québec ont reconnu leur intérêt mutuel de se regrouper sous un seul organisme: l'Institut québécois des assurances de dommages. Le protocole d'entente a été signé le 18 juin dernier. Le premier organisme regroupe 4 300 membres tandis que le second en regroupe 1 700.

**XII. La RIO réclame 10 millions de dollars aux assureurs de Lavalin**

À la lecture d'un communiqué paru dans *La Presse* du 20 juin 1992, nous apprenions que la RIO réclame 10 millions de dollars aux assureurs responsabilité de Lavalin pour les déchirures de la toile du stade olympique et pour la perturbation des activités de la RIO au stade. Elle impute la responsabilité des dommages, d'une part au Groupe Lavalin, et d'autre part, à son ex-filiale Socodec dont les actifs et les obligations appartiennent maintenant au groupe SNC Lavalin inc.

**XIII. Un service d'assistance téléphonique instauré par la SAAQ**

La Société d'assurance automobile du Québec a instauré, en juin dernier, un service d'assistance téléphonique à l'intention des Québécois victimes d'accidents de la circulation, peu importe l'endroit où ils se trouvent dans le monde. Le

service est en opération du lundi au vendredi et les appels ne comportent aucun frais s'ils proviennent du Canada ou des États-Unis.

Voici le numéro : 1-800-463-6898

#### **XIV. La discrimination basée sur le taux d'assurance devant la Cour suprême du Canada**

524 Le 25 juin dernier, dans l'affaire *Michael Bates et Ontario Human Rights Commission vs Zurich Insurance Co.*, cinq juges de la Cour suprême du Canada (deux juges étant dissidents) statuaient que la tarification des assureurs basée sur le sexe, le statut matrimonial ou l'âge, était une pratique normale et raisonnable, en vertu de la législation ontarienne (Ontario Human Rights Code).

La loi ontarienne semble admettre qu'en matière d'assurance, cette pratique est raisonnable, compte tenu de son fondement basé sur les statistiques ou la loi des grands nombres. Le code exonère spécifiquement l'assureur de toute discrimination « *if based on reasonable and bona fide grounds* ». Le plus haut tribunal émet néanmoins une réserve fondamentale : cette pratique demeure discriminatoire en vertu des principes mêmes de la Charte et les assureurs doivent se garder d'abuser du système actuel.

#### **XV. Le devoir d'avertissement des dangers de la cigarette devant la Cour suprême des États-Unis**

Selon un arrêt rendu par la Cour suprême des États-Unis, le 24 juin 1992, suite au décès causé par un cancer du poumon d'une personne de 58 ans qui avait fumé pendant 42 ans, les manufacturiers de cigarettes sont susceptibles d'être poursuivis s'ils n'ont pas suffisamment donné d'avertissements quant aux dangers que représente l'usage de la cigarette. En d'autres termes, le libellé actuel retrouvé sur les boîtes de cigarettes avertissant des dangers d'inhaler le tabac ne mettrait pas les compagnies à l'abri d'une éventuelle poursuite. Le plus haut tribunal américain, qui a adopté cet arrêt par sept voix

contre deux, vient d'ouvrir une brèche importante permettant une multiplication de procès semblables.

**XVI. Le rapport annuel de l'Inspecteur général des Institutions financières**

Déposé le 18 juin 1992, le rapport annuel de l'Inspecteur général sur l'état des opérations des assureurs en 1991 révèle, notamment, trois aspects saillants :

- les assureurs québécois - compagnies et sociétés à charte du Québec, ont amélioré leur part du marché. En assurance de personnes, celle-ci s'élève à 36,2 % en 1991; en assurance de dommages, elle s'élève à 33,5 %. Si l'on inclut les autres assureurs ayant leur siège social au Québec, la part de marché s'élève à 36,7 % en assurance de personnes, et à 49,2 % en assurance de dommages;
- une stagnation des revenus de primes des assureurs de personnes : 5,88 milliards de dollars en 1991, comparativement à 5,89 milliards de dollars en 1990;
- une légère progression des revenus de primes en assurance de dommages : 3,6 milliards de dollars en 1991, comparativement à 3,49 milliards de dollars en 1990, hausse attribuable à l'assurance automobile où la progression a été de 6,5 %.

525

**XVII. Les taxes du contrat d'assurance : régime d'exception**

En matière d'assurance, point de TPS au taux de 7 % ni de TVQ au taux de 4%. Depuis le budget provincial du 23 avril 1985, le contrat d'assurance n'est pas taxé comme un bien, au taux de 8 %, mais plutôt au taux de 9 % sur la prime. Cependant, signalons des exceptions dans les exceptions : les assurés doivent payer une taxe de 5 % sur leur prime d'assurance automobile, alors que certaines assurances, comme l'assurance maritime ou encore la partie épargne de l'assurance-vie, ne sont

pas taxées. Les assureurs, pour leur part, doivent payer une taxe de 3 % sur le capital des primes perçues.

#### **XVIII. L'assurance responsabilité des opérateurs de bungee**

À l'instar des amateurs de sensation forte, attirés cet été par un saut bungee, plusieurs assureurs ont accepté de faire eux aussi le plongeon d'assurer les opérations de sauts en bungee, mais à des conditions précises : pas question pour les assureurs de sauter dans le vide.

526

L'acceptation du risque est liée à des conditions très strictes au plan de la prévention concernant le tremplin lui-même, les équipements et accessoires, les mesures de sécurité en place et la formation du personnel. Un article récent paru dans *Business Insurance* (27 juillet 1992) fait le point sur les souscripteurs disponibles aux États-Unis, les limites d'assurance, les conditions d'acceptation, les primes et les mesures de prévention exigées.

#### **XIX. L'ouragan Andrew**

Au moment d'aller sous presse, nous apprenons que l'ouragan *Andrew*, plus violent et dévastateur que l'ouragan *Hugo* (lequel a fait 10 milliards de dollars de dégâts en 1989), a traversé les Bahamas, puis la péninsule de la Floride avant de s'engouffrer dans le golfe du Mexique et de revenir en Louisiane. Il s'agit de la catastrophe naturelle la plus dévastatrice de l'histoire des États-Unis au plan financier. L'ouragan aurait causé 34 morts, aurait fait des dégâts matériels d'environ 30 milliards de dollars (bilan non officiel), et aurait laissé plus de 250 000 personnes sans abri.

## Chronique actuarielle

par  
divers collaborateurs  
de  
MLH + A inc.\*

### Régime de retraite : la levée du moratoire québécois sur les surplus pourrait avoir lieu dès l'automne

527

Le projet de loi 30, déposé par le ministre André Bourbeau le 14 mai dernier, a pour objectif principal la levée complète du moratoire interdisant le versement de tout ou partie de l'excédent d'actif d'un régime de retraite à l'employeur lors d'une terminaison totale. L'étude détaillée en commission parlementaire de ce projet de loi est prévue pour l'automne.

Le projet de loi permet la distribution du surplus entre l'employeur et les employés en conformité avec une entente entre les parties. À défaut d'entente, la question doit être soumise à l'arbitrage. Voici, plus en détail, les modalités devant entourer une telle distribution ainsi que les autres dispositions importantes du projet de loi 30.

#### L'entente

Lors de la terminaison totale d'un régime, l'employeur dispose d'un délai de six mois pour transmettre au comité de retraite un projet d'entente concernant l'attribution du surplus. Ce projet doit contenir, outre le montant de l'excédent d'actif, le pourcentage de sa répartition entre l'employeur et les participants et bénéficiaires. Le comité de retraite doit, sans délai, transmettre aux participants et bénéficiaires une copie du projet d'entente ainsi qu'un avis les informant des dispositions du régime relatives à l'attribution de l'excédent d'actif.

---

\* Actuaires et conseillers faisant partie du groupe Sodarcan inc.

Les participants et bénéficiaires ont alors 60 jours pour s'opposer au projet d'entente ; si moins de 30% d'entre eux s'y objectent, l'entente est réputée être acceptée et lie dès lors les parties.

Lorsqu'une convention collective, une sentence arbitrale ou un décret prévoit l'attribution de l'excédent d'actif en cas de terminaison totale du régime, l'employeur n'a pas à présenter un projet d'entente. Les parties doivent toutefois signer une déclaration conjointe attestant que l'attribution de l'excédent d'actif s'effectuera conformément à la convention, à la sentence ou au décret. À défaut, elles devront conclure une entente entre elles ou procéder par voie de projet d'entente soumis par l'employeur, tel que décrit précédemment.

528

### L'arbitrage

L'employeur, l'association d'employés ou tout participant ou bénéficiaire peut recourir à l'arbitrage si :

- 30% ou plus des participants et bénéficiaires se sont opposés au projet d'entente soumis par l'employeur ;
- l'employeur omet de transmettre le projet d'entente dans le délai prescrit ;
- dans les cas de régimes établis par convention collective ou sentence arbitrale, il y a défaut de transmission d'une déclaration conjointe ou de conclusion d'une entente ;
- le projet d'entente est invalidé par la Régie des rentes du Québec ;
- les intéressés ont consenti à l'arbitrage.

On peut également recourir à l'arbitrage pour statuer sur une question d'interprétation ou d'application de l'entente intervenue.

Le recours à l'arbitrage sera obligatoire dans ces situations à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994 et facultatif jusqu'à cette date.

Pour amorcer le processus d'arbitrage, le demandeur s'adresse au comité de retraite qui doit alors convoquer les participants et bénéficiaires à une assemblée au cours de laquelle ils choisiront leur représentant. L'employeur doit également nommer son représentant et en communiquer le nom au comité.

Les représentants ou, à défaut, le comité choisissent alors parmi les organismes agréés par le gouvernement, celui qui sera chargé d'organiser l'arbitrage.

529

Les arbitres sont également désignés par les représentants ou, à défaut, par l'organisme choisi.

Les arbitres ont six mois pour rendre leur décision, laquelle doit être fondée sur des questions de droit. Ils peuvent toutefois juger en équité dans certaines circonstances. Outre les dispositions spécifiques du régime, ils tiennent alors compte :

- de l'évolution du régime ;
- de ses modifications ;
- de l'origine et de l'utilisation antérieure des surplus ;
- des informations transmises aux participants et bénéficiaires.

La décision arbitrale est exécutoire et sans appel.

### **Terminaisons partielles**

Dorénavant, les participants visés par une terminaison partielle n'auront plus droit à une part des excédents d'actif.

Toutefois, lors de terminaisons partielles importantes, les participants visés demeureront des participants au régime aux seules fins d'une répartition éventuelle d'un excédent d'actif lors de la terminaison totale du régime.

### Scission et fusion

Lors de la scission d'un régime, la caisse de retraite doit être répartie en tenant compte des excédents d'actifs attribuables à chaque groupe.

Si une partie de l'actif à scinder doit être transférée à un autre régime (fusion), la scission ne sera autorisée que si ce régime comporte des dispositions relatives à l'attribution d'un excédent d'actif en cas de terminaison qui sont identiques, quant à leurs effets, à celles du régime d'où provient l'actif.

530

Une modification de ces dispositions ne sera permise que si elle est nécessaire pour rencontrer l'exigence prévue lors d'une fusion. Dans ce cas, la fusion ne sera autorisée que si moins de 30% des participants ou bénéficiaires se sont opposés à la modification.

### Autres effets du projet de loi

Tout nouveau régime devra contenir une disposition quant à l'attribution de l'excédent d'actif en cas de terminaison. Le projet de loi 30 maintient toutefois l'interdiction de modifier les dispositions des régimes actuels en cette matière.

Les régimes qui sont silencieux quant à l'attribution de l'excédent d'actif doivent, en cas de terminaison, attribuer ce dernier aux participants et bénéficiaires.

Il est important de noter que, bien que le projet de loi n'ait pas encore été adopté, il est interdit, depuis sa publication le 14 mai dernier, de recourir aux tribunaux pour trancher un litige quant à la distribution de l'excédent d'actif lors d'une terminaison totale.

## Chronique juridique

par

Rémi Moreau

### 1. Un exemple non probant d'aggravation de risque

Peuvent entraîner la nullité d'un contrat d'assurance ou encore la réduction d'une indemnité non seulement les fausses déclarations au moment de la demande d'assurance mais encore toutes les aggravations de risque pendant la période d'assurance. L'article 2566 C.c. (al.1) stipule ce qui suit :

531

Art. 2566. L'assuré doit communiquer promptement à l'assureur les aggravations de risque spécifiés au contrat, ainsi que celles résultant de ses faits et gestes et qui sont de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement du taux de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de maintenir l'assurance.

En mai 1990, la Cour du Québec, sous la plume du juge Marcel Blais, a rendu un jugement dans la cause *Paulo Roy c. Beauce Société mutuelle d'assurance générale*, (1991) R.R.A. 882 à 884, sur la portée et l'étendue d'une aggravation de risque : en l'occurrence, le fait pour un assuré d'augmenter la puissance du moteur de sa motoneige, de 72 à 82 chevaux-vapeur, sans le mentionner à son assureur.

L'article 2566 C.c. précité permet au tribunal d'apprécier ce que constitue une aggravation de « nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable » devant être communiquée à l'assureur.

Même si l'assureur estimait que toute altération constituait en soi une aggravation, comme en fait foi une note de service écrite, notamment que « tout véhicule modifié pour accélérer ou circuler plus rapidement » est un risque

inacceptable, le tribunal fut incapable de se convaincre que dix forces motrices additionnelles à celles conçues par le fabricant étaient de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable. Il accueillit donc la demande d'indemnisation de l'assuré qui alléguait ne pas s'être cru astreint, dans les circonstances, à communiquer à l'assureur un détail aussi mince.

Ce jugement n'est pas mal fondé au regard de la loi, même s'il n'est pas explicite par rapport au critère « de façon importante » posé par l'article 2566 C.c. En outre, l'assureur a déposé en preuve sa procédure propre, et non celle de tout autre assureur raisonnable.

532

Une question peut donc se poser en ce qui concerne les faits ici discutés : combien de forces motrices, en plus de celles retrouvées dans le modèle original, pourraient constituer une aggravation ? Telle est la glorieuse incertitude du droit.

Signalons, en terminant, que le nouvel article 2466 C.c.Q., reprend en substance les éléments de l'article actuel 2566 C.c., bien qu'il ne réfère plus à « un assureur raisonnable » mais plutôt à « un assureur ». On peut présumer que les conclusions de ce jugement auraient été les mêmes, sous l'empire du nouveau code.

## 2. L'expression « et/ou »

Dans l'affaire *Location d'autos B.C. inc. c. General Accident, Compagnie d'assurance du Canada*, (1991) R.R.A. 886 à 894, le tribunal cite l'arrêt de la Cour d'appel de l'Ontario, *Higgins c. Orion Insurance Co.* (1985) I.L.R. 7245 (Ont. C.A.), sur la désignation des mots « et/ou » dans la désignation des assurés. En vertu du jugement cité, cette désignation sous-entendait « que chaque assuré avait voulu prendre une assurance individuelle. »

Toutefois, un même contrat d'assurance peut être utilisé pour assurer de façon distincte chaque assuré, sans l'emploi du si célèbre ET/OU, comme le signale Me Louis-

Philippe Pigeon, C.R., dans son fascicule intitulé « Rédaction et interprétation des lois », en page 28 :

Que dire maintenant de « et/ou » ? « Et/ou » est tout simplement inadmissible. Je vous citerai une partie de ce que dit à ce sujet Daviault dans son ouvrage « Langage et traduction » au mot « and/or ». Il relate ces paroles d'un juge des États-Unis qui caractérise de la façon suivante « and/or » : « A befuddling nameless thing, that Janus-faced verbal monstrosity neither word nor phrase, the child of a brain of someone too lazy or too dull to know what he means.

533

« Et/ou » semble avoir été employé par des gens qui se préoccupent avant tout de paraître savants. Je crois que c'est tout à fait l'opposé. L'utilisation de cette conjonction, qui n'en est pas une, est une chose qui répugne au génie de la langue, aussi bien en français qu'en anglais. Il faut prendre le temps de réfléchir et construire la phrase de façon à ne pas recourir à cet artifice. »

Fort de cet enseignement, l'assureur peut, en effet, prévoir la coassurance distincte dans un même contrat, au moyen de clauses appropriées et précises, sans recourir à des artifices.

### 3. Le droit de l'assureur de consulter les dossiers médicaux

Le jugement rendu par la Cour suprême du Canada, le 12 mars 1992, dans la cause *La Métropolitaine, Compagnie d'assurance-vie c. Raymond Frenette et al* (no. 22765), reconnaît à l'assureur l'accès illimité aux dossiers médicaux de l'assuré, soit pour fin de souscription, soit pour fin de règlement de sinistre, en conformité avec une proposition signée à cet effet par l'assuré, lors de la demande de l'assurance.

Rappelons d'abord les faits. En vertu d'une police d'assurance-vie émise, le bénéficiaire avait droit à une indemnité de base en cas de décès de l'assuré, ainsi qu'à une indemnité additionnelle, en cas de décès accidentel. Au chapitre des exclusions, l'assureur récusait toute garantie en cas de suicide ou d'une réaction mortelle à une drogue non prescrite. Dans la proposition, l'assuré avait signé un formulaire permettant à l'assureur d'avoir accès aux dossiers médicaux « aux fins d'appréciation des risques et d'étude des sinistres. »

534

Les résultats de l'autopsie du corps de l'assuré, ayant été retrouvé sans vie dans une rivière, démontrèrent que l'asphyxie par noyade était la cause probable du décès. L'assureur paya effectivement l'indemnité de base, mais refusa le paiement de l'indemnité additionnelle en alléguant le suicide de l'assuré. À cet égard, il s'appuya sur des renseignements contenus dans les dossiers médicaux de l'assuré qu'il avait pu obtenir. Le bénéficiaire ainsi que l'hôpital avaient refusé à l'assureur la permission d'examiner les dossiers médicaux complets. La Cour du Québec, ainsi que la Cour d'appel, ont d'ailleurs rejeté une requête de l'assureur en ce sens.

La Cour suprême renverse la décision de la Cour d'appel : elle énonce, dans son jugement, que l'assuré a renoncé explicitement à son droit en signant l'autorisation contenue dans la police et qu'une telle renonciation est admise, vu que le droit du patient à la confidentialité est un droit relatif et que la Charte des droits et libertés de la personne, ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permettent l'accès aux dossiers médicaux, dans certaines circonstances. Le plus haut tribunal va plus loin : même s'il n'y avait pas eu de renonciation au droit à la confidentialité ou même si l'autorisation n'avait pas été applicable à l'enquête sur la cause du décès de l'assuré, l'assureur possède toujours un droit d'accès aux dossiers médicaux complets de l'assuré, en vertu de l'article 402 du Code de procédure civile. Le tribunal possède un pouvoir discrétionnaire dans l'interprétation d'une telle requête en fonction du degré de pertinence et de l'importance des renseignements sollicités. « L'accès de l'assureur aux dossiers

médicaux complets de l'assuré, selon le tribunal, ne constituerait pas une intrusion injustifiée dans sa vie privée. »

On se rappellera une décision similaire rendue par la Cour supérieure, sous la plume du juge Denis Desrochers, le 19 septembre 1991, dans *Luc Favreau c. La Solidarité, Compagnie d'assurance sur la vie et l'Hôpital du Sacré-Coeur*, (1991) R.R.A. 942. Au soutien de sa requête, laquelle visait à obtenir la communication de dossiers médicaux détenus par l'hôpital, en vertu de l'article 402 du Code de procédure civile, l'assureur alléguait les fausses déclarations de l'assurée relativement à son état dépressif et à sa dépendance à certains médicaments, propres à rendre nulle la police. Pour sa part, l'intimé invoquait le droit au secret professionnel garanti par l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne ainsi que le caractère confidentiel des dossiers médicaux. Le tribunal a conclu que la demande de l'assureur était bien circonstanciée, vu l'allégation de fraude, et qu'elle ne portait pas atteinte au droit à la vie privée ni aux règles du secret professionnel et de la confidentialité des dossiers.

535

#### 4. La subrogation légale et le cas du créancier hypothécaire

L'article 2576 C.c. stipule que l'assureur est subrogé, « dans les droits de l'assuré » contre les tiers responsables, à concurrence des indemnités payées par lui.

La question en litige, dans l'affaire *Richard Tremblay et un autre c. La Caisse populaire de Val-Brillant et al*, (1991) R.R.A. 895, consistait à savoir si l'indemnité payée par l'assureur, non à l'assuré comme tel mais au créancier hypothécaire, donnait ouverture à la subrogation légale. La Cour supérieure conclut que les assureurs sont légalement subrogés « dans les droits du créancier », puisque l'avenant du créancier hypothécaire donne naissance, suivant la jurisprudence, à un contrat distinct, de sorte que le créancier devient l'assuré et le débiteur hypothécaire (l'assuré dans le premier contrat) est considéré comme un tiers.

## 5. Une fausse déclaration interprétée strictement

536

En rédigeant une demande d'assurance-vie collective, dont l'objet était de garantir le remboursement d'un prêt hypothécaire, l'assuré avait déclaré à l'assureur qu'il n'avait ni consulté, ni été traité pour le coeur par un médecin, au cours des trois derniers mois. L'assureur refusa toute indemnité à la demanderesse, bénéficiaire, suite au décès de l'assuré, au motif que la déclaration de l'assuré était fausse. En effet, il fut mis en preuve que celui-ci avait effectivement consulté un médecin, le mois précédant sa déclaration, pour renouveler une ordonnance de médicaments prescrits antérieurement par un cardiologue et qu'il continuait à prendre de façon régulière.

La demanderesse alléguait qu'il s'agissait là d'un simple examen de routine et que le renouvellement d'une ordonnance ne devait pas être considéré comme un traitement, mais faisait plutôt partie d'un processus permanent. Elle nie donc toute fausse déclaration, au sens de la loi.

Le tribunal ne lui donne pas raison. Les mots « consulter » et « traiter » sont suffisamment vastes pour comprendre tout examen de routine, même aux fins de renouveler une prescription. Dans la conclusion du jugement, le juge Irving J. Halperin exprime que « la nécessité de consulter un médecin à intervalles réguliers pour obtenir une prescription de médicaments va à l'encontre de l'esprit et de la lettre de la stipulation contenue à la demande d'assurance. » Ce jugement a été porté en appel.

## 6. L'Hôpital Le Gardeur finalement non responsable

La Cour suprême du Canada, renversant une décision de la Cour d'appel, conclut que la responsabilité de l'Hôpital n'est engagée qu'en cas de faute professionnelle du médecin. La faute reprochée au docteur Chevrette n'ayant pas été retenue, ni ce dernier ni l'Hôpital Le Gardeur n'auront à déboursier la somme rondelette de 1,3 million de dollars à la famille de Nancy Lapointe. Rappelons que celle-ci avait subi des dommages irréversibles au cerveau suite à un manque d'oxygène. Dans son

jugement rendu le 13 février 1992, le juge Claire L'Heureux-Dubé précise que la Cour d'appel n'a pas à intervenir dans un jugement d'une cour inférieure, à moins qu'il n'y ait eu une omission d'un élément de preuve ou d'une mauvaise compréhension de la preuve et que si une cour d'appel modifie les conclusions de fait du tribunal inférieur, elle doit le faire sur la base d'erreurs commises et non dans l'optique de procéder à un nouveau procès.

**7. Pollution : deux jugements américains récents**

537

**a) Un cas de paiement volontaire**

Un assuré, menacé de poursuites judiciaires, s'était engagé à payer les frais requis de dépollution. Un haut tribunal d'Etat, « The Supreme Judicial Court of Massachusetts », jugea qu'une telle convention, faite volontairement, tombait sous le coup de l'exclusion relative à la pollution de la police d'assurance responsabilité civile des entreprises.

L'assuré argumentait qu'étant sous l'empire de la menace cette exclusion ne pouvait lui être opposable :

On appeal, Augat contended that it did not violate the voluntary payment provision because its consent to judgment was not « voluntary », but was coerced by threat of a more costly verdict. (*Business Insurance*, 10 février 1992)

Le tribunal a conclu qu'un tel paiement avait été fait volontairement parce que l'assuré avait une alternative : effectuer personnellement le paiement ou demander à son assureur d'intervenir et de prendre fait et cause.

**b) L'élément intentionnel : dans l'acte de pollution ou dans les conséquences dommageables ?**

Un tribunal d'appel fédéral, « The 4th U.S. Circuit Court of Appeals », vient de statuer qu'un entreposage de

---

déchets industriels, fait intentionnellement par l'assuré sur une période de plusieurs années, permettait à l'assureur, suivant une réclamation, d'invoquer l'exclusion relative à la pollution dans la police d'assurance responsabilité civile, même si, comme le prétendait l'entreprise assurée, les conséquences dommageables n'étaient ni prévisibles ni voulues.

Le tribunal réaffirme que le caractère « soudain et accidentel » mentionné dans l'exclusion doit être interprété au plan de l'acte et non des conséquences qui en résultent :

538

Because the discharge of sludge at the landfill was part of the standard course of Triangle Industries Inc.'s business and occurred regularly from 1977 to 1980, the court ruled that the pollution exclusion in the CGL policies, which excludes coverage for pollution that is not « sudden and accidental », bars coverage for Triangle PWC.

(*Business Insurance*, le 16 mars 1992)

## Document

### Un agent d'assurance dans l'oeuvre de Balzac\*

*L'oeuvre de Balzac est immense. Les 90 tomes de La Comédie humaine constituent une véritable fresque de la société française au XIX<sup>e</sup> siècle : plus de 2 000 personnages hantés par le pouvoir que procure l'argent et livrés à leur passion.*

539

*L'illustre Gaudissart, qui a été écrit vers 1833, est un roman peu connu, rédigé en quelques heures dans « l'exaltation de la création ». Son héros, Gaudissart, est un personnage qui s'impose à nous avec force, tel un Goriot, un Grandet ou un Birotteau. C'est un homme vulgaire, parfois ridicule mais amusant, malin et finaud qui se fait prendre. À la fois voyageur de commerce, banquier et agent d'assurance, Gaudissart, parisien habile qui sait manoeuvrer, devient victime d'une supercherie : le soi-disant banquier qu'il croyait rencontrer pour lui vendre une assurance, est en réalité un fou.*

*Nous publions ici deux extraits de cette oeuvre qui démontrent que Balzac s'est intéressé au milieu économique et financier d'une époque marquée par un capitalisme naissant et plus spéculatrice que respectueuse du consommateur. Appointé par les « Assurances sur la vie et les capitaux », le mot d'ordre de ce personnage normand et bourgeois est « Enrichissez-vous ».*

*Le premier extrait raconte la période d'apprentissage du héros, tracé par le romancier. Le second contient des pages où*

---

\* Balzac, extraits de *L'illustre Gaudissart*, La Muse du département, Éditions Garnier Frères, Paris, 1970.

*l'illustre voyageur de commerce tente d'expliquer à son client, Margaritis, un peu fou, les avantages de l'assurance sur la vie.*

R.M.



### I. La période d'apprentissage de Gaudissart

540

« Cette folie de notre époque vint donc réagir sur l'illustre Gaudissart, et voici comment. Une compagnie d'assurances sur la vie et les capitaux entendit parler de son irrésistible éloquence, et lui proposa des avantages inouïs, qu'il accepta. Marché conclu, traité signé, le voyageur fut mis en sevrage chez le secrétaire général de l'administration qui débarrassa l'esprit de Gaudissart de ses langes, lui commenta les ténèbres de l'affaire, lui en apprit le patois, lui en démontra le mécanisme pièce par pièce, lui anatomisa le public spécial qu'il allait avoir à exploiter, le bourra de phrases, le nourrit de réponses à improviser, l'approvisionna d'arguments péremptoirs ; et, pour tout dire, aiguïsa le fil de la langue qui devait opérer sur la Vie en France. Or, le poupon répondit admirablement aux soins qu'en prit monsieur le secrétaire général.

« Les chefs des assurances sur la vie et les capitaux vantèrent si chaudement l'illustre Gaudissart, eurent pour lui tant d'attentions, mirent si bien en lumière, dans la sphère de la haute banque et de la haute diplomatie intellectuelle, les talents de ce prospectus vivant, que les directeurs financiers de deux journaux, célèbres à cette époque, et morts depuis, eurent l'idée de l'employer à la récolte des abonnements. *Le Globe*, organe de la doctrine saint-simonienne, et *le Mouvement*, journal républicain, attirèrent l'illustre Gaudissart dans leurs comptoirs, et lui proposèrent chacun dix francs par tête d'abonné s'il en rapportait un millier ; mais cinq francs seulement s'il n'en attrapait que cinq cents. La *PARTIE Journal politique* ne nuisant pas à la *PARTIE Assurances de capitaux*, le marché fut conclu. »

« Pendant une semaine, il alla donc se faire saint-simoniser le matin au *Globe*, et courut apprendre, le soir, dans les bureaux de l'Assurance, les finesses de la langue financière. Son aptitude, sa mémoire étaient si prodigieuses, qu'il put entreprendre son voyage vers le 15 avril, époque à laquelle il faisait chaque année sa première campagne. »

## II. Gaudissart tentant d'expliquer les avantages de l'assurance-vie

« Là Gaudissart déploya la rubanerie de ses phrases, et monsieur Vernier le laissa continuer en l'écoutant avec un apparent intérêt qui trompa Gaudissart. Mais, au seul mot de *garantie*, Vernier avait cessé de faire attention à la rhétorique du voyageur, il pensait à lui jouer quelque bon tour, afin de délivrer de ces espèces de chenilles parisiennes, un pays à juste titre nommé barbare par les spéculateurs qui ne peuvent y mordre.

541

« En haut d'une délicieuse vallée, nommée la *Vallée Coquette*, à cause de ses sinuosités, de ses courbes qui renaissent à chaque pas, et paraissent plus belles à mesure que l'on s'y avance, soit qu'on en monte ou qu'on en descende le joyeux cours, demeurerait dans une petite maison entourée d'un clos de vignes, un homme à peu près fou, nommé Margaritis<sup>1</sup>. »



« — Monsieur, dit Gaudissart, a été dans les affaires...

— Publiques, répondit Margaritis en l'interrompant. J'ai pacifié la Calabre sous le règne du roi Murat.

— Tiens, il est allé en Calabre maintenant ! dit à voix basse monsieur Vernier.

— Oh ! alors, reprit Gaudissart, nous nous entendrons parfaitement.

---

<sup>1</sup> Que Vernier avait présenté à Gaudissart comme un ancien banquier.

— Je vous écoute, répondit Margaritis en prenant le maintien d'un homme qui pose pour son portrait chez un peintre.

542 — Monsieur, dit Gaudissart en faisant tourner la clef de sa montre à laquelle il ne cessa d'imprimer par distraction un mouvement rotatoire et périodique dont s'occupa beaucoup le fou et qui contribua peut-être à le faire tenir tranquille, monsieur, si vous n'étiez pas un homme supérieur... (Ici le fou s'inclina) je me contenterais de vous chiffrer matériellement les avantages de l'affaire, dont les motifs psychologiques valent la peine de vous être exposés. Écoutez ! De toutes les richesses sociales, le temps n'est-il pas la plus précieuse ; et, l'économiser, n'est-ce pas s'enrichir ? Or, y a-t-il rien qui consomme plus de temps dans la vie que les inquiétudes sur ce que j'appelle *le pot au feu*, locution vulgaire, mais qui pose nettement la question ? Y a-t-il aussi rien qui mange plus de temps que le défaut de garantie à offrir à ceux auxquels vous demandez de l'argent, quand, momentanément pauvre, vous êtes riche d'espérance ?

— De l'argent, nous y sommes, dit Margaritis.

— Eh ! bien, monsieur, je suis envoyé dans les départements par une compagnie de banquiers et de capitalistes, qui ont aperçu la perte énorme que font ainsi, en temps et conséquemment en intelligence ou en activité productive, les hommes d'avenir. Or, nous avons eu l'idée de capitaliser à ces hommes ce même avenir, de leur escompter leurs talents, en leur escomptant quoi ?... le temps *dito*, et d'en assurer la valeur à leurs héritiers. Il ne s'agit plus là d'économiser le temps, mais de lui donner un prix, de le chiffrer, d'en représenter pécuniairement les produits que vous présumez en obtenir dans cet espace intellectuel, en représentant les qualités morales dont vous êtes doué et qui sont, monsieur, des forces vives, comme une chute d'eau, comme une machine à vapeur de trois, dix, vingt, cinquante chevaux. Ah ! ceci est un progrès, un mouvement vers un meilleur ordre de choses, mouvement dû à l'activité de notre époque, essentiellement progressive, ainsi que je vous le prouverai, quand nous en viendrons aux idées d'une plus logique coordination des intérêts sociaux. Je vais

m'expliquer par des exemples sensibles. Je quitte le raisonnement purement abstrait, ce que nous nommons, nous autres, la mathématique des idées. Au lieu d'être un propriétaire vivant de vos rentes, vous êtes un peintre, un musicien, un artiste, un poète...

— Je suis peintre, dit le fou en manière de parenthèse.

— Eh ! bien, soit, puisque vous comprenez bien ma métaphore, vous êtes peintre, vous avez un bel avenir, un riche avenir. Mais je vais plus loin.

« En attendant ces mots, le fou examina Gaudissart d'un air inquiet pour voir s'il voulait sortir, et ne se rassura qu'en l'apercevant toujours assis.

« — Vous n'êtes même rien du tout, dit Gaudissart en continuant, mais vous vous sentez...

— Je me sens, dit le fou.

— Vous vous dites : « Moi, je serai ministre. » Eh ! bien, vous peintre, vous artiste, homme de lettres, vous ministre futur, vous chiffrez vos espérances, vous les taxez, vous vous tarifez je suppose à cent mille écus...

— Vous m'apportez donc cent mille écus ? dit le fou.

— Oui, monsieur, vous allez voir. Ou vos héritier les palperont nécessairement si vous venez à mourir puisque l'entreprise s'engage à les leur compter, ou vous les touchez par vos travaux d'art, par vos heureuses spéculations si vous vivez. Si vous vous êtes trompé, vous pouvez même recommencer. Mais, une fois que vous avez, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, fixé le chiffre de votre capital intellectuel, car c'est un capital intellectuel, saisissez bien ceci, intellectuel,...

— Je comprends, dit le fou.

— Vous signez un contrat d'assurance avec l'administration qui vous reconnaît une valeur de cent mille écus, à vous peintre...

— Je suis peintre, dit le fou.

— Non, reprit Gaudissart, à vous musicien, à vous ministre, et s'engage à les payer à votre famille, à vos héritiers, si, par votre mort, les espérances, le pot au feu fondé sur le capital intellectuel venait à être renversé. Le paiement de la prime suffit à consolider ainsi votre...

— Votre caisse, dit le fou en l'interrompant.

544 — Mais, naturellement, monsieur. Je vois que monsieur a été dans les affaires.

— Oui, dit le fou, j'ai fondé la Banque Territoriale de la rue des Fossés-Montmartre, à Paris, en 1798.

— Car, reprit Gaudissart, pour payer les capitaux intellectuels que chacun se reconnaît et s'attribue, ne faut-il pas que la généralité des assurés donne une certaine prime, trois pour cent, une annuité de trois pour cent ? Ainsi, par le paiement d'une faible somme, d'une misère, vous garantissez votre famille des suites fâcheuses de votre mort.

— Mais je vis, dit le fou.

— Ah ! si vous vivez longtemps ! voilà l'objection la plus communément faite, objection vulgaire, et vous comprenez que si nous ne l'avions pas prévue, foudroyée, nous ne serions pas dignes d'être... quoi ?... que sommes-nous, après tout ? les teneurs de livres du grand bureau des intelligences. Monsieur, je ne dis pas cela pour vous, mais je rencontre partout des gens qui ont la prétention d'appendre quelque chose de nouveau, de révéler un raisonnement quelconque à des gens qui ont pâli sur une affaire !... ma parole d'honneur, cela fait pitié. Mais le monde est comme ça, je n'ai pas la prétention de le réformer. Votre objection, monsieur, est un non-sens.

— *Quésaco ?* dit Margaritis.

— Voici pourquoi. Si vous vivez et que vous ayez les moyens évalués dans votre charte d'assurance contre les chances de la mort, suivez bien...

— Je suis.

— Eh ! bien, vous avez réussi dans vos entreprises ! vous avez dû réussir précisément à cause de ladite charte d'assurance ; car vous avez doublé vos chances de succès en vous débarrassant de toutes les inquiétudes que l'on a quand on traîne avec soi une femme, des enfants que notre mort peut réduire à la plus affreuse misère. Si vous êtes arrivé, vous avez alors touché le capital intellectuel, pour lequel l'assurance a été une bagatelle, une vraie bagatelle, une pure bagatelle.

— Excellente idée !

— N'est-ce pas, monsieur ? reprit Gaudissart. Je nomme cette caisse de bienfaisance, moi, l'assurance mutuelle contre la misère !... ou, si vous voulez, l'escompte du talent. Car le talent, monsieur, le talent est une lettre de change que la Nature donne à l'homme de génie, et qui se trouve souvent à bien longue échéance... hé ! hé !

— Oh ! la belle usure ! s'écria Margaritis.

— Eh ! diable ! il est fin, le bonhomme. Je me suis trompé pensa Gaudissart. Il faut que je domine mon homme par de plus hautes considérations, par ma blague numéro 1. — Du tout, monsieur, s'écria Gaudissart à haute voix, pour vous qui...

— Accepteriez-vous un verre de vin ? demanda Margaritis.

— Volontiers, répondit Gaudissart.

— Ma femme, donne-nous donc une bouteille de vin dont il nous reste deux pièces. — Vous êtes ici dans la tête de Vouvray, dit le bonhomme en montrant ses vignes à Gaudissart. Le clos Margaritis !

« La servante apporta des verres et une bouteille de vin de l'année 1819. Le bonhomme Margaritis en versa précieusement dans un verre, et le présenta solennellement à Gaudissart qui le but.

« — Mais vous m'attrapez, monsieur, dit le commis voyageur, ceci est du vin de Madère, vrai vin de Madère.

— Je crois bien, dit le fou. L'inconvénient du vin de Vouvray, monsieur, est de ne pouvoir se servir ni comme vin ordinaire, ni comme vin d'entremets ; il est trop généreux, trop fort ; aussi vous le vend-on à Paris pour du vin de Madère en le teignant d'eau-de-vie. Notre vin est si liquoreux que beaucoup de marchands de Paris, quand notre récolte n'est pas assez bonne pour la Hollande et la Belgique, nous achètent nos vins ; ils les coupent avec les vins des environs de Paris, et en font alors des vins de Bordeaux. Mais ce que vous buvez en ce moment, mon cher et très aimable monsieur, est un vin de roi, la tête de Vouvray. J'en ai deux pièces, rien que deux pièces. Les gens qui aiment les grands vins, les hauts vins, et qui veulent servir sur leurs tables des qualités en dehors du commerce, comme plusieurs maisons de Paris qui ont de l'amour-propre pour leurs vins, se font fournir directement par nous. Connaissez-vous quelques personnes qui...

546

— Revenons à notre affaire, dit Gaudissart.

— Nous y sommes, monsieur, reprit le fou. Mon vin est capiteux, capiteux s'accorde avec capital en étymologie ; or, vous parlez capitaux... hein ? *caput*, tête ! tête de Vouvray, tout cela se tient...

— Ainsi donc, dit Gaudissart, ou vous avez réalisé vos capitaux intellectuels...

— J'ai réalisé, monsieur. Voudriez-vous donc de mes deux pièces ? je vous en arrangerais bien pour les termes.

— Non, je parle, dit l'illustre Gaudissart, de l'assurance des capitaux intellectuels et des opérations sur la vie. Je reprends mon raisonnement.

« Le fou se calma, reprit sa pose et regarda Gaudissart.

« — Je dis, monsieur, que, si vous mourez, le capital se paie à votre famille sans difficulté.

— Sans difficulté.

— Oui, pourvu qu'il n'y ait pas suicide...

— Matière à chicane.

— Non, monsieur. Vous le savez, le suicide est un de ces actes toujours faciles à constater.

— En France, dit le fou. Mais...

— Mais à l'étranger, dit Gaudissart. Eh ! bien, monsieur, pour terminer sur ce point, je vous dirai que la simple mort à l'étranger et la mort sur le champ de bataille sont en dehors de...

547

— Qu'assurez-vous donc alors ?... rien du tout ! s'écria Margaritis. Moi, ma Banque Territoriale reposait sur...

— Rien du tout, monsieur ?... s'écria Gaudissart en interrompant le bonhomme. Rien du tout ?... et la maladie, et les chagrins, et la misère, et les passions ? Mais ne nous jetons pas dans les cas exceptionnels.

— Non, n'allons pas dans ces cas-là, dit le fou.

— Que résulte-t-il de cette affaire ? s'écria Gaudissart. A vous banquier, je vais chiffrer nettement le produit. Un homme existe, a un avenir, il est bien mis, il vit de son art, il a besoin d'argent, il en demande... néant. Toute la civilisation refuse de la monnaie à cet homme qui domine en pensée la civilisation, et doit la dominer un jour par le pinceau, par le ciseau, par la parole, par une idée, par un système. Atroce civilisation ! elle n'a pas de pain pour ses grands hommes qui lui donnent son luxe ; elle ne les nourrit que d'injures et de moqueries, cette gueuse dorée !... L'expression est forte, mais je ne la rétracte point. Ce grand homme incompris vient alors chez nous, nous le réputons grand homme, nous le saluons avec respect, nous l'écoutons et il nous dit : « Messieurs de l'assurance sur les capitaux, ma vie vaut tant ; sur mes produits je vous donnerai tant pour cent !... » Eh ! bien, que faisons-nous ?...

Immédiatement, sans jalousie, nous l'admettons au superbe festin de la civilisation comme un puissant convive...

— Il faut du vin alors... dit le fou.

— Comme un puissant convive. Il signe sa police d'assurance, il prend nos chiffons de papier, nos misérables chiffons, qui, vils chiffons, ont néanmoins plus de force que n'en avait son génie. En effet, s'il a besoin d'argent, tout le monde, sur le vu de sa charte, lui prête de l'argent. A la Bourse, chez les banquiers, partout, et même chez les usuriers, il trouve de l'argent parce qu'il offre des garanties. Eh ! bien, monsieur, n'était-ce pas une lacune à combler dans le système social ? Mais, monsieur, ceci n'est qu'une partie des opérations entreprises par la Société sur la vie. Nous assurons les débiteurs, moyennant un autre système de primes. Nous offrons des intérêts viagers à un taux gradué d'après l'âge, sur une échelle infiniment plus avantageuse que ne l'ont été jusqu'à présent les tontines, basées sur des tables de mortalité reconnues fausses. Notre Société opérant sur des masses, les rentiers viagers n'ont pas à redouter les pensées qui attristent leurs vieux jours, déjà si tristes par eux-mêmes ; pensées qui les attendent nécessairement quand un particulier leur a pris de l'argent à rente viagère. Vous le voyez, monsieur, chez nous la vie a été chiffrée dans tous les sens...

— Sucée par tous les bouts, dit le bonhomme ; mais buvez un verre de vin, vous le méritez bien. Il faut vous mettre du velours sur l'estomac, si vous voulez entretenir convenablement votre margoulette. Monsieur, le vin de Vouvray, bien conservé, c'est un vrai velours.

— Que pensez-vous de cela ? dit Gaudissart en vidant son verre.

— Cela est très beau, très neuf, très utile ; mais j'aime mieux les escomptes de valeurs territoriales qui se faisaient à ma banque de la rue des Fossés-Montmartre. »

## **Index des auteurs de la revue *Assurances***

**Octobre 1990 à Janvier 1992**

par

**Josée Plamondon\***

et

**Odette Lavoie\*\***

549

Les auteurs des différentes chroniques régulières de la revue sont les suivants : M. Gérard Parizeau est l'auteur des Pages de Journal, M. Christopher J. Robey et M. David Wilmot sont les auteurs de Reinsurance Dialogue, différents collaborateurs de MLH + A inc., sont les auteurs de la Chronique actuarielle et M. Rémi Moreau est l'auteur de Faits d'actualité, Chronique de documentation, Chronique juridique, Garanties particulières et Études techniques.

### **Albert, Michel**

L'avenir de l'assurance : modèle alpin  
ou modèle maritime ?                      Octobre 1991              303-320

### **Andrews, Michael**

Reform of Federal Financial Institutions  
Legislations                                      Juillet 1991              171-189

### **Baudouin, Jean-Louis**

La réforme de la responsabilité  
médicale : responsabilité ou assurance ?                      Janvier 1992              523-532

---

\* M<sup>me</sup> Josée Plamondon est directrice du centre de documentation de Sodarcac inc.

\*\* M<sup>me</sup> Odette Lavoie est responsable de la recherche et de la référence au centre de documentation de Sodarcac inc.



**Deschamps, Pierre**

L'obligation de moyens en matière de responsabilité médicale      Janvier 1991      575-590

**Dolden, Eric A.**

Insuring Conflicts on the Construction Site      Octobre 1991      377-402

Insuring Conflicts on the Construction Site      Janvier 1992      533-548

**Dumais, Christian N.**

L'assurance et le sida      Juillet 1991      191-195

Étude comparative de la responsabilité civile des administrateurs et dirigeants de sociétés      Janvier 1992      575-580

**Gagné, Richard**

The Ethics of Genetic Testing for Insurance Purposes : Ethics of Genetic Solidarity or Ethics of Genetic Exclusion ?      Juillet 1991      223-233

**Gingras, Claude**

The Changing Status of Participating Policyholders      Avril 1991      51-59

**Glorieux, Guy**

Reform of Federal Financial Institutions Legislations      Juillet 1991      171-189

Financial Services in the Year 2000 : Looking Back on the 1990s      Octobre 1991      321-334

**Habib-Deloncle, Louis**

Le risque politique      Octobre 1991      335-347

---

	<b>Hammond, Robert M.</b>		
	Life Insurance Regulation in Canada	Juillet 1991	197-209
	<b>Handfield-Jones, Steve</b>		
	Financial Services in the Year 2000 : Looking Back on the 1990s	Octobre 1991	321-334
	<b>Havens , Charles W. III</b>		
552	L'arbitrage en réassurance : la fin d'une idylle ?	Janvier 1992	511-516
	<b>Hébert, Sylvie</b>		
	L'assurance responsabilité découlant des produits	Octobre 1990	393-407
	<b>Iwanabe, Kozo</b>		
	Accounting in Japan : Some Aspects	Avril 1991	95-113
	<b>Konopka, Thomas A.</b>		
	The Advantage of Claims-Made Forms for Insurance Buyers	Janvier 1992	479-490
	<b>Langlois, René</b>		
	Le Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec	Janvier 1991	565-574
	<b>Leclerc, Bruno</b>		
	The Ethics of Genetic Testing for Insurance Purposes : Ethics of Genetic Solidarity or Ethics of Genetic Exclusion?	Juillet 1991	223-233
	<b>Leigh Weissman, Barry — Voir Weisman, Barry Leigh</b>		

**Levesque, Louise**

Le dilemme des assureurs face aux tribunaux : régler ou contester ? Janvier 1991 525-540

**Mélançon, Marcel J.**

The Ethics of Genetic Testing for Insurance Purposes : Ethics of Genetic Solidarity or Ethics of Genetic Exclusion ? Juillet 1991 223-233

**Moffet, Denis**

Life Insurance Companies : The Driving Force Behind Reregulation in Quebec Avril 1991 69-78

**Moreau, Rémi**

Qu'ont les réalités de l'assurance devenues ? Octobre 1990 335-358

L'insolvabilité de l'assureur primaire : les obligations de l'assureur de responsabilité excédentaire Janvier 1991 547-558

L'Ordre national du Québec à notre fondateur Avril 1991 1-2

Origine de l'assurance et tableau chronologique Avril 1991 61-68

Le projet de réforme du Code civil et l'assurance : critique de certaines dispositions Juillet 1991 211-222

Cautionnement et assurance : caractéristiques et distinctions Octobre 1991 361-376

Les embûches du courtage d'assurance Janvier 1992 491-504

**Parizeau, Robert**

L'évolution de l'assurance de dommages au Canada et le positionnement de Sodarcan Juillet 1991 161-170



- « Assurance responsabilité professionnelle - Architecte »  
 « Assurance responsabilité professionnelle - Avocat »  
 « Assurance responsabilité professionnelle - Ingénieur »  
 « Assurance responsabilité professionnelle - Médecin »  
 « Assurance responsabilité professionnelle - Thérapeute »
- Page 344 Les rubriques « Assurance - États-Unis » et « Assurance - Europe » auraient dû se lire « Assurances - États-Unis » et « Assurances - Europe ».
- Page 345 La rubrique « Assurance I.A.R.D. - Canada » aurait dû se lire « Assurances I.A.R.D. - Canada ».
- Page 346 La rubrique « Assurance - International » aurait dû se lire « Assurances - International ».
- Page 347 Les rubriques « Assurance - Mexique », « Assurance - Nouvelle-Zélande » et « Assurance - Québec » auraient dû se lire : « Assurances - Mexique », « Assurances - Nouvelle-Zélande » et « Assurances - Québec ».
- Page 348 La rubrique « Auto assurance » aurait dû se lire « Autoassurance ».
- Pages 349-350 La rubrique « Catastrophe écologique » aurait dû précéder la rubrique « Catastrophe naturelle ».
- Page 353 Sous la rubrique « Compagnie captive », on aurait dû lire : « A Broker's Perspective : Managing Permutations of International Risks, Octobre 1990, 319-334 ».
- Page 354 Supprimer les rubriques « Compagnie d'assurance captive » et « Compagnie d'assurance de personnes ».
- Page 355 Sous la rubrique « Compagnie d'assurance de personnes - Mutuelle », on aurait dû lire : « Fonds des mutuelles d'assurances de personnes à charte québécoise, Janvier 1991, 622 ».
- Sous la rubrique « Contrat d'assurance », on aurait dû lire : « The Advantage of Claims-Made Forms For Insurance Buyers, Janvier 1992, 479-490 ».
- Page 357 Supprimer la rubrique « Dossiers médicaux ».

- Remplacer la rubrique « Dossiers médicaux — *Voir Confidentialité* » par la seule mention « Dossiers médicaux — *Voir Confidentialité — Dossiers médicaux* ».
- Page 358 Avant la rubrique « Économie - Canada » on aurait dû lire : « Droit du travail - Congédiement » et la référence suivante : « Réflexions sur l'assurance responsabilité civile, Octobre 1990, 445-451 ».
- 556 Page 359 Sous la rubrique « Épargne-retraite — *Voir Régime de retraite* », supprimer « Épargne-retraite : le règlement serait adopté à l'automne, Octobre 1991, 415-418 ».
- Page 359 À la rubrique « Fiscalité - Assurance collective », supprimer « Avril 1991 » apparaissant dans la référence.
- Page 361 La rubrique « Intermédiaire de marché » aurait dû se lire : « Intermédiaires de marché ».
- Page 362 La rubrique « Lloyd's » aurait dû suivre la rubrique « Législation - Québec ».
- Page 362 Supprimer la rubrique « Mutuelle ».
- À la rubrique « Mutuelle — *Voir Compagnie d'assurance de personnes - Mutuelle* », supprimer la référence.
- La rubrique « Normes du travail » aurait dû se lire : « Normes du travail — *Voir aussi Congé de maternité — Voir aussi Congé parental* »
- Supprimer les rubriques « Normes du travail — *Voir aussi Congé de maternité* » et « Normes du travail — *Voir aussi Congé parental* ».
- Page 363 À la rubrique « Protection and Indemnity — *Voir Assurance maritime* », supprimer la référence.
- Page 364 À la rubrique « Responsabilité civile - Dirigeants et administrateurs », on aurait dû lire « fonds en fiducie » au lieu de « fonds de fiducie ».
- Page 365 La rubrique « Risque incidents » aurait dû se lire : « Risques incidents ».
- Page 368 À la rubrique « Vol — *Voir Acte criminel* » supprimer la référence.

# 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, c.r.*  
*Hélène Lefebvre*  
*John I. S. Nicholl*  
*Mindy Paskell-Mede*  
*André Legrand*  
*Emmanuelle Doyon*  
*Josée Noisieux*  
*Paul Prosterman*  
*Jean-Charles René*  
*Marjolaine Breton Rambo*

---

*Pierre Cimon (Québec)*  
*Louis-M. Cossette (Québec)*  
*Marc Paradis (Québec)*  
*Brian Elkin (Ottawa)*

### MONTREAL

OGILVY RENAULT  
1981, AVENUE MCGILL COLLEGE  
MONTREAL (QUÉBEC) CANADA H3A 3C1  
TÉLÉPHONE (514) 847-4747  
TÉLÉCOPIEUR (514) 286-5474

### OTTAWA

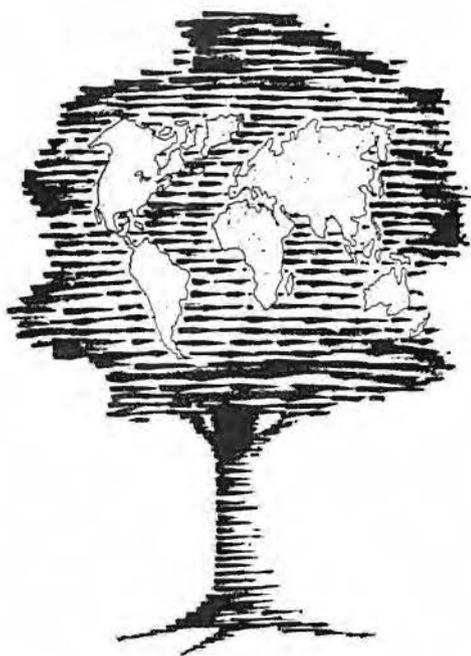
OGILVY RENAULT  
50, RUE O'CONNOR, BUREAU 1015  
OTTAWA (ONTARIO) CANADA K1P 6L2  
TÉLÉPHONE (613) 230-8667  
TÉLÉCOPIEUR (613) 230-5459

### QUÉBEC

OGILVY RENAULT  
500, GRANDE-ALLÉE EST, BUREAU 520  
QUÉBEC (QUÉBEC) CANADA G1R 2J7  
TÉLÉPHONE (418) 640-5000  
TÉLÉCOPIEUR (418) 640-1500

### OSLER RENAULT LADNER

LONDRES PARIS HONG KONG NEW YORK



## **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 Sodarcam, lequel se classe parmi les vingt plus importants courtiers d'assurance et de réassurance au monde.



**BEP International**

Courtiers de réassurance

# 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



# ah andrew hamilton (montréal)

limitée

Experts en sinistres / Claims Adjusters  
Tous genres de réclamations • All lines

## MONTREAL

550, Sherbrooke Ouest  
Suite 305  
Montréal, Qué. H3A 1B9  
(514) 842-7841  
Fax: (514) 842-7848

## QUÉBEC

2860, des Quatre-Bourgeois  
Suite 330  
Ste-Foy, Qué. G1V 1Y3  
(418) 651-9564  
Fax: (418) 651-9593



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



# PRUDENTIELLE

**La Prudentielle Compagnie d'Assurance Limitée**

The Prudential Assurance Company Limited

Siège social canadien : 1155, rue University, Montréal, Qué. H3B 1R7

# 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

# DESMARIS PICARD GARCEAU PASQUIN

AVOCATS  
BARRISTERS AND SOLICITORS

MICHEL P. DESMARIS, LL.L.

MICHEL GARCEAU, LL.L.

PHILIPPE PAGÉ, LL.L.

PIERRE BOULANGER, LL.L.

GEORGES PAGÉ, LL.L.

LUCIE B. TÉTREULT, LL.B.

MARCO ANGELI, LL.B.

LOUIS GUAY, LL.B.

PAUL PICARD, LL.L.

ANDRÉ PASQUIN, LL.L.

PIERRE VIENS, LL.L.

JEAN RIVARD, LL.L.

PASCAL PARENT, LL.L.

YVES ST-ARNAUD, LL.L.

NATHALIE HÉLÈNE ROY, LL.B.

500 PLACE D'ARMES BUREAU 2525  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Y 2W2  
Tél. (514) 845-5171

# Pepin, Letourneau

AVOCATS

ALAIN LETOURNEAU, C.R.  
CLAUDE PAQUETTE  
DANIEL LETOURNEAU  
GAÉTAN H. LEGRIS  
CHARLES E. BERTRAND  
JEAN FRANÇOIS LÉPINE  
CHANTALE MASSÉ

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.  
ÉMILIE VALLEE  
ALAIN LAVIOLETTE  
MICHEL BEAUREGARD  
ISABELLE PARIZEAU  
ANNE JACOB  
YVES CARIGNAN

ROBERT J. LAFLEUR  
BERNARD FARIBAUT  
PIERRE DÉSORMEAU  
ANDRÉ CADIEUX  
ANNICK LETOURNEAU  
MARTINE COMTOIS

Conseil

YVON BOCK, C.R. E.A.

Suite 2200  
500, Place D'Armes  
Montréal H2Y 3S3

Télocopieur : (514) 284-2173  
Téléphone : (514) 284-3553

# DESMARAIS PICARD GARCEAU PASQUIN

AVOCATS  
BARRISTERS AND SOLICITORS

MICHEL P. DESMARAIS, LL.L.

MICHEL GARCEAU, LL.L.

PHILIPPE PAGÉ, LL.L.

PIERRE BOULANGER, LL.L.

GEORGES PAGÉ, LL.L.

LUCIE B. TÊTREAU, LL.B.

MARCO ANGELI, LL.B.

LOUIS GUAY, LL.B.

PAUL PICARD, LL.L.

ANDRÉ PASQUIN, LL.L.

PIERRE VIENS, LL.L.

JEAN RIVARD, LL.L.

PASCAL PARENT, LL.L.

YVES ST-ARNAUD, LL.L.

NATHALIE HÉLÈNE ROY, LL.B.

500 PLACE D'ARMES BUREAU 2525  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Y 2W2  
Tél. (514) 845-5171

## Pepin, Letourneau

AVOCATS

ALAIN LETOURNEAU, C.R.  
CLAUDE PAQUETTE  
DANIEL LETOURNEAU  
GAÉTAN H. LEGRIS  
CHARLES E. BERTRAND  
JEAN-FRANÇOIS LÉPINE  
CHANTALE MASSÉ

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.  
ÉMILIE VALLÉE  
ALAIN LAVIOLETTE  
MICHEL BEAUREGARD  
ISABELLE PARIZEAU  
ANNE JACOB  
YVES CARIGNAN

ROBERT J. LAFLEUR  
BERNARD FARIBAUT  
PIERRE DÉSORMEAU  
ANDRÉ CADIEUX  
ANNICK LETOURNEAU  
MARTINE COMTOIS

Conseil

YVON BOCK, C.R., E.A.

Suite 2200  
500, Place D'Armes  
Montréal H2Y 3S3

Télécopieur : (514) 284-2173  
Téléphone : (514) 284-3553

## MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET AVOCATS

Michel Marchand  
Paul A. Melançon  
Yves Tourangeau  
François Shanks  
Martine Bazinet  
Lyne Beauchamp  
Christian Reid

Pierre Magnan  
Bertrand Paiement  
Alain Falardeau  
Jacqueline Bissonnette  
Jean-François Desilets  
Annamaria Mongillo  
François Cossette

Yves Forget  
Serge Boucher  
Francis C. Meagher  
Maria De Michele  
Marie-Claude Thibault  
François Haché

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: «Sajalex»

**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»**

**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

---

# 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



## Le Bureau d'Expertises des Assureurs Ltée

*Président et chef de la direction: Serge M. LaPalme  
Vice-président du marketing: André Mancini*

**• 115 succursales, d'un océan à l'autre,  
assurant à nos clients un service jour et nuit.**

### HALIFAX

R.M. Leduc  
Vice-président  
Division de l'Atlantique  
Tél. (902) 423-9287

### QUEBEC

G.A. Fleury  
Vice-président  
Division de l'Est du Québec  
Tél. (418) 651-3525

### MONTREAL

C. Chantal  
Vice-président directeur  
Division de l'Ouest du Québec  
Tél. (514) 735-3561

### MONTREAL

Geo. W. MacDonald  
Vice-président  
Division de l'estimation  
Tél. (514) 735-3561

### TORONTO

T. Grant Soworby  
Vice-président  
Division de l'Ontario  
Tél. (416) 603-0570  
Deborah Robinson  
Directrice du marketing

### CALGARY

W.A. Tibbs  
Vice-président  
Division des Prairies  
Tél. (403) 263-6040

### VANCOUVER

J.W. Egory  
Vice-président  
Division du Pacifique  
Tél. (604) 684-1581  
Anne Taylor  
Directrice du marketing

**Siège social:** 4300, rue Jean-Talon Ouest, Montréal (Québec) H4P 1W3

Tél. (514) 735-3561 Télécopieur: (514) 735-8439

**Bureau de la direction:** 181, avenue University, Toronto (Ontario) M5H 3M7

Tél. (416) 603-0570 Télécopieur: (416) 603-0571

---

# MACKENZIE GERVAIS

---

AVOCATS

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE

PLACE MERCANTILE, 13<sup>e</sup> ÉTAGE

770, RUE SHERBROOKE OUEST, MONTRÉAL (QUÉBEC) CANADA H3A 1G1

TÉLÉPHONE : (514) 842-9831 TÉLÉCOPIEUR : (514) 288-7389

DAVID MACKENZIE, c.f.  
TASS G. GRIVAKES, c.f.  
I. EDWARD BLANSHAY  
LIONEL J. BLANSHAY  
LUC LAROCHELLE  
GEORGES R. THIBAudeau  
GHISLAIN BROSSARD, c.g.  
ROBERT E. CHARBONNEAU  
JEAN-RENÉ RANGER  
VIRGILE BUFFONT  
MICHAEL PATRY  
CARL LAROCHE  
ANN SODEN  
ANDRÉ DUFOUR  
SYLVIE BOUVETTE  
ROSAIRE S. HOUDE  
BRUNO DUGUAY  
MARK D. CHERNIN  
FRANÇOIS LONGPRÉ  
JASMINE LARICHELIERE

JACK GREENSTEIN, c.f.  
P. ANDRÉ GERVAIS,  
RAYMOND D. LEMOYNE  
PETER C. CASEY  
IAN B. TAYLOR  
PETER RICHARDSON  
MICHEL A. BRUNET  
LOUIS LEMIRE  
DAVID P. WILLIAMS  
JOHANNE THOMAS  
ROGER P. SIMARD  
M. CRISTINA CIRCELLI  
PIERRE M. GAGNON  
ÉLISE DUBÉ  
PAUL R. BOURASSA  
MATHILDE CARRIÈRE  
JOEL HEFT  
MICHAEL BANTEY  
ALAIN VAUCLAIR  
LISE FORTIER

## CONSEILS

I. HONORABLE ALBERT H. MALOUP, c.f.

DANIEL O'C. DOHENY, c.f.

CHARLES M. BÉDASE, II.J.

membre de

Borden • DuMoulin • Howard • Gervais

VALENTIN • CALGARY • TORONTO • MONTRÉAL

*Une association de cabinets d'avocats canadiens*

## 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  
FRANCOIS BEAUCHAMP  
DANIEL SÉGUIN  
YVAN BRODEUR  
DIANE LAJEUNESSE  
HÉLÈNE MONDOUX  
GUY GILAIN  
ANNE BÉLANGER  
LOUIS CHARRON  
MARIE PEDNEAULT  
DANIEL L'AFRICAIN

### CONSEIL

MARC DESJARDINS

25<sup>ÈME</sup> ÉTAGE, TOUR DE LA BOURSE  
800 PLACE VICTORIA, CASE POSTALE 108,  
MONTREAL, QUEBEC H4Z 1C2

TÉLÉPHONE : (514) 878-4311  
TÉLEX : 05-25670 MULTILEX MTL  
TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-3467

# Martineau Walker

AVOCATS

## Goudreau Gage Dubuc & Martineau Walker

AGENTS DE BREVETS ET MARQUES DE COMMERCE

Roger L. Beaulieu, c.r.  
J. Lambert Toupin, c.r.  
Hon. Francis Fox, C.P., c.r.  
James G. Wright  
Roland Forget  
Claude Brunet  
Jean Lemelin\*  
Jocelyn H. Leclerc  
Andrea Francoeur Mécis  
Dennis P. Griffin  
Gilles Carli  
Xeno C. Martis  
Richard Lacoursière  
Brigitte Gouin  
Karl Delwaide  
Mark D. Walker  
Robert C. Potvin  
Marc Généreux  
Claude Auger  
Jean-François Gilbert  
Jacques Dalpé  
Claudette T. Couture\*  
Sharon Druker  
Marie-José Roux-Fauteux  
Nathalie Béland  
Philippe Tremblay\*  
Suzanne Anfosse  
Éric Bédard  
Marc Novello  
Odin Larocque  
David W. Rothschild  
Dominique Barsalou  
Yves Lepage\*

Peter R.D. MacKell, c.r.  
Roger Reinhardt  
Gérald A. Lacoste  
Maurice A. Forget  
Pierrette Rayle  
David L. Cannon  
Ross J. Rourke\*  
Wilbrod Claude Décarie  
Donald M. Hendy  
François Rolland  
Richard J. Clare  
Ronald J. McRobie  
Jean G. Morency\*  
Daniel Picotte  
Jacques Rajotte  
George Artinian  
Marc-André G. Fabien  
Guy Leblanc\*  
Louise Béchamp  
Louis Roy\*  
Dominique Monet  
Paul Mayer  
Stéphane Gilker  
Catherine La Rosa  
Dougal W. Clark  
Isabelle Rondeau  
Éric Ménard  
Michel Boislard  
Natalie Pouliot  
Norbert Haensel  
Pierre Barsalou  
Charles Kazaz

Guy Gagnon, c.r.  
Jean H. Laffleur, c.r.  
Pierre B. Meunier  
Richard Martel  
Lawrence P. Yelin  
Roger Duval\*  
Louis Bernier  
Robert B. Issenman  
Claude Désy  
Jean Masson  
Marie Giguère  
David Powell  
Claude Paré\*  
C. Anne Hood-Metzger  
Patrice Vachon  
R. Andrew Ford  
Barbara L. Novak  
Pierre Lefebvre  
Marie Laffleur  
Jean-Pierre Blais  
Micheline Perrault  
François Bastien  
Carole Gingras  
Ingrid Stefancic\*  
Claude Marseille  
Jean G. Lamothe  
Brigitte Ramaseder  
François Lajeunesse  
Monique Archambault  
Dimitri Mastrocola  
François Dell'Aniello  
Antoine Turmel

André J. Clermont, c.r.  
C. Stephen Cheasley  
Robert M. Skelly  
Stephen S. Heller  
André T. Mécis  
Serge Guérette  
Jean-François Buffoni  
Marc Nadon  
Paul B. Singer  
André Durocher  
Eric M. Maldoff  
Robert Paré  
Pierre J. Deslauriers  
Lise Bertrand  
Michael E. Goldbloom  
George J. Pollack  
Louis H. Séguin  
Alain Ranger  
Marilyn Piccini-Roy  
Édith Bonnot  
Benoit Turmel  
James Cameron  
Alain Riendeau  
Benito Aloo  
Pierre Setlakwe  
Benoit Mandeville  
Nathalie Faucher  
Michel Lalande  
Bernard Bussièrès  
Robert J. Stocks  
Michiko Hara  
Guy Dion\*

### 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

# MCMMASTER MEIGHEN

---

630, boul. René-Lévesque ouest, Bureau 700  
Montréal (Québec) H3B 4H7  
Téléphone: (514) 879-1212 Télécopieur: (514) 878-0605  
Télex: 05-268637 CAMMERAIL

A. Stuart Hyndman, c.r.	Thomas C. Camp, c.r.
Alex K. Paterson, O.C., c.r.	Richard J. Riendeau, c.r.
William E. Stavert	R. Jamie Plant
Jacques Brien	Colin K. Irving
Hubert Sénécal	Timothy R. Carsley
Alexis P. Bergeron	Sean J. Harrington
Norman A. Saibil	Brian M. Schneiderman
Daniel Ayotte	Pierre Flageole
Jon H. Scott	Richard W. Shannon
Michel A. Pinsonnault	Elizabeth A. Mitchell
Diane Quenneville	P. Jeremy Bolger
Benoît M. Provost	Philippe C. Vachon
Thomas M. Davis	Marc Duchesne
Yves A. Dubois	Nicholas J. Spillane
Nancy G. Cleman	Charles P. Marquette
Richard R. Provost	Robert J. Torralbo
Janet Casey	Pierre Trudeau
Pierre B. Côté	Jean Daigle
Jacques Gauthier	André Royer
P. Stuart Iversen	François Morin
Peter G. Pamel	Vincent Gallo
H. John Godber	Yvan Houle
Douglas C. Mitchell	John G. Murphy
Nicole Mohr	Chantal Béique
Luc Béliveau	Robert D. Campbell
Valérie Beaudin	Serge Bourassa
Catherine Rakush	

---

AFFILIÉ À FRASER & BEATTY

TORONTO

NORTH YORK

OTTAWA

VANCOUVER

HONG KONG

# DESJARDINS DUCHARME

AVOCATS

*Pierre Bourque, c.r.*

*Claude Bédard*

*Denis St-Onge*

*Gérard Coulombe*

*Michel Benoît*

*Luc Bigaouette*

*Michel McMillan*

*Danièle Mayrand*

*Louise Lalonde*

*Benoît Emery*

*Daniel Majeau*

*René R. Poitras*

*Dominique Fortin*

*Sylvie Préfontaine*

*Joëlle Boisvert*

*Louise Chamberland*

*Paule Hamelin*

*Martin Rolland*

*Jean-Paul Zigby*

*Pierre-G. Rioux*

*C. François Couture*

*Jean-Maurice Saulnier*

*Roger Page, c.r.*

*Paul R. Granda*

*Pierre Legault*

*François Garneau*

*Marie St-Pierre*

*Joanne Biron*

*Gilbert Poliquin*

*Johanne Bérubé*

*François Renaud*

*Michelle Colivas*

*Chantal Roy*

*Marisa Giannetti*

*Jocelyne Gagné*

*Jean Yoon*

*Alain Lortie*

*Daniel Bellemare, c.r.*

*Jacques Paquin*

*Anne-Marie Lizotte*

*André Wery*

*Serge Gloutnay*

*Armando Aznar*

*Sylvain Lussier*

*Christiane Brizard*

*Eugène Czolij*

*André Vautour*

*Lucia Bourbonnais*

*Eliane-Marie Gaulin*

*Chantal Fafard*

*Sylvie Lambert*

*Sonia Paradis*

*Patrice Benoit*

*Frédéric Lesage*

*Michel Roy*

*Réjean Lizotte*

*Marc A. Léonard*

*Louis Payette*

*Robert J. Phénix*

*Maurice Mongrain*

*Paul Marcotte*

*Michel Legendre*

*Gilles Leclerc*

*Suzanne Courteau*

*Michèle Beauchamp*

*Marc Beauchemin*

*Nicolas Dion*

*Richard Cormois*

*Lucie Letendre*

*Johanne Lavoie*

*Line Lacasse*

## Conseils

*Guy Desjardins, c.r.*

*Claude Ducharme, c.r.*

*Charles J. Gélinas, c.r.*

*Georges Emery, c.r.*

*André F. Gadbois, c.r.*

*Richard Mineau*

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE

603, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST, BUREAU 2400

MONTREAL (QUEBEC) H3B 4L5

TÉLÉPHONE : (514) 878-9411

TÉLEX 05-25202 • PREMONT • TÉLÉCOPIEUR (514) 878-9092

AFFILIÉ À :

TORY TORY DE LAURIERS & BINNINGTON • TORONTO

LAWSON LUNDELL LAWSON & MCINTOSH • VANCOUVER

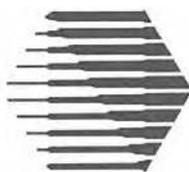
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE :

TORY DUCHARME LAWSON LUNDELL • LONDRES, YONG KONG

*We meet the growing needs  
of insurers and reinsurance brokers*

*Innovative strength*

*Flexible systems*



**The National**  
**Reinsurance Company of Canada**

# 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



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

LE TABLE

LE TABLE

L'ÉQUITABLE

COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALES

ENTREPRISE UNIFIÉE

---

ENTITÉ AGRANDIE

---

NOUVEAUX ATOUTS DE TAILLE

---

POUR UN MEILLEUR SERVICE

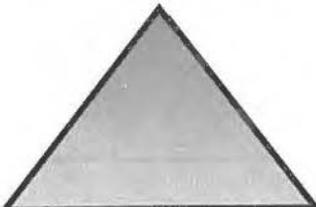
---

**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.



**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) 288-8608

Alphonse Lepage,  
*Président*

# DORER LA PILULE



Dorer la pilule? Très peu pour nous.

Chez nous, pas de poudre aux yeux, pas de solutions impraticables. Mais un intense travail de recherche, des conseils réalistes.

Donner l'heure juste, c'est vous servir efficacement.



**MLH + A**  
acteurs et conseillers

Québec  
(418) 659-4941

Montréal  
(514) 845-6231

Ottawa  
(613) 232-9150

Toronto  
(416) 486-5460

Hamilton  
(416) 522-8884

Edmonton  
(403) 423-4720

Vancouver  
(604) 641-1383

# 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'actuaïres 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*

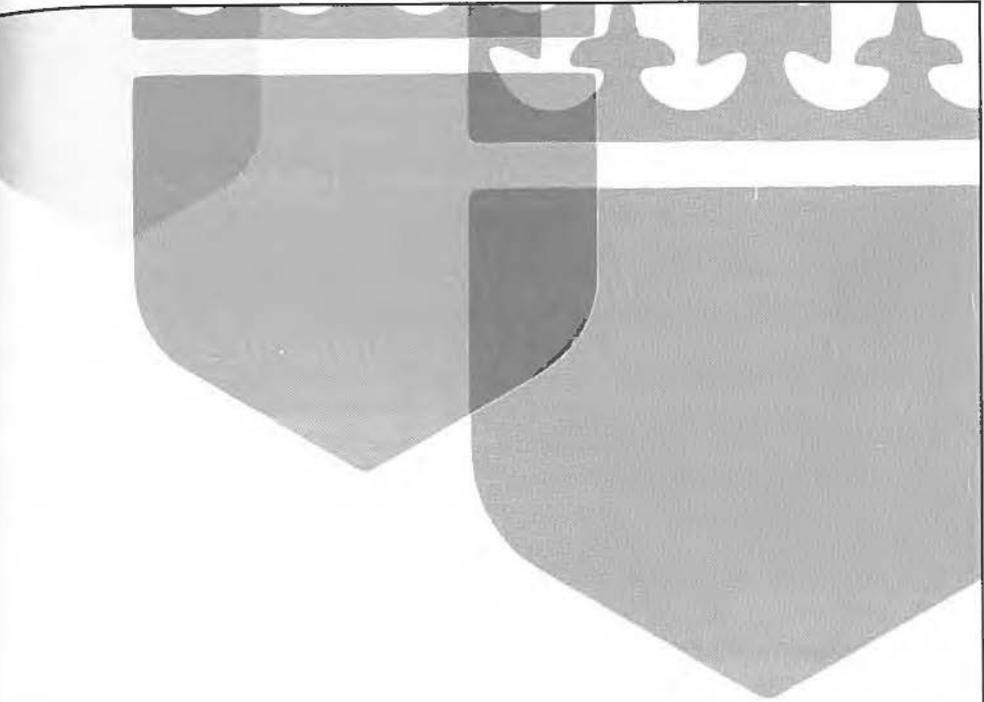
**BEP International inc.**  
*courtage de réassurance*

**MLH + A inc.**  
*actuariat-conseil  
et consultation*

**La Nationale,**  
Compagnie de Réassurance  
du Canada  
*souscription*



**Sodarcanc inc.**



## 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



*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

# 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 contains articles on law, economics, finance, real estate and securities, among others, and closely follows new trends, reforms, actual markets, statistics, practices and insurance alternatives.

*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

Achévé d'imprimer  
en septembre 1992 sur les presses  
des Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc.  
Cap-Saint-Ignace, Qué.

# 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.



Sodarcam Inc.