

Assurances

Revue trimestrielle

Juillet 1993 - N° 2

Le marché actuel de la réassurance

The Reinsurance Industry Actual Problems

Le marché de la réassurance en questionnement

War Risk Exclusion Clauses

Responsabilité professionnelle des ingénieurs et architectes

The Insurance Company's Right to be Wrong

Les systèmes experts dans le domaine de l'assurance

Copropriété divisée et assurance

Les chroniques

QUELLE EST
LA COMPAGNIE
D'ASSURANCE-VIE
LA PLUS IMPORTANTE
DU QUÉBEC ?

Celle de Desjardins.



**Assurance-vie
Desjardins**

En effet, l'Assurance-vie Desjardins est bel et bien le leader de l'assurance de personnes au Québec.

Imaginez... plus de 400 agents en assurance de personnes de grande compétence,
le réseau des 1 475 caisses Desjardins,
des services inégalés de télémarketing et de distribution directe.
Même plus, au-delà de 11 300 entreprises y ont déjà leurs assurances collectives.



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 Sodarcan inc.
1140, boul. de Maisonneuve Ouest, Montréal (Québec) H3A 3H1

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

Membres du Comlté de la Revue

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

Directeur et secrétaire de la rédaction

M^e Rémi Moreau

Responsable de l'administration

M^{me} Murielle Laramée

Administration

1140, boul. de Maisonneuve O.

Bureau 701

Montréal (Québec)

H3A 3H1

Téléphone : (514) 288-0100

Télécopieur : (514) 282-9841

Prix au Canada

L'abonnement 50 \$ — Le numéro 15 \$

Prix à l'étranger

L'abonnement 54 \$ — Le numéro 17 \$

Anclennes coples 5 \$

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 1993 — par Sodarcane 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

Envol poste publication Enregistrement n° 1638 Port payé à Montréal

Assurances

61^e année

juillet 1993

N^o 2

REINSURANCE INDUSTRY ACTUAL PROBLEMS AND SOME POSSIBLE DEVELOPMENTS by John Phelan	187
LE MARCHÉ DE LA RÉASSURANCE EN QUESTIONNEMENT par Serge Osouf	197
WAR RISK EXCLUSION CLAUSES : AN APPRAISAL IN THE LIGHT OF RECENT DEVELOPMENTS by G. Cornish	203
GESTION DES RISQUES EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES INGÉNIEURS ET DES ARCHITECTES par Laurent Arsenault	211
THE INSURANCE COMPANY'S RIGHT TO BE WRONG by Douglas G. Houser	225
LES SYSTÈME EXPERTS : MYTHES OU RÉALITÉ ? par Richard Charette	239
COPROPRIÉTÉ DIVISE ET ASSURANCE par Rémi Moreau	269

LES CHRONIQUES :

FAITS D'ACTUALITÉ, par R. M.	289
--	-----

Forum Assurance 1993. Rapport d'appui au secteur financier par le ministre Robic. Projet de loi ontarien sur la réforme des assurances (Bill 164). Le nouveau montant admissible devant la Cour des petites créances du Québec. Faillites des assureurs I.A.R.D. canadiens en 1992. Faillite de La Souveraine, compagnie d'assurance-vie. L'explosion au World Trade Center. Un nouvel attentat à la bombe au coeur de la City. Tableau comparatif des coûts d'assurance de la responsabilité professionnelle des avocats. Un autre jugement américain dépassant 100 millions de dollars. Le chef de file québécois en assurance de dommages en 1992. Les 10 plus grandes catastrophes américaines assurables. Le sinistre de La Mède (France). Les droits des ex-cadres des Coopérants sont reconnus par le tribunal. Les accidents de circulation seront indemnisés en vertu du droit commun en France.

Atteintes psychologiques : une étude instituée par un assureur. Les résultats de l'assurance I.A.R.D. au Canada en 1992. Les résultats de l'assurance automobile au Québec en 1992. Une réforme chez les Lloyds. Le troisième Congrès d'assurance du Canada. Réforme de l'assurance automobile au Manitoba.

GARANTIES PARTICULIÈRES, par Rémi Moreau 305

L'assurance de la responsabilité civile relative à l'atteinte à l'environnement (Environment Impairment Liability - EIL)

CHRONIQUE ACTUARIELLE,

par divers collaborateurs de MLH + A inc. 317

Des nouvelles normes comptables pour les régimes d'avantages sociaux après la retraite

CHRONIQUE JURIDIQUE, par Rémi Moreau. 325

Le Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo inc. La Cour suprême et le droit des bénéficiaires. Obligation de loyauté de l'agent et devoir d'information. Personne vivant sous le toit de l'assuré. Une poursuite contre des administrateurs rejetée par la Cour suprême. Les conséquences d'une bagarre sont de nature criminelle. Déclarés coupables d'un incendie criminel, les assurés ont droit, selon un tribunal civil, à l'indemnisation. Un sidéen se voit refuser l'anonymat par la Cour. Fausse déclaration d'un assuré concernant l'usage du tabac. Compte rendu d'un jugement de la Cour suprême sur une question de conduite en état d'ébriété.

ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau. 337

Contestations judiciaires des polices basées sur la datation des réclamations dites *Claims-Made*.

DOCUMENT 345

L'évolution de l'assurance contre l'incendie au Canada. Troisième période : de 1887 à nos jours.

Reinsurance Industry Actual Problems and Some Possible Developments*

by

John Phelan**

Nous remercions sincèrement M. John Phelan, président de la Munich du Canada pour avoir gentiment accepté notre invitation de publier la conférence qu'il a donnée à Montréal lors du 3^e Congrès d'assurance du Canada.

187

Le représentant canadien de la Munich Re, premier réassureur mondial, qui a perçu plus de 9 milliards de dollars en primes en 1991, était certes bien placé pour dégager les principaux problèmes auxquels tous les réassureurs sont aujourd'hui confrontés, notamment la fréquence des sinistres catastrophiques, les résultats techniques déficitaires de l'industrie de l'assurance, les diminutions des montants de rétrocession disponibles et les augmentations de coûts de réassurance prévisibles.

Le conférencier a de plus abordé les changements en cours dans l'industrie et les nouveaux développements qui pointent à l'horizon.



In this article, I will attempt to address three issues: first, the problems presently facing the worldwide reinsurance market, next, the changes made during the treaty renewal season of the

* Allocution présentée à l'occasion du 3^e Congrès d'assurance du Canada, tenu à Montréal les 3 et 4 mai 1993.

** Président et chef de la direction de la Munich du Canada, compagnie de réassurance.

past year-end and finally I will peer into my cloudy crystal ball for a peak at what the future might hold.

Reinsurers - Current Problems

I think that it is fair to say that there are three main problems facing reinsurers today and that these are felt almost universally. The first of these is the frequency of very large natural catastrophe losses. The second is the very unprofitable results that have emanated from commercial/industrial property business for some years now, and the third is the cost of, and availability of, reliable retrocession capacity.

188

Frequency of Very Large Natural Catastrophe Losses

For the 26 year period 1960 to 1986 inclusive, the worldwide total cost of insured losses from major natural disasters was \$12.8 billion.

For the 5 year period 1987 to 1991 inclusive, insured losses from major natural disasters amounted to \$30.0 billion.

The insured loss from Andrew is estimated to be \$16.5 billion and climbing, the total tally may well be \$20. billion or more. If it had passed over Miami, Andrew would have cost around \$50 billion. According to the A M Best, roughly \$6 billion of the \$16.5 billion loss from Andrew is reinsured. The reinsurance loss is, roughly speaking, divided equally between proportional and catastrophe treaties.

Iniki adds another \$1.6 billion for a total from these two events of over \$18 billion; in one year, more than the total amount for the entire 26 years up to and including 1986.

These figures clearly demonstrate the huge problem that natural catastrophe losses have become for insurers and reinsurers alike.

Munich Re's analysis of natural disasters, in the 30 years from 1960 to 1990, shows a dramatic increase in the frequency of losses and the extent of damage.

During the decades from the 60's to the 70s, insured losses and the number of disasters increased five fold. During the same period, the economic loss increased by 300% even when the factor of inflation is excluded. The gap between economic loss and insured loss has widened considerably during the three decades studied.

In 1989, America accounted for 35% of the number of loss events, 94% of insured losses and 79% of economic losses. In 1990, the American continent was spared but Europe suffered its second "300 year storm" in three years. It, and its companion storms, cost insurers and reinsurers \$10.0 billion from an economic loss of \$15 billion.

189

It was Japan's turn in 1991 with Mireille, which caused an economic loss of about \$6.0 billion and an insured loss of \$5.2 billion.

It was America's turn again in 1992 with Andrew etc., etc., I don't need to mention more about these.

I know some insurers in Canada wondered why catastrophe rates should have risen so sharply at the end of last year. I think the figures above should be sufficient explanation why this has happened and should sound a warning that more is yet to come.

In the world of reinsurance and retrocession of natural catastrophe exposures, Canada is not an island. Costs here will reflect the experience of reinsurers and retrocessionaires in other parts of the globe and will increasingly reflect Canadian exposure to large catastrophic losses especially to potential losses from earthquakes in BC and Quebec. Rates for catastrophe protection must also take into account inadequate original premiums for these perils if they exist at all, inadequate deductibles and the absence of sub-limits to help control the accumulation of exposures while still providing some reliable protection to as many individuals and businesses as possible.

The harsh truth is that Canadian catastrophe reinsurers have had their pool of catastrophe premiums frequently exhausted by windstorm and hail losses. Consequently, they have been unable

to create the resources necessary to cover earthquake losses. This simply has to stop.

In addition, Canadian reinsurers cannot escape the cost of retrocession nor can they operate effectively without its protection. These costs must be passed on. Furthermore, the capacity of the retrocession market has fallen sharply and this is reflected in the reduced reinsurance capacity now available in Canada.

190

All of this will have an impact on proportional reinsurance too. Munich Re did not attempt to limit the cession of natural perils to proportional treaties renewed for 1993; we must seriously consider doing so for treaties renewing for the 1994 calendar year. We cannot continue to accept unlimited liability, nor can any company with limited resources no matter how great those resources may be. Insurers, in their own interest, should insist on such limitations to be sure that their reinsurers are capable of honouring their obligations in full.

Now you will probably say that limitations, or occurrence limits, introduce an element of non-proportional coverage to a proportional treaty. Right you are. If this is true, should reinsurers get a full share of the proportional premium for the limited perils? Of course not. But wait a minute, the original premium is mostly zero for commercial business and inadequate for habitational so one has to say that a full share of zero is still nothing and the inadequate habitational premium may not be sufficient to cover even the limited protection given by proportional treaties. It is worth adding that habitational business is, anyway, mostly retained by insurers in Canada.

In theory therefore, as far as Canada is concerned, we would be prepared to negotiate a return premium as a price for occurrence limits for natural perils if the occurrence limit were well below the probable maximum loss and the original terms and conditions were adequate. Sadly, such an adjustment of premium is entirely theoretical at present but this too must change.

Commercial Property Losses

A second problem facing reinsurers is that commercial and industrial property results in Canada and most developed economies have been very unprofitable for the past three to four years. Insurers' commercial and industrial property clients have been subsidized by profits from other classes, which are not as heavily reinsured.

This has put reinsurers in an untenable position, with no choice but to attempt to put some distance between their results and the results of their clients.

One way of doing this is to limit the amount of loss likely to be endured by proportional treaties. An example of how this can be done is the inclusion in these treaties of loss corridor or loss participation clauses. Most proportional treaties in Canada now contain one or the other of these clauses.

Another way to put distance between reinsurers' and cedents' results is to reduce ceding commissions to the level that experience shows proportional treaties can sustain. Ceding commissions were sharply reduced during the past renewal season and will be under further pressure this year-end if results do not improve or if there is not clear evidence of a hardening market for commercial and industrial property business.

We obviously hope that measures already taken will motivate insurers to increase rates to economic levels. Reinsurers cannot afford to knowingly write unprofitable business indefinitely. If the market is either unwilling or unable to change its present approach towards pricing commercial property business, we will have no choice but to change the way we reinsure it.

How could this be done? There are a number of options that might be explored. For example, natural perils coverage could be excluded and covered on an excess of loss basis. As already mentioned, loss limitation clauses have already become an important feature of prorata treaties as has the reduction of ceding commissions to sustainable levels. This could go further.

It is entirely possible to have negative rates of ceding commission. The pricing of the capacity afforded by proportional reinsurance is becoming evident in these measures. It could be fairly said that reinsurers in many markets are in the curious position of paying their clients to use their products. Curious indeed!

Retrocession capacity/cost

192

Both of the points I have already mentioned—frequent large catastrophic losses and very poor loss ratios from commercial property business—have caused retrocessionaires heavy losses. This, in turn, has resulted in much increased costs to reinsurers and a sharp reduction in the amount of retrocession capacity available.

Coupled with a reduction of reinsurance capacity for other reasons, this means that there is not sufficient catastrophe reinsurance capacity available for many large insurers. This problem will be exacerbated if the unlimited catastrophe protection now afforded by proportional treaties, is restricted or if reinsurers switch from proportional to working excess of loss treaties. Note I have said “when reinsurers switch”. This is an obvious allusion to the fact that proportional treaties must change. What if working capacity were provided only on an excess of loss basis? — First, the price would increase (bear in mind that most proportional treaties now provide free capacity), next, the amount of capacity would probably be less, the exposure to catastrophe treaties would be increased and this would be reflected in the cost of buying that protection and finally the amount of catastrophe protection required would increase, again leading to increased costs and a possible shortfall if the amount of necessary capacity is simply not available.

Changes already made for 1993

Let me now review the measures taken this past year-end and briefly explain their impact:

Loss participation Clause

This is an attempt to reduce reinsurers' losses by involving cedents in claims ceded at a certain level of loss to reinsurers. Such clauses help protect reinsurers, to a modest degree, against strategic decisions taken by cedents to knowingly write certain classes of business at a loss for other, possibly very good, business reasons.

Reduced Ceding Commissions

Again, this is intended to reduce losses suffered by reinsurers and to encourage cedents to rate their business at self sustaining economic levels. It is also a means of pricing the capacity afforded by these treaties.

193

Revision of Cession practices and Reduction of Capacity

Revision of cession practices and reduction of capacity to achieve a better balance between premiums ceded and capacity granted and to restrict gross capacity to the underwriting ability of cedents to use it. Capacity expands excessively during soft market cycles; it is necessary to reduce such excessive capacity during periods when rates are less than adequate.

Increased Catastrophe Rates

I have already mentioned the reasons for these.

Increased Retrocession Costs

These follow naturally from the number and extent of catastrophe losses during the past six years.

Reduced Retrocession Capacity

This is also the result of heavy losses during the past six years. Retrocessionaires are withdrawing capacity if not withdrawing entirely from the market.

Increased Auto XL rates for OMPP

Our actuarial studies show that we underrated the excess of loss exposure emanating from OMPP. We corrected that mistake this past year-end.

Change in Conditions Clause re Ontario Bill 164, and Very Much Increased Auto XL Rates, if it Becomes Law in its Present Form

194

Bill 164, if it becomes law as it now exists, will result in very severe exposure for excess of loss reinsurers. Our studies show necessary rate increases up to ten times existing rates for those layers most exposed.

Developments Likely In 1994 and Thereafter

What about the future? Here are some possible developments:

- The restriction or elimination of proportional reinsurance for commercial and industrial property business unless market rates reach economic levels.
- Even if rates are increased appropriately, there will be some restriction of the unlimited coverage now given by proportional reinsurers for natural perils events. Alternatively and preferably such coverages may be excluded and covered instead by catastrophe excess of loss protection only.
- Insurers will be under increasing pressure to adequately price their exposure to such natural perils as earthquake and windstorm. Earthquake deductibles will have to increase and sub-limits will be necessary to contain accumulation exposures. These measures will become ever more necessary as the cost of catastrophe reinsurance increases and the amount of reliable capacity decreases.
- Continuing shrinkage of reinsurance capacity, both in limits of coverage and the number of reinsurers able to offer reliable security.

-
- Similar and to some degree consequential rationalization of insurance capacity.
 - Increasing involvement of banks' insurance subsidiaries in personal lines insurances
 - Continuation of the Development of Risk Management Techniques to retain, finance, transfer, and avoid risk. This may involve captives, reciprocals, internal accounts and I am sure ideas yet to be developed. These options may become more attractive as the price charged for insurance approaches the cost of its benefits.
 - Increased automation and with it an acceleration of the shift from the present structure of branches across the country to regional head offices loosely connected at the operational level to their national head offices. Head offices will become smaller but the regional centres will not be correspondingly larger. This will increase efficiency and responsiveness at the local level while reducing costs. All of this will be supported by integrated computer systems between agents/brokers and insurers, as well as between insurers and their reinsurers.
 - Reinsurers will become even more specialised than at present. They will become far more active in the pricing, management and distribution of catastrophic exposures, not only from natural perils, but also for such risky and unbalanced business as space risks, technology risks, professional risks and the new risks that will emerge as humankind learns to deal with climatic change and its consequences, an ever increasing world population and the challenges it presents.
 - Financial reinsurance is likely to become much more important as traditional sources of capacity and protection become temporarily less able to meet demand. Who knows where futures and options will take us?

In conclusion, let me express the conviction the we, as a community, will do what has to be done and that the words of

the English dramatist, James Albery, will not be our epitaph, "He slept beneath the moon, he basked beneath the sun; he lived a life of going-to-do, and died with nothing done."

Le marché de la réassurance en questionnement*

par

Serge Osouf**

In the speech he delivered at the 3rd Canadian Insurance Congress held in Montreal on May 3rd and 4th, 1993, Mr. Osouf commented on the natural disasters that occurred throughout the world over the past 5 years, particularly in 1992, when insured losses soared to a record of \$27.1 billion.

197

Mr. Osouf examines the ever-increasing cost of losses, acute problems such as the deep pocket syndrome in the United States and the underrating of large risks. He mentioned the growing number of insurers and reinsurers who have withdrawn from the market over the past 18 months and the ensuing loss of capacity. According to Mr. Osouf, such a context will give rise to new phenomenons such as tighter underwriting policies, new methods of non-proportional reinsurance, more selective risks acceptance approaches and alternative formulas.



Depuis un peu plus de cinq ans, le marché mondial de l'assurance et de la réassurance non vie a enregistré, dans la branche dommages aux biens, des sinistres ayant atteint des niveaux jusque là inconnus. Il suffit d'en citer rapidement les noms :

1987 Celanese à Pampa, Texas
87 J en Europe

* Allocution présentée à l'occasion du 3^e Congrès d'assurance du Canada, tenu à Montréal les 3 et 4 mai 1993.

** M. Osouf est Directeur Général Délégué de SCOR SA, Paris, France.

198

-
- 1988 Gilbert
Piper Alpha
- 1989 Exxon Valdez
Hugo
Tremblement de terre de San Francisco
- 1990 Les tempêtes de février et mars en Europe, Daria, Herta,
Vivian, Wiebke
- 1991 Le typhon Mireille au Japon
Les feux de forêts d'Oakland
- 1992 Le cyclone Andrew
Le cyclone Iniki
Les émeutes de Los Angeles
Les bombes de l'IRA à Londres

Et 1993 commence mal avec le « white storm » aux États-Unis, l'explosion du World Trade Centre et, il y a 10 jours, la bombe touchant plusieurs bâtiments de la City à Londres.

Chacun de ces événements représente soit des sinistres individuels dont le coût dépasse 500 millions de dollars des États-Unis voire plus d'un milliard pour Piper Alpha, soit des sinistres cumulatifs de plusieurs milliards de dollars pour atteindre l'apothéose avec Andrew évalué à plus de 16 milliards de dollars. Rien que pour l'année 1992, le montant total des catastrophes aux États-Unis s'élève à 23 milliards de dollars.

Clairement des montants que l'industrie de la réassurance, qui en a jusque là supporté la majeure partie, de 50% à 2/3, ne peut continuer à absorber sans conséquences et sans mesures.

Cette série à elle seule suffirait à mettre à mal une industrie si elle était en très bonne santé. Or, il se trouve que par ailleurs elle est toujours affectée par des problèmes du passé non résolus qui pour certains avaient provoqué la précédente crise que l'on a

connue au milieu des années 80. Il s'agit principalement des expositions aux sinistres latents aux États-Unis dans le domaine de la responsabilité civile : l'asbestose et la pollution qui entraînent et vont continuer d'entraîner des cascades de procès tant directement entre cédantes et réassureurs que, surtout, entre réassureurs et rétrocessionnaires et, pour le marché de Londres notamment, entre ce qu'il convient d'appeler des actionnaires, les "names", et leurs mandataires, les "underwriting agents".

Elle est aussi affectée par une situation de sous-tarifcation endémique d'assurance et de réassurance qui n'a cessé de se dégrader dans le même temps que se produisaient les catastrophes que j'ai citées. Entamer un exposé sur ce sujet serait trop long, mais je citerai comme ordre de grandeur qu'à la fin de 1991 on estimait la sous-tarifcation des grands risques d'entreprise à 50% en Europe et que les principaux marchés que sont l'Allemagne et la France, hors effet des tempêtes, ont eu en 1990, 1991 et 1992 des "combined ratios" pour cette catégorie de risques avoisinant 150%.

Je ne voudrais pas terminer sur ce point sans mentionner les tendances lourdes en matière de responsabilité civile en Europe où, de plus en plus, le syndrome bien connu aux États-Unis de la "deep pocket" s'installe et où les lois sur l'environnement ressemblent à bien des égards à des phénomènes déjà malheureusement bien connus sur ce continent.

Il n'est donc pas étonnant que dans un tel environnement, des acteurs importants du marché disparaissent. On en dénombre pas moins de 140 à 150 au cours des derniers 18 mois et ce d'autant que pour 1993, la liste n'est pas close, chaque semaine ou presque, comme en 1992, voit la liste s'allonger. À la fin de l'année 1991 et au début de 1992, les disparitions étaient surtout le fait de participants relativement mineurs, souvent des départements de réassurance d'assureurs directs européens voire asiatiques ou nord-américains. Depuis la fin de 1992, les départs sont plus sérieux et représentent des capacités qui ne sont plus seulement des appoints, mais des marchés leaders. NWR ou NRG qui, à eux deux, représentent un volume de primes voisin

des cessions en réassurance du marché canadien sont la preuve tangible de la profondeur de la crise.

Si on ajoute la baisse considérable de capacité de souscription de Lloyds qui est de l'ordre de 35% au cours des deux dernières années, mais peut être de 50% en réassurance, on voit très bien que le marché qui était excédentaire jusqu'en 1991 est en pénurie sérieuse de manière générale et considérable dans tous les secteurs où les besoins en capitaux élevés sont importants.

200

Sur un marché dont la demande mondiale est de l'ordre de 70 à 80 milliards de dollars, c'est plus de 10 milliards d'offre qui ont disparu.

Face à cette situation comment le marché réagit-il pour la corriger et quelle nouvelles orientations prend-il ?

Clairement, les réassureurs dont la sécurité financière est intacte renforcent leurs exigences en matière de transparence et d'identification des risques et des expositions. La capacité est rare et chère et il faut donc l'utiliser à bon escient. Il est donc important qu'elle soit distribuée pour des besoins réels clairement identifiés et correctement tarifés.

Il importe aux assureurs et à leurs conseils d'assurer cette transparence, meilleure garante de relations de confiance et de continuité. Les problèmes que connaît actuellement le marché de Londres, notamment, résultent pour une grande partie de très grandes ambiguïtés et d'absence totale de précisions, voire de documentation incorrectement rédigée, donnant lieu à contestations et procès ou arbitrages et cela n'est pas tolérable.

Dans ce contexte, certains risques tels ceux relatifs aux expositions « catastrophes » ne seront plus couverts par les réassureurs que moyennant des conservations fortes des assureurs et selon des formules — essentiellement non proportionnelles — permettant aux réassureurs de déterminer eux-mêmes le prix de leur prestation. À titre d'exemple, on estime que le marché mexicain aujourd'hui, par la réassurance proportionnelle principalement, se dégage de pratiquement 99%

de ses expositions tremblement de terre. De telles situations ne peuvent perdurer.

Il en sera de même pour les risques à engagement unitaire important, les capacités automatiques, lorsqu'elles seront encore disponibles, seront en réduction notable et le recours à la réassurance facultative va s'intensifier, ce qui sera également source de plus grande transparence et qui donnera aux réassureurs le moyen de mieux vérifier l'adéquation du niveau des primes et la qualité des souscriptions des assureurs.

La continuité des relations établies sur des bases de confiance va être la règle effectivement pour les prochains renouvellements. Il appartient aux assureurs de s'y préparer. Ce ne sera pas tâche facile. En effet, le nombre d'acteur diminuant la sélection malgré tout devra être sévère car il va falloir que les assureurs ne sacrifient pas le long terme, la sécurité et la stabilité financière de leurs réassureurs, au profit du court terme, le placement de leurs besoins de couverture auprès de sécurités non pérennes.

Dans ce contexte, on voit ça et là s'organiser des capacités et des formules alternatives, si certaines peuvent constituer des solutions à long terme, d'autres ne sont elles pas que le moyen de différer des problèmes : là encore attention à ne pas handicaper l'avenir par des solutions faciles, mais fragiles.

War Risk Exclusion Clauses: an Appraisal in the Light of Recent Developments*

by

G. Cornish

La présente analyse sur l'exclusion des risques de guerre n'est pas sans intérêt. L'auteur tente de définir les éléments permettant d'interpréter cette exclusion, en cas d'ambiguïté. À titre d'exemples, les actes de terrorisme, les émeutes ou les explosions sont généralement couverts par l'assurance. À preuve, les émeutes de Los Angeles en 1991, l'explosion du World Trade Center en 1992 ou les explosions survenues à Londres en 1992 et en 1993 sont couvertes par les contrats d'assurance usuels. Toutefois, ces mêmes risques seraient exclus, s'ils survenaient à l'occasion d'un conflit armé entre deux nations ou d'une guerre civile déclarée. L'auteur examine l'importance de définir les termes, notamment la différence qui existe entre une guerre civile et une rébellion. Les actes de terrorisme faits dans le but de dénoncer l'intervention politique d'un pays dans un conflit armé entre deux autres pays sont-ils des actes de guerre ou simplement des actes de terrorisme usuellement couverts ? Selon l'auteur, il est crucial de bien définir les termes.

203



Introduction

The Gulf War, the bomb blast in the City of London on 10th April 1992, the activities of groups like Sendero Luminoso in Peru, the Los Angeles riots and the continuing political unrest in many parts of the world, including currently what used to be

* Reprinted from the *Quarterly letter*, Netherlands Reinsurance Group, September 1992, No 129.

Yugoslavia, have once again concentrated the minds of insurers and their reinsurers on the significance of War Risk Exclusion clauses.

204

The starting point for any insurer must be that it is willing to consider granting cover in respect of relatively normal risks which can be assessed with some degree of accuracy. As soon as an abnormal element is introduced into the picture, like the increased risk of losses due to war or a war-like activity, the insurer must consider whether it is still willing to write the business subject to the payment of an appropriate premium or apply an exclusion clause.

If the exclusion clause option is chosen, there are many problems to be dealt with, one of the most significant being exactly what the various terms used in the exclusion clause chosen mean. Any ambiguity will usually be interpreted by a court or arbitrator against the insurer and this tendency is quite logical because, after all, an insured has every right to know precisely the extent of his insurance cover.

The Definition Problem

A War Risk Exclusion clause in an insurance policy or a reinsurance agreement will be interpreted in accordance with the system of law which is applicable to the policy or agreement. This in itself creates problems because a riot as defined in English law may not be deemed to be a riot in the legal system which applied to the contract in question.

The problem of interpretation is exacerbated by the way in which some terms are used in the media. For instance, one often comes across reference to a 'civil war' raging in some country or other whereas, as will be seen below, it is sometimes doubtful whether the situation prevailing does in fact constitute a civil war in the strict insurance law sense of the term.

For a definition of the various constituent parts of a War Risk Exclusion clause, one must turn first of all to statute law and then to case law and in this respect British insurers are very

fortunate in that some terms, even though not defined by statute, have been looked at quite recently in the case of *Spinney's v Royal Insurance* (1980) Lloyds Reports 406.

The Spinney's Case

The background to this litigation was the unrest in Beirut during December 1975 and January 1976 when properties belonging to the plaintiffs were badly damaged. The defendant insurers refused payment of the claims made under various Fire policies by referring to a Riot and Strike Endorsement which excluded losses caused by inter alia civil war and commotion assuming the proportions of or amounting to a popular rising.

205

The court found that, just as a 'war' requires there to be an armed conflict between two sovereign states, irrespective of whether or not war has been declared, a 'civil war' will only be held to exist where there has been an internal conflict between two or more identifiable 'sides' which have as their objective the seizure or retention, as may be applicable, of political power in the country concerned.

The second pre-requisite for a civil war is that the conflict is on a large scale involving considerable sections of the populace with a resulting disruptive effect on public order and the way of life.

In the *Spinney's* case, the Easter rising of 1916 in Ireland was referred to as having been a civil war. At that time, various persons proclaimed a provisional government, occupied various public buildings in Dublin with armed forces and claimed the support of their 'gallant allies in Europe', i.e., the powers that were then at war with the United Kingdom.

With regard to the 1975-76 Beirut situation, the court was unable to satisfy itself that the prerequisites for a civil war had been fulfilled and so the defendants were held not to be able to rely on the civil war element of the exclusion.

However, the court did hold that there had been a state of civil commotion in Beirut at the time, i.e., the disturbances had

had sufficient cohesion to prevent them from being caused by a leaderless mob. Also, the civil commotion in question had 'assumed the proportions of a popular rising' because a really substantial proportion of the populace was involved with tumult and violence on a large scale. Therefore, the exclusion was held to apply.

206 The court took the opportunity of looking at some other terms used in typical War Risk Exclusion clauses. It held that 'rebellion' indicates organised resistance to the rulers or government of one's country, the purpose of which is to supplant the existing rulers or at least to deprive them of authority over part of their territory. An 'insurrection' suggests the notion of an incipient or limited rebellion.

'Hostilities' was found to indicate acts or operations of war committed by the parties to an existing war or civil war and 'warlike operations' to include the typical operations belligerents have recourse to in war, even though no state of war exists.

As has been indicated, one of the problems surrounding War Risk Exclusion clauses is the interpretation thereof according to different legal systems and so it was not only of interest, but also of great practical value that the US District Court for the Southern District of New York delivered judgment in the case of *Holiday Inns Inc. v. Aetna Insurance Company* in September 1983.

The background to the case was the damage to the Beirut Holiday Inn Hotel and the initial refusal by the insurers to settle the loss, claiming that it had been caused by civil war. In its fascinating 107-page judgment, the court referred at length to the decision in *Spinney's* and concluded that the damage to the Beirut Holiday Inn had been due to civil commotion - not civil war - and that Aetna had to settle the loss as a specific extra premium covering the civil commotion risk had been paid by Holiday Inns. In coming to its decision, the court gave definitions of some of the terms used in War Risk Exclusion clauses which accorded more or less with those given in the *Spinney's* case.

Riot and Terrorism

The terms dealt with so far cover activities by at least relatively large numbers of people, whereas the concepts of 'riot' and terrorism' include acts of violence in some shape or form by smaller groups or, in the case of terrorism, possibly individuals.

The term 'riot' has been given a statutory definition in English law in the Public Order Act 1986, according to which a riot is the use or threat of violence involving at least twelve persons.

'Terrorism' is defined in section 20 of the Prevention of Terrorism (Temporary Provisions) Act 1989 as: 'the use of violence for political ends and includes any use of violence for the purpose of putting the public or any section of the public in fear'.

In the circumstances where the government in spite of its intention to do so cannot protect life and property, can insurers and reinsurers be expected to pick up the bill?

The City Bomb

Responsibility for the human casualties and massive property damage following the explosion of Friday 10th April 1992 - the day after the British general election - was admitted by the IRA. One thing which is not established is how many persons were involved in planting the bomb, although it can be assumed that the number was very small. That being the case, it quickly became clear that British insurers were faced with losses resulting from an act of terrorism and so insurance policies and reinsurance agreements were checked with that conclusion in mind.

A look at how cover for terrorist attacks has developed in the British insurance market takes one as far back as the explosion at the King David Hotel in Jerusalem in July 1946 which caused the death of or injuries to over 200 people. This event caused insurers to deliberate about how to deal with losses caused by acts of terrorism, but it was only in 1958 that a

terrorism exclusion clause was included in insurance policies risks outside the United Kingdom. It is interesting to note that a similar clause was never introduced with regard to risks situated within the United Kingdom. The result of this was that insurers have always met claims caused by terrorist attacks in the United Kingdom as part and parcel of their normal business activities and an example of insurers meeting the cost of an IRA terrorist attack was the Grand Hotel, Brighton, loss in 1984.

208

Whereas property losses of this kind in Northern Ireland itself are covered by a government fund established for the purpose under the terms of the Criminal Injuries to Property (Compensation) Act (Northern Ireland) 1971, it was immediately recognised by insurers that losses on the British mainland are to be viewed in the context of insurance cover and of any possible exclusions and so the costs of the City loss must be borne by the industry.

A loss due to an act of terrorism can be less clear-cut from the insurance point of view than one would tend to think, as it is quite possible for a terrorist attack to be part of the overall concerted actions of a country which is at war. For instance, during the Gulf War, Iraq announced that it would carry the conflict to other countries away from the theater of war and many people were afraid that European and American cities could see banks and airline offices becoming the targets of terrorist attacks. Under those circumstances, it would have been difficult to isolate a terrorist attack from the warlike operations of which it was intended to form a significant part.

Insurance of the Persons

In the field of life assurance, United Kingdom policies have traditionally not contained a War Risk Exclusion clause of any kind, although in certain sensitive territories a distinction is drawn between so-called 'active' and 'passive' war risks, the object of which is to ensure that at least the innocent bystander enjoys full cover.

Other insurers, however, sometimes issue policies in a sensitive country with a full war risk exclusion and the decision of the Beirut First Instance Court in *Khoury v American Life* of 4th August 1983 is a good example.

On 12th December 1978, Mrs. Khoury was issued with a life policy by the defendant company for a sum assured of £ 100,000, Clause 8 of her policy excluded death due to strikes, riots, civil commotion, war (whether war be declared or not), civil war, and insurrection. On 20th July 1979, Mrs. Khoury was returning to her home and to do so had to cross a bridge. She consulted a policeman about the safety of the operation and he told her that it was safe to cross. Tragically she was shot and killed during the crossing and the insurers declined liability on the grounds of the SRCC clause.

209

The court held that all the acts of violence being perpetrated at the time were the result of civil war between the citizens of Lebanon and the court concluded that there was no doubt that the death of the assured was a direct result of these acts of violence. That being the case, her death was not covered under the policy by virtue of the exclusions and so the insurers were held to have been justified in denying the claim.

Real problems emerge, however, when a person dies or becomes totally disabled under circumstances which are not absolutely clear. What, for instance, is the position if a person in normal employment, who is, however, a terrorist in his spare time, is 'liquidated' by his opponents whilst peacefully sitting in a café? In all probability, his estate would not be able to claim the benefit of the argument that he was a 'passive' victim of the situation prevailing at the time.

Conclusions

There is no doubt that insurers and reinsurers need to protect themselves by including War Risk Exclusion clauses in policies and reinsurance agreements. However, the problem of interpretation of the various terms used remains, although in any

policy or reinsurance agreement subject to English law, there is some very useful guidance as to what the terms mean.

In today's turbulent times it may be difficult to come to a clear policy definition, but it must be remembered that in the direct insurance context any ambiguity due to unclear terms or definitions will be interpreted against the insurer.

210 Be that as it may, as far as 'terrorism' is concerned, the recent IRA bombing in the City has brought home to insurers and reinsurers the vast claims potential of this kind of incident and has prompted them to give thought to the problem of how far they can cover the risk of terrorism in a technically justified way.

Gestion des risques en responsabilité professionnelle des ingénieurs et des architectes

par

Laurent Arsenault*

A thorough analysis of the technical, commercial and legal risks facing today's professional engineer or architect forms the basis for the management of these risks and the minimization of their consequences. Prevention through quality control, astute insurance coverage selection and the promotion of alternate dispute resolution techniques are essential preventive risk management steps to be taken. Claims management approach and the relationship with the client during the claims resolution process are equally important in minimizing risks.

211



Introduction

Malgré le fait qu'il y ait quelque 300 nouvelles réclamations en responsabilité professionnelle de présentées au Québec chaque année, il n'y en a pratiquement aucune qui fasse l'objet d'une plainte aux comités de discipline des associations professionnelles respectives des ingénieurs et des architectes. Le processus disciplinaire n'est en fait surtout engagé que dans des cas de fraudes, de pratiques illégales ou de comportement abusif d'un professionnel. Les cas de citations pour incompétence grossière sont rarissimes. En fait, en alléguant l'erreur, l'omission ou la négligence, la réclamation elle-même constitue la forme concrète choisie par le client pour exprimer sa plainte

* Laurent Arsenault est directeur de la firme Gérance de Risques Spécialisés Internationale (ISRM) Liée à Montréal.

directement au professionnel et chercher à obtenir une réparation.

212 L'évolution du marché des services d'architecture et d'ingénierie au cours des années 80 s'est faite vers une intensification de la concurrence, une spécialisation plus poussée des divers métiers ou fonctions dans l'industrie de la construction et une pression constante à la baisse sur les honoraires. Les risques d'être impliqués dans une poursuite en responsabilité professionnelle se sont accrus en raison d'une prise de conscience, par les donneurs d'ouvrages, des recours à leur disposition et d'une attitude plus revendicatrice et exigeante de leur part. Pour les professionnels de la construction que sont les ingénieurs et les architectes, ces réalités se traduisent par l'obligation de revoir en profondeur leurs systèmes de production et de gestion. Il n'est plus possible pour eux de pratiquer leur profession comme il y a 20 ans ou plus à une époque où ils jouissaient d'un statut voire d'un prestige dans la société qui leur permettait de régler bien des problèmes par leur seule autorité ou leur pouvoir d'influence. Les obligations professionnelles des ingénieurs et des architectes sont aujourd'hui pleinement maintenues et basées sur les mêmes attentes de la société que par le passé mais les pressions commerciales réelles exercées par le marché sur eux sont de nature à multiplier les contraintes et nuire ainsi à la qualité de leurs services.

L'expérience de la gestion de réclamations par certaines incite certes à la prudence, mais elle permet néanmoins d'être positif et optimiste. Par une attitude prudente, une meilleure conscience des risques à tous les niveaux, une prévoyance accrue des problèmes et de leurs conséquences, bref par une approche davantage pro active plutôt que passive ou réactive, les professionnels de la construction constateront que la pratique de la profession sera non seulement aussi enrichissante qu'elle l'était auparavant mais qu'elle sera de plus mieux adaptée pour faire face aux réclamations ou aux litiges en responsabilité professionnelle.

Nous verrons plus loin en quoi consistent les principaux éléments de la gestion des risques professionnels des ingénieurs et des architectes. D'abord, nous verrons ce qu'il est opportun de faire pour prévenir les risques. Ensuite, nous décrirons les étapes du processus de gestion d'une réclamation, le comportement du professionnel dans ce processus, les rapports à entretenir avec le client pour faciliter le règlement sans s'exposer inutilement et maintenir, dans la mesure du possible, la relation d'affaires intacte.

Prévention et assurances

213

Analyse des risques

Nous pouvons identifier trois grandes catégories de risques : les risques techniques, commerciaux et légaux. Chacune de ces catégories peut conduire à des pertes économiques considérables si les risques se matérialisent.

Risques techniques

Ces risques sont ceux associés aux erreurs, omissions ou négligences commises par le professionnel dans l'exécution de ses mandats.

La première démarche consiste à passer en revue tous les cas de problèmes qui sont survenus dans le passé et d'en faire une analyse *post-mortem* critique. Cette analyse permettra d'identifier les causes sous-jacentes aux problèmes et les moyens qui auraient pu être pris pour les éviter. La plupart du temps, il découle d'une telle analyse une saine revue des systèmes internes de production et de contrôle et une identification des points faibles. Il est utile de considérer dans ce type de revue les cas de quasi-erreurs ou encore les cas où une lourdeur ou un comportement inquiétant du système a pu être observé.

Une autre démarche utile consiste à recueillir l'information à caractère générique, laquelle est offerte par diverses instances, sur l'expérience de cas vécus par d'autres professionnels et

vérifier si de tels cas sont susceptibles de survenir dans son entreprise.

On ne saurait accorder trop d'importance à la révision des systèmes de communication utilisés par le professionnel tant à l'interne qu'à l'externe. Un nombre important de litiges ne sont dus qu'à cette seule cause. La qualité des communications émanant du professionnel est un élément très important dans son profil de risque et doit être analysé en profondeur.

214

Afin de favoriser le partage des difficultés, la recherche commune de solutions ainsi que l'amélioration continue des procédures internes, il est également important de développer au sein de l'étude un climat de relations de travail et une culture d'entreprise qui soient empreintes de confiance et d'ouverture. Il est notoire qu'un climat de méfiance ou de chasse aux sorcières est très mauvais pour la prévention des risques parce qu'il nuit, dans un premier temps, à la libre circulation de l'information nécessaire à l'analyse des risques et à la solution des cas-problèmes par la suite.

Risques commerciaux

Ce type de risques est lié à la relation d'affaires qu'entretient le professionnel avec son client. Il est important d'identifier les facteurs susceptibles d'affecter l'attitude du client et sa disposition à payer ses dus. La solvabilité du client, son histoire en tant que payeur, ses tendances à prendre des procédures judiciaires, sa sensibilité ou son attitude face à la qualité, aux coûts, aux délais, son attitude face aux conseils qu'il reçoit de ses professionnels sont autant de points à vérifier et sur lesquels le professionnel a intérêt à s'enquérir et à se faire une opinion avant d'accepter un mandat. Tout ce qui contribue à créer une relation d'affaires ouverte et harmonieuse contribue également à diminuer les risques.

En fonction du résultat de cette évaluation, il est nécessaire de revoir les contrats ou les formules de réalisation des projets que le client entend utiliser et juger de leur adéquation face aux attentes et objectifs du client. Le professionnel doit alors

s'assurer que tous les moyens organisationnels et contractuels pour atteindre ces objectifs sont bien en place. À titre d'exemple, le client qui insiste sur un prix fixe ne saurait accepter une formule de réalisation accélérée (en anglais *fast-track*) compte tenu de ses imprécisions et de ses chevauchements. De même, un client pointilleux sur la qualité de l'ouvrage ne devrait pas se contenter d'une surveillance partielle des travaux par les professionnels.

Les praticiens professionnels savent, par exemple, que certains clients ont des conditions extrêmement exigeantes tout en tenant très serrés les cordons de leur bourse. C'est au professionnel qu'il revient de juger, selon les éléments qu'il aura évalués, s'il doit accepter ou non un mandat.

215

Risques légaux

Sous ce vocable, on désigne les risques plus spécifiquement reliés aux contrats et aux clauses plus ou moins claires qu'ils peuvent contenir. Y figurent également le degré de connaissance des employés du professionnel relativement aux termes, conditions et obligations des contrats de la firme ou des travaux qu'elle réalise. L'appréciation de ces risques ne peut vraiment être bien faite que par un avocat spécialisé en droit de la construction. Lorsque c'est possible, il est important d'utiliser ses propres formules de contrat plutôt que celles des autres.

Le professionnel devrait avoir recours à un conseiller juridique qui est au fait de la nature de ses activités et des particularités du fonctionnement de sa firme. Toute question douteuse devrait lui être soumise ne serait-ce que pour avoir un avis préliminaire sur une base informelle.

Prévention

Les efforts de prévention des risques par les professionnels doivent d'abord porter sur les systèmes internes de contrôle de la qualité. Des procédures simples et efficaces doivent être mises sur pied et enseignées à tous les nouveaux arrivants. Elles doivent être perçues comme un cadre de référence essentiel à la

bonne pratique et non comme un carcan. Il existe dans l'industrie de nombreux documents, produits la plupart du temps par des associations professionnelles, qui peuvent servir de guide au développement et à l'implantation d'un système de contrôle propre à l'entreprise. Le manuel de procédures servira, en premier lieu, d'outil de formation aux méthodes particulières de la firme et aussi de recueil de textes de référence susceptibles de générer la réflexion et de renseigner les professionnels sur des sujets complexes et potentiellement générateurs d'erreurs ou de fautes.

216

Il est important de favoriser et de maximiser le développement professionnel et la compétence technique de toutes les ressources productives de la firme. Une carence à ces niveaux est souvent à la source des problèmes et par conséquent des réclamations. Il arrive que le professionnel ou l'un de ses employés soit appelé à donner très rapidement un avis sur diverses questions émanant d'un chantier de construction: ce peut être une demande d'acceptation d'une équivalence ou d'une substitution de matériaux, une approbation d'un changement aux plans, une consultation au sujet d'un procédé ou des méthodes de construction de l'entrepreneur, etc. Les sujets sont nombreux et, règle générale, si le professionnel de la construction est consulté, c'est que l'on s'attend à ce qu'il ait les connaissances de base nécessaires et une capacité supérieure d'imaginer des solutions en raison de ses qualifications. Donc, seule une actualisation continue de ses connaissances peut permettre au professionnel d'avoir suffisamment d'information pour faire face à ces situations sans perdre sa crédibilité. La base même de son autorité professionnelle réside dans l'étendue et la pertinence de ses connaissances.

Il est aussi primordial, une fois le chantier entrepris, de définir clairement les rôles et les responsabilités de chaque participant de même que les canaux et les fréquences de communication. Un organigramme de projet devrait être préparé dès le début et distribué à tous les intéressés. Le même exercice doit aussi être fait à l'interne. Les concepts de gestion de projet y trouvent toute leur valeur à prévenir, par une bonne

communication, les méprises quant au partage des responsabilités. Une procédure rigoureuse de vérification de la production (plans, devis, correspondances, avis de changements, etc.) et de documentation ordonnée des activités du chantier doit être établie et strictement respectée. Une personne devrait être spécialement affectée au suivi de ce contrôle pour s'assurer que les documents prévus sont effectivement émis et distribués et pour tenir des registres clairs et complets des émissions et des communications. L'urgence à réagir à certaines situations ou encore la tendance à négliger d'être formel pour des cas en apparence mineurs ne sont pas des justifications valables pour faire exception aux règles établies. L'expérience a montré que c'est précisément lorsqu'il y a eu laxisme à ce niveau que les risques se sont manifestés ou qu'ils se sont révélés beaucoup plus difficiles à contrôler.

217

De plus, une attention particulière doit impérativement être portée au traitement des activités de surveillance des chantiers et à la solution des problèmes qui y surviennent. Il faut prévoir des personnes ressources à l'interne lesquelles seront consultées et informées régulièrement de l'évolution du chantier pour leur en faciliter le suivi. Une source fréquente de difficultés réside dans l'inexpérience relative du personnel affecté au chantier. Une interaction senior/junior doit être favorisée pour développer l'expérience pratique des intervenants au chantier.

L'assurance de la responsabilité

La meilleure analyse de risques et les meilleures activités de prévention ne peuvent éliminer complètement les possibilités d'une réclamation et leurs conséquences. Pour se protéger, le professionnel doit se procurer une assurance de la responsabilité professionnelle. Celle-ci couvre les conséquences monétaires d'erreurs, d'omissions ou de négligences et également les frais de défense sauf s'il y a eu des arrangements contraires. De concert avec son courtier, le professionnel doit, afin d'établir les couvertures requises, évaluer sa limite de risque financier acceptable pour établir un niveau de franchise ou d'auto-

assurance convenable de même que l'envergure possible des risques dommageables.

Dans l'analyse précédant l'achat d'assurance, il est important de tenir compte des coûts indirects et de la perte de temps découlant d'une réclamation. Le professionnel est tenu de collaborer entièrement avec l'assureur dans ses démarches de gestion du dossier de même que dans sa défense. Ceci représente presque toujours un investissement en temps considérable.

218

Il est également opportun de bien conscientiser les participants d'un projet à la portée des différentes couvertures d'assurance présentes dans le document contractuel du projet. Il s'y trouve des restrictions tout comme des recours qui, lorsqu'ils sont bien compris de tous, peuvent parfois être utiles dans la recherche d'une solution. À titre d'exemple, mentionnons les cautions des entrepreneurs qui, pour les professionnels, représentent un moyen de pression efficace lorsqu'il y a non-conformité des ouvrages aux plans et devis et un refus d'un entrepreneur de suivre les directives du professionnel.

Techniques alternatives de résolution des conflits

Mieux connues sous leur acronyme anglais ADR (pour Alternate Dispute Resolution), ces techniques nouvelles sont une solution à envisager pour réduire les coûts rattachés aux règlements des litiges, coûts tant légaux qu'internes pour tout participant à un projet de construction. Il se dessine présentement une nette tendance à la faveur de ces techniques. Celles-ci sont variées et peuvent être, à titre d'exemples, la constitution d'un panel d'arbitrage ou de médiation avant le début des travaux, le dépôt de document de préparation de soumission en fidéicommiss ou l'établissement d'une charte de partenariat pour un projet.

Les professionnels ont tout intérêt à se familiariser avec ces techniques, à les développer et à les maîtriser pour en faire bénéficier leurs clients. Ceux-ci seront informés de l'existence de ces techniques comme étant des moyens d'éviter les conflits et leurs conséquences. Le fonctionnement et les avantages à en retirer leur seront expliqués. Ces techniques sont de nature à

livrer au client ce qu'il s'attend d'avoir, c'est-à-dire un ouvrage complet, exempt de défauts et au prix prévu. L'« hyperlégalisation » des rapports entre les intervenants à l'acte de construire conduit à un cantonnement des positions de chacun, à une pratique protectrice et défensive axée sur ses seuls intérêts et généralement à des litiges. La solidarité des intervenants face à leurs responsabilités à l'égard du propriétaire de l'ouvrage devrait les encourager au contraire à agir de manière conjointe et solidaire dès le début. L'objectif des techniques ADR est de favoriser le maintien du climat de solidarité même en cas de litiges et d'en accélérer le traitement, le cas échéant, à la satisfaction de tous.

219

Processus de gestion d'une réclamation

Nous décrivons ici dans ses grandes lignes le processus de gestion d'une réclamation afin d'en illustrer le fonctionnement et de relever au passage les points d'intérêt pour le professionnel.

Au Canada, la pratique courante en matière d'assurance de la responsabilité professionnelle pour ingénieurs et architectes est d'exiger, dans le contrat d'assurance, que le professionnel avise le plus tôt possible son assureur de l'existence d'un risque de réclamation. Celle-ci peut se présenter de plusieurs façons. Le professionnel peut faire lui-même le constat d'une erreur dans ses plans ou dans ses calculs ou encore il peut observer un défaut dans l'ouvrage d'une de ses parties relevant de son mandat. Le propriétaire peut l'aviser d'un problème et lui demander son avis quant à une solution possible. Viennent ensuite par ordre de sévérité progressive la lettre de mise en demeure du propriétaire ou de ses procureurs et la poursuite en bonne et due forme. Le stade de détérioration des dommages est également très variable.

Dès qu'il a connaissance d'un problème pouvant faire l'objet d'une réclamation, le professionnel se doit d'en aviser, sans tarder, son assureur non seulement parce que son contrat l'exige mais parce qu'il est dans son propre intérêt de le faire. Tout d'abord, il y a lieu de savoir que donner un tel avis n'affecte normalement pas, aux yeux de l'assureur, la cote de

risque du professionnel et le niveau de ses primes. Ensuite, contrairement aux autres secteurs de l'assurance générale où les réclamations ne sont présentées que lorsque le sinistre a eu lieu et que tous les dommages causés sont connus, les problèmes ou les circonstances à l'origine d'une réclamation, lesquels incitent le propriétaire à réclamer, sont en état de latence et peuvent être encore corrigés à un coût raisonnable. C'est pour se prévaloir de toutes les possibilités de redressement des conditions de chantier et d'éventuelles ententes à l'amiable possibles que l'assureur exige un avis rapide. Il peut ainsi intervenir beaucoup plus tôt et aider le professionnel en difficulté à satisfaire les attentes de son client tout en minimisant son risque.

Dès qu'un assureur reçoit un avis, la première démarche consiste à mandater un bureau d'expertise lequel doit, en premier lieu, établir si la couverture d'assurance s'applique ou, le cas échéant, à quels éléments de la réclamation lorsqu'elle est présentée de façon détaillée, la couverture d'assurance entre en jeu. En deuxième lieu, le bureau procède à l'enquête proprement dite. Le professionnel est tenu en vertu de son contrat d'assurance de donner son entière collaboration, ce qui est d'ailleurs dans son intérêt. L'objet de cette étape est tout simplement d'établir le bien-fondé des allégations, c'est-à-dire de faire les expertises nécessaires afin d'évaluer la nature et l'étendue des problèmes à l'origine de la réclamation, leurs causes et les solutions possibles au moindre coût. Il est d'une importance capitale à ce stade, tant pour le professionnel que pour son assureur, d'exercer le maximum de contrôle possible sur les démarches de redressement pour en limiter le coût au strict minimum. Quelle que soit l'issue des négociations (ou à la limite l'issue d'un procès), quant au partage des responsabilités et des coûts, il est toujours préférable de procéder à partir du plus faible quantum possible. La tendance classique de la plupart des propriétaires réclamants en situation de problèmes est d'exiger plus que ce qui a été fourni en premier lieu. Si d'autres professionnels sont engagés pour faire une expertise, les termes de leur engagement seront presque à coup sûr beaucoup plus stricts que ceux du premier professionnel. C'est en soutenant son

client et en l'aidant à régler ses problèmes, sans jamais pour autant admettre sa responsabilité, que le professionnel fera montre d'une bonne volonté, ce qui peut favoriser le règlement éventuel du litige au moindre coût.

Les efforts qu'il fournira à voir à ce que les déficiences soient corrigées seront favorablement perçus par le client. Ceci aura comme conséquence de diminuer une possible tentation d'interrompre sa relation d'affaires.

Le professionnel doit toujours demeurer prudent dans ses démarches pour éviter d'aggraver la situation si l'affaire est portée devant les tribunaux. Par exemple, il est important d'apporter au dossier toutes les informations pertinentes. Il ne faut surtout pas se fier à la mémoire des participants au projet, surtout que les délais entre la présentation d'une réclamation et l'audition devant les tribunaux sont très longs. Ils se mesurent en terme d'années. Plus un dossier est complet, plus les chances de gagner devant les tribunaux sont importantes.

Le professionnel est parfois appelé à témoigner comme expert dans une cause impliquant un autre professionnel. Il ne doit surtout pas perdre de vue que son rôle consiste à donner à la cour une opinion professionnelle claire, objective et impartiale. Notre système judiciaire étant contradictoire par nature, il en résulte une pression très forte sur le professionnel pour qu'il fasse l'équivalent d'une plaidoirie technique. S'il peut se montrer flexible sur la forme de son rapport d'expertise pour en faciliter la compréhension, il ne doit, en aucun cas, accepter de modifier le fond de son opinion pour mieux convenir aux vues du procureur qui l'engage. De plus, en utilisant dans son rapport un langage sobre et impartial, le professionnel évitera les interprétations abusives de ses conclusions. En fait, il ne doit surtout pas oublier que dénigrer trop durement un confrère peut nuire à la crédibilité de la profession toute entière. Il se doit donc d'être neutre et impartial et se rappeler que le jugement professionnel qu'il portera sur la performance d'un de ses pairs peut être déterminant dans l'issue du procès.

Rapports avec le client

222

C'est au niveau de sa relation professionnelle avec son client que l'ingénieur ou l'architecte peut exercer le maximum de contrôle sur ses risques. On ne saurait trop insister sur l'importance primordiale d'une communication ouverte, complète et fréquente entre le professionnel et son client. Comme celui-ci ne dispose pas de l'expertise du professionnel, il doit s'en remettre complètement à lui. Toute l'étendue des obligations du professionnel provient de cette vulnérabilité. Il se doit de guider son client et de voir à la protection de ses intérêts avant les siens.

De plus, le professionnel se doit de toujours garder à l'esprit les raisons pour lesquelles il est mandaté. C'est d'abord et avant tout pour agir en tant que conseiller. Le client se fie sur son expertise et ses connaissances pour prendre les décisions qui le mèneront à l'atteinte de ses objectifs. Les ingénieurs et les architectes ont tendance à oublier qu'il ne leur appartient pas de prendre les décisions pour leur client mais plutôt d'exposer les faits et les risques que comporte un choix plutôt qu'un autre et de laisser au client la liberté de décider.

La notion de consentement éclairé, très chère à la profession médicale, s'applique aux professionnels de la construction. En fait, elle peut même les aider à réduire leurs risques. En effet, par une exposition bien détaillée et précise des avantages et des inconvénients de diverses options pouvant avoir été présentées par des tiers, le professionnel peut amener son client à choisir ce qu'il lui recommande. Si le client décide de ne pas suivre les recommandations qui lui sont faites et que le choix du client se révèle inopportun, le professionnel disposera alors d'un moyen de défense supplémentaire advenant une réclamation. Dans un tel cas, le professionnel devrait consulter son conseiller juridique afin de bien protéger sa position et soustraire de sa responsabilité éventuelle les éléments de l'ouvrage affecté par la décision du client.

Dans la réalisation d'un projet, il arrive souvent que les entrepreneurs, pour réduire leurs coûts, remettent en question

certaines éléments des plans et devis et proposent des solutions de remplacement. Le professionnel se doit d'être vigilant et de bien évaluer toutes les conséquences des changements proposés sur l'ensemble de l'ouvrage. L'entrepreneur ou ses sous-traitants n'ont souvent qu'une vision limitée de la portée des changements qu'ils proposent. C'est à l'ingénieur ou à l'architecte de voir à protéger le client contre les conséquences générales d'un changement donné et ceci en dépit des fortes pressions parfois exercées par un entrepreneur.

C'est en établissant dès le départ son autorité professionnelle et en faisant preuve de fermeté face aux tentatives qu'on fera pour influencer son opinion que le professionnel peut garder le contrôle des travaux qui le concernent. Un professionnel influençable ou indécis perdra la confiance de son client qui sera invariablement porté à lui imputer la responsabilité des problèmes de son ouvrage. Tel que nous l'avons discuté au chapitre précédent, le professionnel qui sait maintenir de bons rapports avec son client, qui sait bien le guider pourra plus facilement, s'il survient un problème relevant de sa responsabilité, trouver la solution, en contrôler les conséquences et garder entière la confiance de son client.

223

Conclusion

Les ingénieurs et les architectes pratiquent leur profession en étant exposés à des risques réels de réclamations portant sur leur responsabilité professionnelle. Selon les statistiques des assureurs, il y aurait en moyenne 30 réclamations de présentées pour 100 polices d'assurances émises chaque année.

Reflet d'une propension accrue à réclamer chez les donneurs d'ouvrage, cette réalité impose une révision en profondeur et un ajustement des pratiques des professionnels. Cependant, de tels risques ne présentent pas de problèmes insolubles et le but du présent article était de faire un survol des divers moyens disponibles pour les résoudre.

Ces moyens ne servent pas uniquement à protéger les professionnels de la construction. Ils contribuent également à

améliorer la qualité des services qu'ils offrent et à rendre plus ouverte, plus harmonieuse et plus agréable, la relation d'affaires avec les clients.

The Insurance Company's Right to be Wrong*

by

Douglas G. Houser**

En accordant aux compagnies d'assurance le droit de contester certaines réclamations, les tribunaux américains concourent à rétablir un juste équilibre entre le droit du demandeur à obtenir des dommages et intérêts lorsqu'une réclamation lui est intentionnellement et injustement niée et le droit de la compagnie d'assurance à refuser d'indemniser le demandeur pour un sinistre qu'elle juge douteux.

225

Reconnaître la bonne foi comme étant une affaire de loi contribue, à long terme, à réduire les primes d'assurance et à rendre plus stable l'expérience des compagnies d'assurances. Celles-ci ont aussi le droit, selon l'auteur, de commettre des erreurs en toute bonne foi.



Introduction

One of the biggest concerns insurance companies (and insurance company executives)¹ face is the dramatic rise in

* Published in the *Tort & Insurance Law Journal*, Volume XXVII, Number 3, Spring 1992 and reprinted by permission of the American Bar Association (Copyright © 1993 American Bar Association).

** Douglas G. Houser is a partner in Bullivant, Houser, Bailey, Pendergrass & Hoffman, Portland, Oregon. He received his J.D. from Stanford University and is Past Chair of the Tort & Insurance Practice Section of the American Bar Association.

¹ *Republic Ins. Co. v. Hires*, 810 P. 2d 790, 796 n.5 (Nev. 1991) (suggesting the possibility of a shareholders' "class action suit against the insurance company employees responsible for the acts giving rise to a "bad faith" punitive damages award); Komblum, *Current State of Bad Faith and Punitive Damage Litigation in the U.S.*, 23 *Tort & Ins. L.J.* 812, 813-14 (1988).

potential liability for extracontractual damages for "bad faith" in first-party claims. Many courts have recognized the misuse and abuse by claimants and overly aggressive plaintiffs' lawyers who frequently make unfounded "boilerplate" allegations of "bad faith" in virtually every first-party claim related to a coverage or claims handling dispute.² Plaintiffs' advocates alleging "bad faith" against insurers for the alleged mishandling of their insureds' claims result in jury verdicts and "blood money" settlements that probably cost insurance companies and the insurance-buying public hundreds of millions of dollars each year.³

The tort of first party bad-faith is usually said to have originated in California in 1968⁴ and is sometimes referred to as the "second California gold rush."⁵ Thirty-five jurisdictions now appear to recognize a first party bad faith cause of action.⁶ Fourteen states appear to have rejected first-party "bad faith" claims.⁷

The standard for first party bad faith frequently varies from state to state. Often a subjective element is required to determine whether the insurer, in bad faith, denied or delayed payment of a claim.⁸ Claimants must prove the insurer's blameworthy state of

²See LITIGATION RESEARCH GROUP, *INSURANCE BAD FAITH VERDICTS & SETTLEMENTS* 42-43, 46 (T. Hicks ed. 1986) (hereinafter *VERDICTS*), (citing *Mason v. National Indem. Co.*, No. P-535 (S.D. Miss. May 1984) (bad faith claim settled for \$145,000 over \$10,000 uninsured motorist coverage dispute); *Fisher v. Twentieth Century Ins. Co.*, C 289 277 (Cal. Super. Cr. 1984) (delay in paying \$544 for auto repair resulted in \$600,000 verdict for plaintiff).

³Kornblum, *supra*, at 821. The total amount of punitive damages against insurance companies in California courts between January 1983 to March 1985 was over \$165 million. Kornblum, *First Party Insurance Bad Faith: A Defense Perspective*, 1 D.R.I. 2 n. 1 (1988). For general information on bad faith verdicts and settlements, see *VERDICTS supra* note 2.

⁴See *Wetherbee v. United Ins. Co.*, 71 Cal. Rptr. 764 (Ct. App. 1968).

⁵Caffrey, *Bad Faith: A Commentary*, 17 U. WEST L.A. L. REV. 1, 4 (1985).

⁶S. ASHLEY, *BAD FAITH ACTIONS, LIABILITY AND DAMAGES*, § 2.22, at 65 (1985 & Supp. 1991); *if.*, § 5.02, at 2. (hereinafter *ASHLEY*).

⁷ASHLEY, *supra* note 6, § 2.22. The law in Illinois and Maine remains unclear.

⁸See *Washington v. Group Hospitalization, Inc.*, 585 F. Supp. 517 (D.D.C. 1984); *Atlas Carriers, Inc. v. Transport Ins. Co.*, 584 F. Supp. 50 (E.D. Ark. 1983); *Coleman v. Gulf Life Ins. Co.*, 514 So. 2d 944 (Ala. 1987); *Hawkins v. Allstate Ins. Co.*, 733 P. 2d

mind in denying or delaying payment. The courts have recognized that insurers have a duty to question appropriate claims and that there is no duty to pay claims for which there is no coverage. An emerging national trend is clearly developing in response to first-party bad faith actions.

The courts seem to have recognized and are becoming increasingly sensitive to the fact that insurance companies are as equally obligated to *deny* "bad" claims as they are to *pay* "good" claims. Insurance companies and society in general cannot afford the "bad faith-punitive damages lottery" that permits a few insureds to recover millions of dollars in extra damages that must then ultimately be paid by the great mass of innocent premium-paying insureds. Courts are increasingly willing to dismiss bad faith claims as a matter of law where the insurer has an arguable or "fairly debatable" basis for denying coverage or delaying payment. Courts are increasingly willing to dismiss bad faith claims as a matter of law where the insurer has an arguable or "fairly debatable" basis for denying coverage or delaying payment. Courts recognize that the insurer ought to be able to challenge a fairly reasonably debatable claim without facing a bad faith claim. Recently, many states have adopted standards requiring clear and convincing evidence before awarding punitive damages.⁹ In addition, there has been a greater acceptance of summary judgment motions.¹⁰ The acceptance by many states of the principle that insurance companies have a good faith right to be wrong as a matter of law is proving to be a lethal weapon in the defense of unfounded bad faith claims.

227

The Reasonableness Test

The test for good faith is sometimes said to be the Biblical Golden Rule: "Do unto others as you would have them do unto you." Lawyers sometimes call this "reasonableness." While the standard for first-party bad faith varies from jurisdiction to

1073 (Ariz.), *cert. denied*, 484 U.S. 874 (1987); *Travelers Ins. Co. v. Savio*, 706 P. 2d 1258 (Colo. 1985); ASHLEY, *supra* note 6, § 5.02, at 2.

⁹1987 Ala. Acts 87-185; Ind. Code § 34-4-34-2.

¹⁰*Celotex Corp. v. Catrett*, 477 U.S. 317, 327 (1986).

jurisdiction, all jurisdictions seem to incorporate some form of reasonableness standard. The most common is a two-part test, or the "fairly debatable" test.

228 The two-part test for first-party bad faith is followed by many jurisdictions.¹¹ Under this test, "bad faith" claimants have the burden to prove: (1) that the insurer's conduct was both unreasonable and (2) that the insurer intentionally denied a claim or delayed payment of a claim that the insurance company knew to be valid or showed a reckless disregard of the fact that a valid claim had been submitted.

Courts uniformly reject a strict liability standard for bad faith claims,¹² and most have held that negligence alone is insufficient to trigger liability on an insurer for the tort of bad faith.¹³ Therefore, to satisfy the "fairly debatable" test, the plaintiff must "go beyond a mere showing of nonpayment and prove a bad faith nonpayment, a nonpayment without any reasonable ground for dispute."¹⁴ In other words, bad faith requires the showing of a "frivolous or unfounded refusal to pay."¹⁵

Under the reasonableness inquiry, courts must determine whether a reasonable insurer under the particular facts and circumstances would have denied or delayed payment of the claim. The absence of a legitimate, arguable, or fairly debatable reason for denial of coverage is one of the ultimate material facts

¹¹See, e.g., *National Sec. Fire & Cas. Co. v. Bowen*, 417 So. 2d 179, 183 (Ala. 1982); *Linthicum v. Nationwide Life Ins. Co.*, 723 P. 2d 703, 711 (Ariz. Ct. App. 1985), modified, 723 P. 2d 675 (Ariz. 1986); *Travelers Ins. Co. v. Savio*, 706 P. 2d 1258 (Colo. 1985); *Koral Indus. v. Security Conn. Life Ins. Co.*, 788 S.W. 2d 136, 147 (Tex. Ct. App.), writ denied, 802 S.W. 2d 650 (1990).

¹²See, e.g., *McLaughlin v. Alabama Farn Bureau Mut. Cas. Ins. Co.*, 437 So. 2d 86, 89-90 (Ala. 1983); *ASHLEY*, *supra* n. 6, § 5:03, at 6.

¹³See, e.g., *Trus Joist Corp. v. Safeco Ins. Co. of Am.*, 735 P. 2d 125 (Ariz. Ct. App. 1987).

¹⁴*National Sav. Life Ins. Co. v. Dutton*, 419 So. 2d 1357, 1361 (Ala. 1982).

¹⁵*United Nuclear Corp. v. Allendale Mut. ins. Co.*, 109 P. 2d 649, 654 (N.M. 1985).

upon which the insured claimant has the burden of proof.¹⁶ As long as the insurer has a reasonable basis for denying or delaying payment, the insurer should not be liable for bad faith. This is a simple matter of fairness. All persons, including insurance companies, should have the right to their day in court. The price of losing a trial should not be millions of dollars in punitive damages.

While the plaintiff has the burden to show that the insurer was unreasonable, the insurer may want to make out a prima facie case of reasonableness to foreclose any bad faith claim. For example, arson may be an affirmative defense to a first-party fire insurance claim. In most jurisdictions, an insurer makes a prima facie case of arson and, therefore, "reasonableness" to defeat a bad faith claim when it shows through circumstantial evidence that: (1) the fire was of incendiary origin; and (2) that the insured had a motive.¹⁷ It should only be necessary to show that reasonable persons could believe these elements existed after a reasonable investigation.¹⁸ If a jury question on the issue of arson is present then "reasonable minds could disagree" about whether a plaintiff engaged in arson. Therefore, the insured should not be entitled to recover on a "bad faith" claim as a matter of law.¹⁹ The insurance company should have the right to be wrong.

If the claimant hopes to avoid dismissal of bad faith claims as a matter of law, the claimant must try and make a showing of

¹⁶*E.g.*, *Williamson v. Emasco Ins. Co.*, 696 F. Supp. 1583 (W.D. Okla. 1988); *Bryant v. Kemper Ins. Co.*, 542 A. 2d 347 (Del. Super. 1988); *Greene v. Truck Ins. Exch.*, 753 P. 2d 274, 279 (Idaho 1988), *rev. denied*, 776 P. 2d 829 (Idaho 1989); *Hopkins v. North Am. Co. for Life & Health Ins.*, 594 S.W. 2d 310, 318 (Mo. Ct. App. 1980); *Nelms v. Tennessee Farmers Mut. Ins. Co.*, 613 S.W. 2d 481 (Tenn. Ct. App. 1978).

¹⁷*See* D. WALL, LITIGATION AND PREVENTION OF INSURER BAD FAITH § 11.11, at 380 (1985).

¹⁸*See* *Continental Cas. Co. v. Howard*, 775 F. 2d 876, 879-81 (7th Cir. 1985) (applying Indiana law), *cert. denied*, 475 U.S. 1122 (1986); *Davidson v. State Farm Fire & Cas. Co.*, 641 F. Supp. 503, 507, 510 (N.D. Miss. 1986); *Harrison v. Nationwide Mut. Fire Ins. Co.*, 580 F. Supp. 133, 135-36 (E.D. Pa. 1983); *Watson v. State Farm Fire & Cas. Co.*, 461 N.E. 2d 57, 59-61 (Ill. Ct. App. 1984); *Travelers Indem. Co. v. Woods*, 663 S.W. 2d 392, 397 (Mo. Ct. App. 1983).

¹⁹*E.g.*, *St. Paul Lloyd's Ins. Co. v. Fong Chun Huang*, 808 S.W. 2d 524 (Tex. Ct. App.), *error denied* (Sept. 5, 1991).

knowledge or recklessness by the insurance company through the lack of a reasonable basis for denial of a claim.

230

The second element of the test reflects a reasonable balance between the right of an insurance carrier to reject a non-compensable claim submitted by its insured and the obligation of such carrier to investigate and ultimately approve a valid claim of its insured. If an insurer does not know that its denial or delay in processing a claim filed by its insured is unreasonable, and does not act with reckless disregard of a valid claim, the insurer's conduct would be based upon a permissible, albeit mistaken, belief that the claim is not compensable.²⁰

An insurance company's potential extracontractual liability for denial of claims requires that the insured in the first-party context establish the insurance company's knowledge or reckless disregard that a valid claim was submitted. This "right to disagree" rule²¹ is premised on the theory that

the insurer is permitted to dispute its liability in good faith because of the prohibitive social costs of a rule which would make claims non-disputable. Insurance companies burdened with such liability would either close their doors or increase premium rates to the point where only the rich could afford insurance.²²

Numerous jurisdictions have expressly or by implication adopted the rule that an insurer may deny a claim without fear of incurring bad faith liability if the denial was based on a debatable or arguable question.²³ That being the case, the courts of this nation appear increasingly willing to dismiss "bad faith" claims *as a matter of law* through pretrial motions.

²⁰Travelers Ins. Co. v. Savio, 706 P. 2d 1258, 1275 (Colo. 1985).

²¹Westers v. Auto-owners Ins. Co., 711 F. Supp. 946 (S.D. Ind. 1989).

²²*Id.* at 948-49 (quoting Vernon Fire & Cas. ins. Co. v. Sharp, 349 N.E. 2d 173 (Ind. 1976)).

²³See cases cited in Appendix.

If an insurer can produce sufficient evidence to create a jury issue on the question of coverage, then there is clearly a "fairly debatable" coverage question, and a court should dismiss any accompanying bad faith claim. A jury may ultimately determine that the insurance company was wrong on the issue of coverage, but the jury should not be permitted to consider imposition of extracontractual bad faith damages as a consequence of the company's challenge to the fairly debatable claim. "{W}here a claim is fairly debatable, the insurer is entitled to debate it and there is no bad faith on its part in doing so."²⁴

Good Faith as a Matter of Law

Dutton Rule or the Directed Verdict Test

"Good faith as a matter of law" can be traced to the leading case of *National Savings Life Ins. Co. v. Dutton*.²⁵ In that case, the court set out the standard to be applied to the issue of whether the insurer had a reasonably debatable basis for denying coverage.

{I}n the normal and ordinary case, if the evidence produced by either side creates a fact issue with regard to the validity of the claim and, thus, the legitimacy of the denial thereof, the tort claim must fail and should not be submitted to the jury.²⁶

The *Dutton* court recognized that if the insurer took a reasonable position in regard to an insurance claim based on the evidence, then the insurer is not liable for bad faith as a matter of law. A bad faith claim should not be successful unless reasonable minds could not disagree about the insured's right to collect under the policy, and the court is prepared to enter a directed

²⁴*Dirks v. Farm Bureau Mut. Ins. Co.*, 465 N.W. 2d 857, 861 (Iowa 1991). See also *Westers*, 711 F. Supp. at 946; *Knutilla v. Auto-Owners Ins. Co.*, 578 So. 2d 1359 (Ala. Civ. App. 1991); *Aranda v. Insurance Co. of N. Am.*, 748 S.W. 2d 210 (Tex. 1988).

²⁵419 So. 2d 1357 (Ala. 1982).

²⁶*State Farm Fire & Cas. Co. v. Balmer*, 672 F. Supp. 1395 1403 (M.D. Ala. 1987), *aff'd*, 891 F. 2d 874 (11th Cir. 1990).

232

verdict for the claimant on an insurance contract claim. The Alabama court has said that to make out a *prima facie* case of bad faith, the plaintiff must be entitled to a directed verdict on his policy claim, but he need not actually obtain one.²⁷ Alternatively, if a directed verdict cannot be entered for the plaintiff because reasonable minds could disagree about the plaintiff's right to recover under the policy, then the insurance company should be entitled to a directed verdict on the plaintiff's bad faith claim. "This test is intended as an objective standard by which to measure plaintiff's compliance with his burden of proving that defendant's denial of payment was without any reasonable basis either in fact or law;" that defendant's defense to the contract claim is not fairly debatable.²⁸

The "directed verdict on the contract claim" test has been followed or applied by 36 states, as set out in the Appendix. Only three states seem to have explicitly rejected this test.²⁹ The analysis has been effectively applied in jurisdictions that determine first-party bad faith claims under either the two-part test or the "fairly debatable" standard.³⁰ Furthermore, an insurer need not wait until trial to have first-party bad faith claims dismissed as a matter of law. An insurer's good faith can

²⁷Morton v. Allstate Ins. Co., 486 So. 2d 1263 (Ala. 1986).

²⁸Safeco Ins. Co. of Am. v. Sims, 435 So. 2d 1219, 1224 (Ala. 1983) (Jones, J., concurring).

²⁹Bilden v. United Equitable Ins. Co., 921 F. 2d 822 (8th Cir. 1990) (applying North Dakota law). For a critique condemning the "shallow and ill-formed decision" in *Bilden*, see bad Faith Law Report 42-43 (Mar. 1991); Linthicum v. Nationwide Life Ins. Co., 723 P. 2d 703, 712 (Ariz. Ct. App. 1985), *modified*, 723 P. 2d 675 (Ariz. 1986); Reuter v. State Farm Mut. Auto. Ins. Co., 469 N.W. 2d 250, 254 (Iowa 1991) ("We do not agree that the mere denial of a plaintiff's motion for a directed verdict automatically establishes that the issue is 'fairly debatable.'"). See also *Robinson v. State Farm Fire & Cas. Co.*, 583 So. 2d 1063 (Fla. Dist. Ct. App. 1991) (rejecting good faith as a matter of law).

³⁰International Indem. Co. v. Collins, 367 S.E. 2d 786 (Ga. 1988); Dirks v. Farm Bureau Mut. Ins. Co., 465 N.W. 2d 857 (Iowa 1991); St. Paul Lloyd's Ins. Co. v. Fong Chun Huang, 808 S.W. 2d 524 (Tex. Ct. App. 1991), *error denied*, (Sept. 5, 1991); St. Paul Fire & Marine Ins. Co. v. Cumiskey, 665 P. 2d 223 (Mont. 1983); Mills v. Regent Ins. Co., 449 N.W. 2d 294 (Wis. Ct. App. 1989). See also *infra* notes 35-51 and accompanying text.

frequently be decided before trial in a motion for summary judgment.³¹

Summary Judgment

It is well established that, as a general rule, summary judgment cannot be granted if there is a genuine question of fact about any material issue in dispute. However, in this instance, the insurance company can use that standard to assist in obtaining summary judgment on a first-party "bad faith" claim. If there is a question of fact about whether the plaintiff is entitled to coverage and recovery under the policy, then summary judgment should be entered in favor of the insurer on the bad faith claim. If plaintiff's contract claim is fairly debatable, and therefore must be decided by a jury, then the insurer should be entitled to summary judgment because it is entitled to contest debatable claims.

233

As it happens, this national trend permitting dismissal of bad faith claims as a matter of law coincides with an increased willingness on the part of courts to use summary judgment as a means of curtailing the "unwarranted consumption of public and private resources."³² The U.S. Supreme Court recently added new teeth to the summary judgment motion, and federal courts in particular have responded.³³ "The Court has transformed the summary judgment motion into a pretrial directed verdict motion adopting both the burdens of proof and evidentiary weighing of the directed verdict."³⁴ The following representative cases

³¹See *Polk v. Dixie Ins. Co.*, 897 F. 2d 1346 (5th Cir. 1990); *Westers v. Auto-owners Ins. Co.*, 711 F. Supp. 946 (S.D. Ind. 1989); *Williamson v. Emasco Ins. Co.*, 696 F. Supp. 1583 (W.D. Okla. 1988); *Reliance Ins. Co. v. Barile Excavating & Pipeline Co.*, 685 F. Supp. 839 (M.D. Fla. 1988); *Stevenson v. Union Standard Ins. Co.*, 746 S.W. 2d 39 (Ark. 1988); *AMCO Ins. Co. v. Stammer*, 411 N.W. 2d 709 (Iowa Ct. App. 1987); *Shields v. Nationwide Mut. Fire Ins. Co.*, 273 S.E. 2d 756 (N.C. Ct. App. 1981); *Callioux v. Progressive Ins. Co.*, 745 P. 2d 838, 842 (Utah Ct. App. 1987).

³²*Celotex Corp. v. Catrett*, 477 U.S. 371, 327 (1986).

³³*Matsushita Elec. Indus. Co. v. Zenith radio*, 475 U.S. 574 (1986); *Celotex Corp. v. Catrett*, 477 U.S. 317 (1986); *Anderson v. Liberty Lobby, Inc.*, 477 U.S. 242 (1986).

³⁴Dolkart, *Summary Judgment in the Federal Courts After the Supreme Court Trilogy*, BARRISTER at 48-49 (Summer 1991).

illustrate the application of the "good faith as a matter of law" principle in motions for summary judgment.

Some Specific Examples of the Good Faith Standard

234 In *Bryant v. Federal Kemper Ins. Co.*,³⁵ the insurer, Kemper, moved for summary judgment and contended that the plaintiff failed to make out a claim for bad faith because the plaintiff did not show that the insurer's refusal to pay was without any reasonable justification. Kemper set out its reasonable grounds for denying the claim. By showing that the basis for the denial was fairly debatable, Kemper met its burden to demonstrate the absence of a genuine issue of any material fact. The plaintiff, the nonmoving party, failed to show the existence of a genuine issue of fact—that is, that there was no arguable basis for denying the claim.³⁶ Because the plaintiff did not meet her burden of proof, summary judgment for Kemper was granted.

On the evening of March 21, 1981, Calamity Jane's Gambling Emporium and Saloon was intentionally set on fire in Livingston, Montana. In the underlying claim,³⁷ the corporation and its owner initially sued the insurer for a bad faith denial of the claim. The insurer moved for summary judgment and argued that, because the motive for arson by the owner was strong, a fairly debatable reason for denial existed. Therefore, the bad faith claim should be dismissed as a matter of law. The plaintiff also filed a cross-motion for summary judgment and alleged that the insurer's action was not reasonable. The state district court in Billings, Montana, denied both motions. Eventually the insurer received a unanimous jury verdict in its favor on both the coverage and good faith issues.

³⁵542 A 3d 347 (Del. Super. Ct. 1988).

³⁶In a motion for summary judgment, the nonmoving party "cannot just sit back and remain silent, but he must rebut by producing significant probative evidence" showing that there was no arguable basis for denial of the claim. *Newell v. Hinton*, 556 So. 2d 1037, 1041 (Miss. 1990). *Celotex* itself suggests that more is required of the nonmovant. See *Dolkart*, *supra* note 34, at 50.

In the second action arising from the fire,³⁸ First Security, the Mortgagee and assignee of a \$350,000 loan to Calamity Jane's and its owner, sued the insurer to recover for the building loss. A contractor estimated that repair would cost \$150,000, and the Small Business Administration, the assignor of First Security, demonstrated a proof of loss of approximately \$350,000. First Security, however, sought nearly \$450,000, which included \$90,000 in lost interest payments suffered since Calamity Jane's default.

The insurer, while admitting liability for the payment of loss on the building, disputed the amount of damages. The insurer repeatedly offered to pay the undisputed amount of \$207,000 but denied the remainder of the claim. The insurer moved for partial summary judgment to dismiss the bad faith and punitive damage claims as a matter of law.

235

The district court granted the insurer's motion and dismissed the bad faith claim.³⁹ The court relied on the good faith test:

In order to establish a claim for bad faith, a plaintiff must prove that there was no reasonable basis for the insurance company's position or action. And where there is a reasonable basis for the insurance company's action, a claim of bad faith must be dismissed as a matter of law.⁴⁰

Finding a "bona fide dispute" over the amount of damages to the building, the court held that a reasonable basis existed for the insurer's refusal to pay First Security's demand. Therefore, because there was a reasonable basis for denial, the bad faith claim was dismissed as a matter of law.

³⁷Calamity Jane's Gambling Parlour & Saloon v. American Employees Ins. Co., No. 82-86-BLG (Mont. Dist. Ct. Feb. 8, 195).

³⁸First Sec. Bank v. Commercial Union Ins. Co., No. 84-86-BU (D. Mont. 1985).

³⁹*Id.* at 2.

⁴⁰*Id.*

In a 1991 Texas "arson-slander" case,⁴¹ the Happy Buddha Restaurant burned under suspicious circumstances. Just prior to the fire, the owner had obtained insurance from St. Paul, the defendant-insurer. The restaurant began hosting female impersonator shows after hours. The business was failing. Both the official arson investigator and an "independent" cause-and-origin expert reported that the cause of the fire was "arson for fraud." St. Paul denied the claim.

236 The plaintiff argued that, because St. Paul failed to identify the person who set the fire, its investigation was inadequate and, therefore, that St. Paul breached its duty of good faith and fair dealing. Applying the good faith standard, the Texas Court of Appeals reversed the jury's finding against St. Paul on the bad faith claim.⁴² The court reiterated an insurance carrier's right to deny questionable claims and held that insurers need only show a reasonable belief that the insured was at fault.⁴³ Therefore, to avoid the bad faith claim, it was sufficient that St. Paul established that the plaintiff's right to recover under the policy was fairly debatable owing to the evidence of arson and financial motive. St. Paul was not required to prove arson by the insured.

In a recent case in Nevada, the trial judge granted the insured's motion for summary judgment, dismissed all extracontractual damage claims, and held that the insurance company's declaratory judgment suit to get a determination of noncoverage was, in and of itself, evidence of the insurance company's good faith.⁴⁴

In *Scott v. United of Omaha Life Ins. Co.*,⁴⁵ the district court granted the insured's motion for summary judgment as to coverage but also *granted* the insurance company's motion for

⁴¹St. Paul Lloyd's Ins. Co. v. Fong Chun Huang, 808 S.W. 2d 524 (Tex. Ct. App. 1991), *error denied* (Sept. 5, 1991).

⁴²*Id.* at 524.

⁴³*Id.* at 526.

⁴⁴Fremont Indem. Co. v. The Plaza Motel, No. A261456 (D. Nev. July 10, 1990).

⁴⁵*Scott v. United of Omaha life Ins. Co.*, 749 F. Supp. 1089 (M.D. Ala. 1990) (applying Alabama law), *aff'd*, 934 F. 2d 1265 (11th Cir. 1991).

summary judgment as to the insured's bad faith claim by finding the company had "at least an arguable reason" for denying the claim.⁴⁶ The court's ruling was affirmed without appeal by the Eleventh Circuit Court of Appeals.⁴⁷

An example of a court's incorrect application of the good faith standard is found in *Silva v. Fire Ins. Exchange*.⁴⁸ Plaintiff's home burned on March 10, 1984. The parties conceded that the fire was of incendiary origin and plaintiff was prosecuted for arson, although the criminal charges were later dropped. Plaintiff submitted to her insurer a claim under her homeowner's policy for the loss. The insurer denied the claim, and plaintiff sued the insurer for bad faith.

237

The insurer moved for summary judgment on the ground that it had a fairly debatable basis in fact and law for denying payment because there was substantial circumstantial evidence that the insured caused the fire. The court, relying on precedent⁴⁹ set out the good faith test. However, it confused the analysis. The court determined that, because there was a genuine issue of fact regarding whether the plaintiff set the fire, the insurer's motion for summary judgment must be denied.

One commentator noted that the court "proceeded as if {the insurer} had moved for summary judgment on the issue whether {plaintiff} committed arson," which of course was not the basis of the motion.⁵⁰ Rather, the insurer asked for summary judgment on the reasonableness of its denial of payment on the claim. The circumstantial evidence clearly provided an arguable basis for the insurer's action. "Reasonable minds could disagree whether {the plaintiff} committed arson. {The plaintiff} would not have been entitled to {dismissal as a matter of law} on her breach of

⁴⁶*Id.* at 1093.

⁴⁷See *Scott v. United of Omaha Life Ins. Co.*, 934 F.2d 1265 (11th Cir. 1991).

⁴⁸647 F. Supp. 1397 (D. Mont. 1986), cited in ASHELY, *supra* note 6, § 5:03.50.

⁴⁹The court cited both *St. Paul Fire & marine Ins. Co. v. Cumiskey*, 665 P. 2d 223 (Mont. 1983), and *Britton v. Farmers Ins. Group*, 721 P. 2d 303 (Mont. 1986), which adhere to the good faith rule.

⁵⁰ASHELY, *supra* note 6, at 55.

contract claim.”⁵¹ Therefore, as a matter of law, the insurer did not act in bad faith. Common sense required application of the good faith rule.

Conclusion

238 By recognizing an insurance company’s right to challenge debatable claims, the great majority of the American courts help balance the scales of justice between a claimant’s right to recover on a policy when a claim is intentionally and wrongfully denied and the insurance company’s right to question arguable claims. Recognizing good faith as a matter of law is the long-term interest of premium-paying insureds and the financial predictability and stability of insurance companies. And the national trend is clearly to recognize this standard. Insurance companies have a good faith right to be wrong!

⁵¹*Id.*

Les systèmes experts : mythe ou réalité ?*

par

Richard Charette**

239

Since the information revolution, managers and administrators have recognized the value of information technologies as powerful tools to distribute data in the organization. This is especially true in the insurance industry where data and information are important assets. Two other essential assets, knowledge and expertise, can also be distributed efficiently by integrating expert systems in the organization's toolbox of applications. But this integration is not as easy as one may think. In fact managers and administrators are often either too optimistic or too pessimistic regarding the integration of expert systems in their organizations. These unrealistic expectations contribute to the failure of this technology in the marketplace. The following paper is intended to provide the reader with a clear and concise understanding of expert systems and their applications in the financial and insurance industry. Its purpose is also to demystify the technology so that managers can objectively appreciate the real value of expert systems.



Introduction

Avec la révolution informatique, nombreuses sont les entreprises qui se sont dotées d'outils leur permettant d'accélérer

* Avec la permission de l'auteur, nous publions une version abrégée du texte original.

** M. Richard Charette, B. Ing., CKE, est à l'emploi de « Les Conseillers LOGISIL Inc. », filiale de MLH + A inc. LOGISIL est une entreprise spécialisée dans les systèmes informatiques à l'intention des compagnies du secteur financier.

le traitement de l'information interne et externe, d'augmenter la vitesse d'exécution de leurs opérations, de resserrer leurs moyens de contrôle et, par le fait même, d'accroître leur productivité et leur compétitivité. Les domaines financiers et plus particulièrement celui de l'assurance n'ont pas échappé à ces mutations.

Ceux qui ont su reconnaître les avantages de l'informatique ont aussi constaté qu'il s'y trouvait de nombreux pièges. Nous en avons identifié deux qui, selon nous, sont les plus dangereux :

240

- a) l'attrait démesuré pour les nombreuses technologies nouvelles (*technologies nouvelles* étant un terme bien relatif compte tenu du taux d'innovation élevé dans l'industrie informatique) ;
- b) à l'extrême du premier, la méfiance aveugle à l'égard des technologies nouvelles.

L'avantage que retire une entreprise à utiliser toute nouvelle technologie informatique repose dans la reconnaissance objective de ses valeurs réelles. C'est par cette objectivité qu'elle évitera de tomber dans l'un ou l'autre des deux pièges énoncés.

Nous retrouvons, parmi ces « nouvelles technologies » informatiques (toujours dans le sens le plus relatif du terme), les technologies de développement de l'intelligence artificielle et plus particulièrement celle des systèmes experts.

Le but du présent texte est de faire le point sur la reconnaissance des valeurs réelles des systèmes experts dans l'industrie de l'assurance et d'ouvrir la porte à l'évaluation des avantages qu'elle peut en retirer.

Intelligence artificielle : une définition

Le concept de *système expert* fait partie d'un secteur de l'informatique appelé « intelligence artificielle ». Déjà le terme fait peur et, dans des milieux conservateurs comme celui des finances et de l'assurance, il est normal de tomber dans le second piège : la méfiance aveugle. Ceci est compréhensible. Il est déjà

assez difficile de définir le concept d'intelligence tout court, imaginez celui de l'intelligence artificielle et imaginez tenter d'y adhérer.

Plusieurs auteurs nous offrent des définitions intéressantes mais très académiques : automatisation du processus cognitif, informatisation des connaissances, manipulation symbolique, inférences logiques et recherche heuristique [1] [12] [13]. Quand vient le temps de juger de la pertinence et surtout de l'applicabilité de l'intelligence artificielle, comment ne pas approuver les sceptiques ? Après tout, le gestionnaire n'en a que faire de toutes ces définitions théoriques qui n'expliquent rien de concret. Et voilà, un bon point pour le second piège.

241

Pour trouver une définition simple et satisfaisante, il nous faut remonter en 1981. Selon Barr et Feigenbaum [1], l'intelligence artificielle est une partie bien spécifique de l'informatique destinée au design et à la construction de systèmes intelligents, i.e., de systèmes possédant des caractéristiques associées au comportement de l'être humain : apprentissage, raison et résolution de problème.

Voilà donc qui est beaucoup mieux mais qui est fort ambitieux. Pas étonnant que l'intelligence artificielle soulève bien des passions dans le milieu scientifique. Mais qu'en est-il du gestionnaire ? Avec toutes ces définitions, en quoi l'intelligence artificielle peut-elle aider les administrateurs à rentabiliser l'entreprise ?

Pour bien illustrer la relativité de la « nouvelle technologie » qu'est l'intelligence artificielle, il nous suffit de mentionner que celle-ci a fait son apparition au milieu des années 50 [1]. Pas si mal si l'on considère que certaines technologies informatiques jugées « conventionnelles » n'ont fait leur apparition qu'au début des années 80. Si l'on considère toujours l'intelligence artificielle comme une nouvelle technologie, c'est qu'elle a longtemps appartenu en exclusivité aux secteurs académique et universitaire. Son application dans les secteurs économiques a longtemps tardé et, le moment venu, a connu un succès mitigé, voire un échec lamentable.

242

Les causes de cet échec sont étroitement liées à notre premier piège : l'attrait démesuré de la nouvelle technologie. Dû à l'objectif ambitieux de l'intelligence artificielle, on peut facilement comprendre les attentes des secteurs économiques face à une telle technologie. Mais cet objectif n'a fait que retarder son application. Bien que l'on puisse accepter le scepticisme du secteur économique face à son application en général, il faut reconnaître les succès de son application particulière car l'intelligence artificielle peut être fragmentée en différents domaines restreints dont « les résultats de l'application particulière » qui ont déjà fait leurs preuves. Les systèmes experts en sont un exemple parfait.

Les systèmes experts

Barr et Feigenbaum [1] ainsi que plusieurs autres s'accordent à dire que la modélisation du raisonnement humain par des moyens informatiques propres à l'intelligence artificielle est possible en respectant certaines règles de conduite. On peut alors en arriver à reproduire artificiellement le raisonnement humain. Voilà qui est intéressant car l'organisation d'une compagnie d'assurance repose sur le savoir et la connaissance de faits, de méthodes, d'hypothèses, de politiques, de législations et de règles à suivre par les individus qui en font partie. Ces individus « raisonnent » afin d'en arriver à faire fonctionner cette organisation de façon progressive et surtout de façon rentable.

Le « système expert » peut être défini comme un outil artificiel de raisonnement qui utilise des faits, des hypothèses et des règles afin d'en arriver à des conclusions qui sont en tout point similaires à celles obtenues par le raisonnement humain avec les mêmes faits, hypothèses et règles.

Il est admis que cette définition est fort générale. Mais aller plus loin serait, à notre avis, tomber à pieds joints dans notre premier piège : l'attrait démesuré. Le système expert n'est pas un expert. Le sera-t-il un jour ? Là n'est pas la question. Le système expert, comme tout système informatique, ne peut être parfait que dans la mesure où les algorithmes, les données, les faits, les

règles et les hypothèses utilisés, l'expert consulté et le créateur lui-même sont parfaits. Ainsi, les attentes doivent donc être raisonnables. Ce n'est que dans cette mesure que des résultats intéressants et réalistes peuvent être obtenus. Tel le raisonnement d'un individu, celui du système expert n'est pas infaillible. Dur coup pour le premier piège mais un pas dans la bonne direction. Il suffit ici de mentionner que dans un projet de développement d'un système expert, le point d'équilibre entre le premier piège et le second est un point dont la stabilité est fort précaire. Un degré de professionnalisme est fortement à conseiller.

243

Rappelons encore une fois que le système expert n'est pas un expert. Voilà un mythe qu'il faut détruire. L'expert d'un raisonnement donné est nécessaire pour le développement d'un système expert, pour le maintien de ce même système et pour la validation des conclusions. Alors — nous direz-vous — à quoi sert le système expert si l'expert doit rester en place ? Le système expert représente beaucoup plus un assistant flexible qui permet de standardiser certains modes de raisonnement au sein d'une entreprise. Il permet de distribuer l'expertise là où l'expertise est rare comme c'est le cas dans certains bureaux régionaux éloignés ou encore certains départements. Le système expert permet d'encadrer des individus ne possédant pas toujours la totalité de l'expertise comme c'est le cas pour un souscripteur junior ou encore pour un agent en formation. Il permet aussi d'augmenter la productivité des experts et des non-experts utilisant l'expertise donnée, celle-ci pouvant être fortement répétitive. Pour cette dernière application, le domaine de la souscription demeure un exemple étonnant.

Les débuts de l'intelligence artificielle et des systèmes experts ont donc laissé entrevoir la possibilité de développer des systèmes « à penser » dans le sens le plus large du terme. Cette vision a nettement contribué à l'échec retentissant que cette nouvelle technologie a connu. Sachons faire la part entre le rêve et la réalité.

Les besoins de l'industrie de l'assurance

244

De plus en plus concurrentielles, les compagnies d'assurance redoublent d'ardeur afin de s'accaparer les parts de marché, de maximiser le rendement de leurs investissements et de minimiser leurs mauvaises décisions. La nécessité de raffiner le service à la clientèle, de rationaliser les dépenses, de mettre en place une philosophie de qualité totale, de promouvoir l'éducation complète des agents relativement aux différents produits offerts et d'améliorer le temps de réponse quant aux réclamations de la clientèle, devient de plus en plus évidente. Face à la concurrence, il faut faire face à la musique et trouver les vraies solutions aux vrais problèmes.

La révolution informatique a considérablement contribué à trouver une solution à quelques-uns de ces problèmes. Il suffit de regarder l'investissement que font les compagnies d'assurance dans l'équipement informatique et bureautique, dans le développement et dans l'entretien des systèmes et dans l'embauche de personnel technique pour comprendre que l'industrie ne saurait se passer des technologies de l'information. Admettre cette évidence n'est toutefois pas une garantie. Les technologies de l'information évoluent et c'est l'identification minutieuse de technologies profitables qui démarquera les gagnants des perdants. Cité par Rankin, Bradford [9] illustre bien ce point en mentionnant ce qui suit :

There is no question that technology, properly leveraged, will create competitive advantages in delivering service. There also is no question that without high technology support, competitive quality cannot be achieved.

En examinant plus attentivement les défis que l'industrie de l'assurance devra relever, on réalise qu'un meilleur écoulement de l'information sera bientôt une nécessité. À ce chapitre, les technologies sont déjà en place et elles sont reconnues par les gestionnaires et l'industrie. Les leaders investissent massivement dans l'utilisation de réseaux et dans l'interconnexion entre les systèmes centraux actuels (*mainframes*) et les postes de travail de tout genre. Cependant, le plus grand défi est de distribuer, non

seulement l'information, mais aussi le savoir, la connaissance et l'expertise. Une erreur des gestionnaires, qui nous semble fondamentale, est de croire que les systèmes d'information actuels sont aptes à distribuer l'information aux utilisateurs qui en ont besoin de façon à répondre aux pressions de la concurrence. L'erreur devient encore beaucoup plus grande lorsque ces mêmes gestionnaires croient aveuglément que les systèmes traditionnels peuvent répondre à tous les besoins de l'entreprise. L'erreur devient impardonnable lorsqu'ils confondent « information », « connaissance » et « expertise ».

245

Si l'on en juge par les différents ouvrages et articles qui circulent dans l'industrie de l'assurance, plusieurs associent les défis actuels de l'industrie avec le traitement de l'information : meilleur service, rapidité de traitement des réclamations, accélération dans l'évaluation et l'acceptation d'un risque, production beaucoup plus rapide et flexible des polices, suivi beaucoup plus serré des renouvellements, optimisation des entrées de fonds, connaissance accrue des consommateurs et des produits par les agents, distribution optimale des ressources de l'organisation, etc. L'informatique peut, bien sûr, augmenter la vitesse d'exécution des opérations et de production de l'information mais à quoi sert une grande quantité d'informations si l'expertise de l'utilisateur est inadéquate et limitée ?

Par exemple, les systèmes d'information actuels peuvent-ils aider l'entreprise à transférer, à tous ses agents, l'expertise ou les connaissances qui ont été acquises par les meilleurs agents ?

En informatique, tout est possible. Évidemment, tout dépend du prix qu'on veut y mettre mais il est effectivement possible de transférer l'expertise des meilleurs agents à toute l'entreprise.

Le système qu'on produirait en comptant sur les technologies traditionnelles de développement serait peu flexible, difficile à entretenir à un coût raisonnable, lourd et lent, et probablement peu fiable. En tenant compte de ces difficultés, il est tout à fait logique pour le gestionnaire d'éliminer un tel

projet. Mais voilà qui est troublant. Un tel projet permettrait à l'entreprise d'atteindre un objectif important : celui de gérer efficacement les ressources humaines de l'organisation afin de bâtir un capital qui posséderait les connaissances nécessaires pour surpasser la compétition. Mais à quel prix ?

246 Par ailleurs, l'implantation d'un système expert pourrait s'avérer une solution à la modélisation, le développement, l'implantation, la distribution et le maintien de l'expertise des meilleurs agents. Penser à développer un tel système en utilisant des technologies conventionnelles entraînerait des coûts disproportionnés. Et même si les coûts étaient raisonnables, ces technologies n'ont pas été conçues pour la gestion des connaissances et de l'expertise. Le système expert est la technologie apte à répondre à de tels besoins.

Une réponse aux besoins de l'Industrie

Parmi les systèmes informatiques, il faut reconnaître qu'il y a une différence entre les systèmes de gestion de l'information (*information systems*) et les systèmes de gestion de la connaissance (*knowledge systems*). La satisfaction des besoins de l'industrie de l'assurance avec des moyens dits « informatiques » passe certainement par la différenciation entre ces deux types de système. Produire de l'information est une chose ; utiliser cette information de façon à en tirer des conclusions en est une autre.

On peut redistribuer l'expertise de l'entreprise pour combler différentes lacunes ou pour satisfaire différents besoins : instruire, conseiller, valider, remplacer, optimiser, expliquer, déduire, standardiser. Satisfaire le détenteur d'une police, c'est lui prodiguer son expertise relativement à ses besoins et cela s'applique à tous les niveaux hiérarchiques de l'entreprise. Pourquoi certains agents laissent-ils passer certains « détails » importants alors que d'autres sont à l'affût de toute information ? Serait-ce une question d'expertise et de savoir ? Qu'arrive-t-il avec les ressources investies dans la personne d'un agent lorsque celui-ci quitte l'entreprise ? Pire encore, à combien chiffre-t-on l'expertise perdue lorsque les meilleurs vendeurs quittent

l'entreprise ? Peut-on récupérer l'expertise et les connaissances d'un agent, d'un souscripteur, d'un cadre, d'un administrateur, d'un actuaire ou d'un autre « expert » ? Serait-il possible de bâtir des manuels « intelligents » pour les employés, tels que les systèmes de messagerie vocale ? Peut-on standardiser les connaissances ? Parmi les défis dont fait face l'industrie de l'assurance, combien et lesquels font directement appel à l'acquisition, la gestion et la diffusion de l'expertise et de la connaissance ?

Si l'on pense aux technologies de l'information pour relever ces défis, il faudra le faire de façon professionnelle et considérer toutes les options, y compris celle des systèmes experts.

247

Facteurs qui entraînent une mauvaise perception des systèmes experts

Comme nous l'avons vu plus haut, les systèmes experts sont encore, en 1993, considérés comme une nouvelle technologie. Mal connus dans les compagnies d'assurance au Canada, ils ne jouissent pas de la notoriété de certaines autres technologies. Ce n'est pourtant pas le cas à l'étranger.

Quoique considéré plutôt conservateur, le domaine de l'assurance est reconnu comme étant pro actif et innovateur dans le développement et l'utilisation des systèmes informatiques. Pourquoi en est-il différemment pour le développement et l'utilisation des systèmes experts ?

Reeve [11] mentionne que les conseils d'administration devront faire des choix difficiles en matière de technologies :

Increasing technological sophistication is producing bewildering choices for insurance company managements. A clear basis for exercising this choice and for prioritisation is essential.

Par contre, Reeve [11] alimente la tendance à tomber dans le second piège lorsqu'il formule la recommandation suivante :

Seek technical solutions to meet identified needs ; don't follow exciting technologies and look for problems to solve with them.

Dans un milieu fort concurrentiel, écarter l'évaluation d'une technologie parce que celle-ci est trop nouvelle ou peu conventionnelle peu s'avérer une erreur.

La méfiance des compagnies d'assurance face aux systèmes experts est due à plusieurs facteurs. Nous en avons identifié six.

248

1) **La pénurie des ressources humaines**

Premièrement, les ressources humaines nécessaires au développement de ces systèmes ne sont pas facile à trouver. Les entreprises craignent d'être à la merci d'une expertise peu développée. Heureusement, les institutions d'enseignement (collèges et universités) offrent maintenant des cours sur l'intelligence artificielle et plus spécifiquement sur le développement des systèmes experts. De plus, on peut compter quelques firmes de consultation qui offrent l'expertise nécessaire au développement de ces systèmes. Si l'expertise doit être interne de nombreuses entreprises spécialisées dispensent la formation nécessaire. La pénurie de personnel spécialisé (*knowledge engineers*) tend donc graduellement à s'estomper. De plus, l'évaluation de la technologie ne devrait pas dépendre uniquement de l'expertise disponible sur le marché ; la formation saura combler cette lacune.

2) **La solidité et la stabilité du produit**

Le second facteur est le degré de solidité et de stabilité face à une prolifération d'outils disponibles sur le marché. Par solidité, on entend le bon fonctionnement du produit ainsi que sa fiabilité face aux contraintes de développement. Par stabilité, on entend le risque de voir disparaître le produit du marché et, par le fait même, le support et l'expertise qui s'y rattachent. Plus le produit est stable, plus grandes sont les chances de le voir évoluer sur le marché. Certains existent depuis une dizaine d'années. Ils ont acquis une excellente réputation et continuent

d'évoluer afin de répondre aux besoins sans cesse croissants des entreprises. Mentionnons, entre autres, ADS, Nexpert Object, Knowledge Craft, ART et KEE. À ces produits, peuvent s'ajouter les langages de développement propres à l'intelligence artificielle soit Lisp, Prolog, Smalltalk, et plusieurs autres. Le développement de systèmes experts peut se faire à l'aide de langages plus traditionnels mais le gestionnaire se doit de réaliser que de bons résultats ne s'obtiennent qu'à l'aide de bons outils. L'utilisation de langages de développement plus traditionnels rend la tâche beaucoup plus ardue, les coûts beaucoup plus élevés et les risques d'échec beaucoup plus grands.

249

3) La stabilité du producteur et des entreprises de consultation

Le troisième facteur concerne les producteurs de produits et les entreprises de consultation. Ce qui s'applique aux produits peut aussi s'appliquer aux producteurs. Si le producteur disparaît, il en va de même du support. Ce facteur est extrêmement important puisque le développement d'un système expert nécessite un investissement important. Il existe des producteurs ayant fait leurs preuves. Ils possèdent une stratégie progressive, une croissance constante, une clientèle sérieuse et un personnel très qualifié. Bref, la technologie est maintenant suffisamment au point pour garantir des manufacturiers sérieux et stables. Il suffit d'agir avec une extrême prudence dans le choix de celui-ci. Pour faire une évaluation éclairée et sérieuse, il faut s'entourer de professionnels responsables et surtout, comme pour l'évaluation de toutes technologies, poser les bonnes questions.

4) La stabilité des systèmes en place

Le quatrième facteur s'adresse à l'intégration du système expert dans l'environnement technologique de l'entreprise. Les systèmes en place ont souvent nécessité des investissements considérables. Ils reposent sur des technologies conventionnelles qu'il n'est pas souhaitable de remplacer brutalement. Ces technologies ont déjà fait leurs preuves et sont bien connues du personnel en place mais la documentation est souvent déficiente.

250

L'implantation d'un ou de plusieurs systèmes experts est souvent perçue comme une menace à la stabilité technologique des systèmes déjà existants. Pourtant, les produits sérieux permettent une intégration au sein des systèmes existants. De plus, le développement et l'implantation des systèmes experts comportent des règles de conduite bien précises. Il existe d'ailleurs des associations professionnelles qui réglementent et standardisent la profession d'ingénieur de connaissances (*knowledge engineer*) ou cognitif, (celui qui a pour tâche d'extraire les connaissances ou l'expertise dans le but précis de développer un système expert). Parmi ces associations professionnelles, on retrouve l'International Association of Knowledge Engineers (IAKE) qui offre un programme de certification reconnu mondialement. On y dénombre près de 50,000 professionnels de l'intelligence artificielle appliquée et de l'ingénierie des connaissances (*knowledge engineering*) au Canada et aux États-Unis.

5) Les échecs passés

Le cinquième facteur relève de l'expérience passée. Notre premier piège en est directement la cause. Les attentes démesurées peuvent conduire à des échecs retentissants qui empêcheront l'entreprise concernée de bénéficier pleinement des systèmes experts. Le milieu de l'assurance étant relativement fermé, un échec viendra rapidement aux oreilles des autres entreprises. Du cas particulier, on tire souvent les conclusions générales. Au lieu de regarder la démarche entreprise avant, pendant et après l'échec, les entreprises pointent souvent la technologie comme étant le facteur déterminant de l'échec. Le développement et l'implantation de systèmes experts nécessitent une méthodologie bien précise qui est de mieux en mieux structurée. Cette méthodologie est fort différente des méthodologies de développement traditionnelles. Oublier ce fait est prendre des risques énormes, risques qui ont fait perdre des sommes importantes aux entreprises ignorantes. Les exemples abondent mais la documentation de ces échecs est une denrée rare : il est normal qu'une entreprise tente d'oublier le plus

rapidement possible et sans laisser de trace. Les compagnies d'assurance doivent cesser d'évaluer la viabilité des systèmes experts seulement sur la base des échecs passés. Malgré leurs succès, toutes les technologies informatiques ont connus des échecs. Imprimantes, logiciels, service après vente connaissent parfois des ratés mais n'en demeurent pas moins essentiels. Certes, il existe parfois des produits et des services de piètre qualité. Mais il existe aussi parfois des gestionnaires, des analystes, des programmeurs, des administrateurs, des méthodologies, des politiques, des décisions dont la qualité laisse à désirer. Il faut savoir faire la part des choses lorsque l'avantage concurrentiel est en jeu.

251

6) La crainte d'être remplacé par une machine

Le dernier facteur relève aussi de notre premier piège. Les attentes démesurées des décideurs lors du développement d'un système expert se répercutent sur les utilisateurs. La croyance populaire veut que l'intelligence artificielle, par le fait même l'utilisation des systèmes experts, ait comme ultime objectif le remplacement du personnel. Cette croyance s'appliquait lors des débuts de la révolution informatique. Mais dans le cas des systèmes experts, elle va beaucoup plus loin. L'intégrité intellectuelle des travailleurs, cadres et employés, semble remise en question. Un souscripteur ou un analyste financier peut facilement croire, à tort, qu'un système expert fera son travail à sa place et, par conséquent, qu'il sera mis à pied. Plusieurs diront alors qu'une simple éducation de la personne concernée devrait régler le problème. Mais dans le cas des systèmes experts, le problème va encore plus loin. Cette personne est souvent celle qui a l'expertise nécessaire au développement du système. Sans son soutien inconditionnel, le projet serait voué à l'échec. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans un grand nombre de cas. L'expert, craignant pour son statut et son travail, collaborera de façon restreinte lors du développement. Il en résultera un système incomplet qui n'aura alors qu'une utilité fort restreinte. Nous le répétons, le système expert n'est pas un expert. Il permet l'élimination des tâches répétitives qui nécessitent une expertise

ou des connaissances particulières et ce, à l'avantage du travailleur. Par exemple, l'intelligence artificielle est extrêmement loin de reproduire l'intuition, le professionnalisme, le sens moral, le sens éthique, le souci du consommateur et le contact humain d'un individu. Le système expert est un assistant et ce n'est que dans cette optique que ce sixième facteur disparaîtra.

252 Ainsi, la méfiance ou les conséquences à l'attrait démesuré des systèmes experts ralentit leur acceptation et leur intégration au sein de l'industrie canadienne. Tous les facteurs énumérés peuvent être évalués en accord avec la culture et les méthodologies de chaque entreprise et des solutions peuvent être trouvées. Un choix éclairé en résultera. Il faut rester vigilant, certes, mais il ne faut pas écarter la possibilité d'implanter cette technologie pour atteindre les objectifs visés. Les systèmes experts étant ce qu'ils sont en 1993, les compagnies d'assurance canadiennes ont tout intérêt à en évaluer correctement les possibilités d'utilisation. Si elles ne le font pas, leurs concurrents, eux, le feront s'ils ne le font pas déjà.

Les systèmes experts dans les compagnies d'assurance américaines

Lorsqu'une entreprise sérieuse telle que Coopers & Lybrand entreprend, non pas une, mais trois études successives sur l'utilisation des systèmes experts dans l'industrie de l'assurance, c'est que la technologie en question suscite un intérêt important.

Les trois études ont comme principaux objectifs :

- 1) d'évaluer les réactions et l'attitude de l'industrie face à cette nouvelle technologie ;
- 2) d'évaluer la ou les façons dont la technologie est appliquée ;
- 3) d'identifier les obstacles à l'utilisation de cette technologie ;

- 4) d'identifier le matériel et les logiciels disponibles pour le développement des systèmes experts ;
- 5) d'évaluer les bénéfices prévus et réalisés par l'utilisation de la technologie.

Coopers & Lybrand reconnaît, dans ses études, que l'intégration des systèmes experts dans le parc technologique des compagnies d'assurance procure un avantage concurrentiel :

Over the course of a single year, expert systems emerged as a viable and strategically important technology for industry leaders - and a competitive necessity for those who wished to keep up.

253

Coopers & Lybrand reconnaît par sa première et sa seconde étude que les 50 premières compagnies d'assurance américaines, répertoriées par le *Best's Insurance Management Reports*, utilisent en grande majorité les systèmes experts dans leur parc d'applications. Cette intégration des systèmes experts a débuté au début des années 80 et a pris son essor en 1986. Par sa troisième étude, Coopers & Lybrand a découvert que l'intégration des systèmes experts progressait rapidement dans les compagnies d'assurance américaines classées 51-100 (que nous appellerons « compagnies moyennes ») par le *Best's Insurance Management Reports*. Cette troisième étude prend donc une importance significative pour les compagnies d'assurance canadiennes puisqu'elle représente une image de la situation actuelle dans des compagnies d'assurance de taille comparable. (D'ailleurs, mentionnons que l'auteur du présent article procède actuellement à une étude similaire de l'industrie de l'assurance canadienne.)

La troisième étude de Coopers & Lybrand nous permet de tirer des conclusions fort intéressantes quant à l'utilisation des systèmes experts dans les compagnies d'assurance moyennes américaines.

D'abord, la majorité des compagnies d'assurance moyennes américaines utilisent, développent et évaluent une ou des applications de systèmes experts. En supposant que les

compagnies d'assurance américaines procurent une concurrence à l'égard des compagnies canadiennes, l'intégration des systèmes experts dans le parc technologique devient une préoccupation importante pour ces dernières. Une évaluation de cette technologie dans l'industrie de l'assurance devrait faire apparaître aux compagnies canadiennes l'avantage concurrentiel qui existe. La motivation première d'une telle évaluation pourrait venir du fait que les compagnies d'assurance américaines en font maintenant un usage sans cesse croissant. Boudier cette technologie est un choix légitime mais est-il bien éclairé ?

254

Le simple fait que les compagnies d'assurance américaines utilisent les systèmes experts devrait-il pousser les compagnies d'assurance canadiennes à en faire l'évaluation ? L'étude, à ce propos, révèle que plus de 75 % des répondants considère les systèmes experts comme utiles ou essentiels à leur capacité d'obtenir un avantage stratégique ou concurrentiel dans l'industrie. Voilà qui est bien clair. L'effet risque d'être dévastateur pour les compagnies qui refusent d'y croire. Pourquoi ? S'il s'avérait que la technologie offre vraiment un avantage concurrentiel, les entreprises retardataires se verraient en sérieuse difficulté compte tenu du temps requis pour intégrer cette technologie dans la culture de l'entreprise, former le personnel technique, procéder à l'évaluation des applications prioritaires, identifier les sources d'expertise et de connaissances, et autres.

De plus, selon l'étude, les compagnies d'assurance-vie progressent beaucoup plus rapidement dans l'intégration des systèmes experts que tout autre type de compagnies d'assurance. Pour les compagnies d'assurance canadiennes, cela veut donc dire que l'évaluation doit être faite le plus rapidement possible avant d'atteindre un point de non retour. Une attente trop longue pourrait vouloir dire un investissement considérable pour rattraper la concurrence.

Pour les compagnies d'assurance américaines de dimensions moyennes la souscription demeure le domaine par excellence pour l'intégration des systèmes experts. Cela ne veut

cependant pas dire que d'autres domaines ne sont pas propices à leur intégration. Le service aux consommateurs, par exemple, constitue un domaine rentable. L'évaluation des besoins de la clientèle et l'offre de produits appropriés offrent des possibilités intéressantes pour les compagnies. La formation du personnel et les outils d'aide en matière d'analyse financière représentent aussi des domaines privilégiés pour les compagnies américaines.

Bien entendu, 80 % d'entre elles exigent des justifications économiques lors de l'évaluation du développement d'un système expert. Cela n'est certes pas contraire aux règles de conduite de la profession. Comme il a été mentionné précédemment, il faut être vigilant lors de l'application des méthodologies d'évaluation. Les systèmes experts ne sont pas des systèmes d'information traditionnels. Par conséquent, les méthodes d'évaluation sont différentes à certains points de vue.

255

Les compagnies américaines de dimensions moyennes considèrent, dans une proportion de 75 %, que les systèmes experts développés augmentent la productivité et l'efficacité des usagers. Une proportion de 66 % des répondants ont obtenus des résultats considérables dans l'augmentation de la qualité et de la consistance du travail des usagers. Selon l'étude, les systèmes experts répondent donc à certaines préoccupations de l'industrie de l'assurance soit la qualité, la productivité et l'efficacité.

Ces compagnies d'assurance prennent l'intégration des systèmes experts au sérieux :

Life & health insurers are especially mindful of the need to apply expert systems strategically. For them, the use of advanced technology to manage low-margin, interest-sensitive, constantly changing products is a survival issue.

Il faut reconnaître que la technologie est beaucoup plus stable au États-Unis qu'au Canada. L'expertise technique est beaucoup plus répandue et les produits sont mieux distribués. Des alliances stratégiques existent même entre certains producteurs et certaines compagnies d'assurance. Par le fait même, il n'est pas étonnant de voir apparaître différents

producteurs lors de réunions professionnelles. Les compagnies canadiennes auraient avantage à rechercher de telles alliances avec des producteurs, des institutions et d'autres entreprises.

L'étude conclut en affirmant ce qui suit :

256

There is little doubt that expert systems have become an integral part of strategic information management for top-tier insurers. Not only has activity increased significantly on a macro level, but the commitment of individual companies has increased as well. Rather than building one or two isolated, experimental systems to see if they provide any measurable results, top-tier insurers are developing multiple systems in parallel, integrating them into their existing information management structure and expecting them to provide significant increases in productivity, as well as quality and consistency.

As the technology has proven itself both functionally and strategically, insurers are requiring greater tool performance to match increasingly complex, transaction-based applications. They are also looking for development methodologies and skilled developers to create more critically important systems - and to create them quickly and successfully.

La situation américaine nous prouve, hors de tout doute, que les systèmes experts ont leur place dans l'arsenal technologique des compagnies d'assurance pour faire face à la concurrence.

Les obstacles à l'intégration des systèmes experts

Nous avons vu que les conséquences d'un attrait démesuré ou une méfiance aveugle était à l'origine des succès des systèmes experts. Coopers & Lybrand a identifié, à l'aide des trois études sur l'utilisation des systèmes experts dans l'industrie de l'assurance américaine [6], différents facteurs qui pouvaient empêcher ou freiner l'intégration des systèmes experts dans le

domaine de l'assurance. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de ces différents facteurs ainsi que leur importance relative.

Obstacles	1990	1990	1987
	Vie (%)	Autres (%)	1-50 (%)
Disponibilité des fonds	48	27	14
Disponibilité des ingénieurs de connaissances	34	37	7
Autres priorités	9	30	-
Doute technologique	31	13	15
Disponibilité des experts	26	13	9
Scepticisme	9	30	8
Manque de support de l'administration	14	20	7
Acceptation de l'utilisateur	17	17	-
Intégration	17	13	15
Outils de développement non-disponibles	14	3	35
Problèmes dans la modélisation de l'expertise	4	7	1
Problèmes de gestion de projet	3	10	2
Choix des applications	11	13	5
Aucun	0	10	-

257

Selon Coopers & Lybrand, tous ces obstacles peuvent être surmontés. Il n'en demeurent qu'à l'entreprise de prendre les moyens qui s'imposent afin d'obtenir toute l'information qui lui permettra d'évaluer correctement tous les avantages qu'offre cette technologie dans le but de solutionner ses problèmes et d'atteindre ses objectifs.

Les systèmes experts, l'assurance et la planification financière

De plus en plus la clientèle des compagnies d'assurance devient exigeante et consciente des implications financières de l'assurance. Cette clientèle est maintenant beaucoup mieux éduquée. Elle exige des compagnies d'assurance, et par conséquent de leurs agents, un service professionnel et une expertise accrue. De nombreuses compagnies d'assurance,

reconnaissant cette exigence du marché, ont décidé de répondre aux besoins du marché par de multiples moyens.

258 Parmi ces compagnies, la compagnie d'assurance anglaise Sun Alliance Insurance Group (SAIG) a fait preuve d'innovation en implantant, voilà près de six années, un système expert (le système Profiling). Le système a pour fonction première l'assistance des agents dans l'offre de services de planification financière auprès de sa clientèle. Compte tenu de l'importance de justifier les coûts et surtout des bénéfices réalisables par l'application de systèmes experts dans les compagnies d'assurance, regardons le cas de la SAIG de plus près. Cet exemple est tiré d'une étude de cas réel de l'Harvard Business School [4].

Afin de situer le lecteur, il faut d'abord mentionner que le Royaume-Uni, tout comme beaucoup d'autres pays occidentaux dans le monde entier, a été fortement touché par la déréglementation des marchés financiers au cours des années 80. Plusieurs nouveaux produits sont apparus sur le marché et la compétition est devenue de plus en plus intense. Les contraintes imposées aux compétiteurs ont été relâchées de telle sorte que plusieurs institutions financières ont réussi à pénétrer le marché. Les banques se sont attaquées massivement au marché de l'assurance et les compagnies d'assurance ont développé des produits financiers leur permettant d'attirer la clientèle traditionnelle des banques et des firmes de courtage. De façon globale, la compétition s'est accrue considérablement en terme de produits, de marchés et surtout en terme de joueurs dans ce jeu qu'est la compétition.

Durant la même période, de nombreux scandales ont secoués la communauté financière britannique forçant ainsi le gouvernement à suivre de près et à réglementer l'industrie financière du Royaume-Uni. L'entrée en vigueur du Financial Services Act (FSA) de 1987 provoqua de nombreux bouleversements au sein de la communauté des services financiers du Royaume-Uni, particulièrement dans l'industrie de l'assurance, l'industrie du courtage et l'industrie bancaire. Dans

l'industrie de l'assurance, le FSA provoqua des changements importants. L'industrie adopta entre autres deux nouveaux standards connus sous les noms de « meilleur avis » (*best advice*) et « connaissance du consommateur » (*knowledge of the consumer*) s'appliquant aux gens de la vente en assurance. Bien que cette nouvelle pression soit la conséquence directe d'un phénomène de réglementation, il est facile de comprendre que l'introduction de ces deux standards dans l'industrie de l'assurance peut être causée par d'autres facteurs dont celui de la concurrence et des exigences du marché. Nous verrons comment cette nouvelle pression a emmené la SAIG à introduire les systèmes experts au sein de son entreprise.

259

Définissons d'abord ce qu'est le principe du « meilleur avis ». Ce standard signifie que tout agent d'assurance qui recommande à un consommateur un produit particulier doit être en mesure de démontrer que sa recommandation est la meilleure possible pour le consommateur dans les circonstances. Il est bien entendu que, devant les tribunaux britanniques, la signification exacte de tous ces termes reste à définir mais l'esprit général du standard est celui selon lequel l'agent doit être en mesure de défendre sa recommandation en tout temps. Dans les faits, ce standard est appliqué par une clause écrite, signée par le consommateur et conservée par l'agent. Cette clause mentionne toutes les recommandations majeures faites par l'agent auprès du consommateur. En tout temps et pour toutes raisons, le service responsable des plaintes pourra demander l'accès à ces documents.

Le principe de la « connaissance du consommateur » exige des agents une connaissance du consommateur et de ses besoins avant de recommander un produit. Par exemple, si un agent vend un contrat d'assurance sur la vie, il doit évaluer les revenus, les actifs et les besoins en assurance-vie du consommateur. Dans le cas où le consommateur refuse de divulguer certaines informations, l'agent devra noter ce refus à son dossier du consommateur de façon à pouvoir démontrer qu'une tentative de sa part a été effectuée afin d'obtenir toutes les informations

nécessaires. En fait, la SAIG reconnaît l'importance de ces deux principes en mentionnant :

In this industry, the key piece of legislation is undoubtedly the Financial Services Act, or FSA. The FSA says that financial consultants need to do two things : they need to know their consommateur and they need to give best advice.

260

Ces deux principes reposent sur la connaissance, le savoir et l'expertise, trois éléments qui ont été identifiés précédemment comme propices au développement des systèmes experts. Il faut aussi reconnaître, FSA ou non, que l'application de ces deux principes devrait être introduite *subito* dans les compagnies d'assurance canadiennes qui ne les ont pas encore intégrés au sein de leur culture corporative. Ces deux principes reposent sur le concept de qualité, concept reconnu qui apparaît de plus en plus dans toutes les publications de l'industrie.

L'effet immédiat de la FSA sur l'industrie de l'assurance a été d'obliger plusieurs agents et courtiers à s'affilier à une compagnie d'assurance et ce, afin d'obtenir toutes les ressources d'une grande entreprise pour éviter les risques de poursuites judiciaires.

Bien entendu, la FSA allait provoquer des changements radicaux dans la supervision et la gestion de la qualité des effectifs de vente au sein des compagnies d'assurance. La préoccupation première des administrateurs de la SAIG était alors de s'assurer d'un contrôle serré sur les activités de ses effectifs de vente. L'application de la FSA rendait alors indésirable les agents agressifs et incompetents qui risquaient alors de mettre l'entreprise en difficulté face aux tribunaux. Un parallèle peut être tracé avec les exigences de la concurrence. Le consommateur frustré par le manque d'expertise d'un agent ou encore par son inexpérience est beaucoup plus difficile à récupérer. Un consommateur déçu risque de faire beaucoup plus de tort qu'un consommateur satisfait. Alors qu'un consommateur satisfait communiquera sa satisfaction à trois individus en moyenne, l'individu frustré communiquera sa frustration à près

de quinze personnes en moyenne. On comprend vite pourquoi il est nécessaire de faire tout ce qui est possible pour conserver une clientèle satisfaite.

À cette préoccupation de contrôle, s'ajoutent un roulement élevé des produits (la vie moyenne d'un produit d'assurance-vie au Royaume-Uni est de 5 ans) et un taux de rétention des agents inquiétants (95 % de tous les agents qui se sont joints à la compagnie ont quitté l'entreprise après la cinquième année). En fait, la SAIG et ses administrateurs reconnaissaient que ces facteurs risquaient d'être fort dommageables pour l'entreprise. Il est bien évident qu'un faible taux de rétention des agents entraîne un faible taux de rétention de la clientèle qui, lui-même, entraîne des difficultés avec la rentabilité des produits.

261

Afin de répondre aux préoccupations mentionnées, le concept de « vente selon les besoins totaux » (*total needs selling*) a déjà été proposé dans l'industrie de l'assurance. Celui-ci consiste à orienter la recommandation d'un ou des produits selon la connaissance des besoins du consommateur (objectifs financiers et autres) de façon à bâtir une stratégie d'investissement et de couverture maximisant un retour d'investissement à long terme. Il va sans dire que cette stratégie contraste dramatiquement avec certaines tactiques de vente sous pression qui ont pu, par le passé, être associées à l'industrie de l'assurance et qui n'avaient pour objectif que la vente du produit et non les besoins réels du consommateur.

Plusieurs études existent sur la vente selon les besoins. Sans tomber dans tous les détails, il suffit de dire que ce type de vente semble augmenter le montant moyen de couverture par individu (ce qui signifie des primes plus élevées par individu). En montrant objectivement au consommateur le « vrai » risque financier, l'agent a beaucoup plus de chances d'augmenter la motivation du consommateur à acquérir plus de produits. L'acquisition de plusieurs produits de l'entreprise par le consommateur devient intéressante :

It had been decisively shown in studies by the Life Insurance Marketing Research association (LIMRA) in the

United States that a consommateur was much less likely to move a multi-product relationship from one insurance firm to another than to move a single product relationship.

La vente selon les besoins permet donc une plus grande distribution et rétention des produits par individu, une meilleure relation d'affaire, une plus grande fidélisation de la clientèle et un meilleur chiffre d'affaire.

262 L'image du « vrai » risque financier doit être objective. Ce qui est souhaitable, c'est que la façon de représenter ce risque soit uniforme chez tous les agents. Ce qui devient encore plus souhaitable, c'est que l'expertise de nos meilleurs agents à représenter ce risque soit transposée dans tous nos effectifs de vente. La SAIG a compris que l'uniformisation de l'expertise parmi ses agents passait par l'intégration de systèmes experts dans l'entreprise. Par l'uniformisation de l'expertise de la vente selon les besoins, SAIG a compris que le « cycle de succès » (*cycle-of-success*) pouvait ainsi être engendré. Le cycle du succès débute par une meilleure évaluation des besoins financiers du consommateur en appliquant la vente selon les besoins, entraînant ainsi plus de ventes et un meilleur taux de rétention des produits, générant ainsi des revenus plus élevés pour les agents donc un meilleur taux de rétention des agents, entraînant une augmentation de la clientèle et finalement une augmentation de la rentabilité de l'entreprise.

En plus d'uniformiser l'expertise parmi ses agents, le système expert de la SAIF a permis d'établir le profil complet du consommateur de façon à évaluer objectivement et professionnellement ses besoins réels. Le système rencontre directement les objectifs de la vente selon les besoins du client et selon ceux du FSA. Les résultats sont étonnants. Prenons par exemple le cas de la formation des agents. Alors que par le passé il fallait entre 18 et 20 mois pour former un nouvel agent relativement aux produits de l'entreprise, il en faut en moyenne entre 9 et 10 mois avec le nouveau système. L'expertise qui y est contenue regroupe une connaissance des nombreux produits de l'entreprise afin de pouvoir, en tout temps, proposer le meilleur

produit au consommateur selon ses besoins. L'agent peut donc facilement « provoquer » certains besoins lors de son apprentissage.

En fait, ce système a permis à de nombreux agents moins efficaces d'atteindre une performance nettement supérieure provoquant ainsi une saine compétition au sein de l'entreprise. Par exemple, il connaît une popularité étonnante auprès des agents féminins. En 1990, après son intégration, 15 % des 200 meilleurs agents étaient des femmes alors qu'avant son intégration, les agents féminins ne composaient que 1 % des 200 meilleurs agents.

263

De plus, les administrateurs de la compagnie ont été fortement impressionnés face au système. Selon eux, trois secteurs en auraient particulièrement bénéficié : les ventes de produits financiers et de contrats d'assurance, le recrutement des conseillers et des agents et la satisfaction de la clientèle. Ces mêmes administrateurs ont été d'accord pour affirmer que leur système augmentait les ventes d'environ 25 %.

Le système s'est avéré un outil précieux et essentiel pour attirer de nouveaux conseillers et de nouveaux agents au sein de la compagnie. En trois années, les effectifs de vente sont passés de 300 à 1 200 individus et le nombre de succursales de la compagnie a augmenté de près de 50 % en 1990. En plus d'augmenter le facteur de rétention des agents, son intégration a permis de faciliter l'embauche de nouvelles personnes. S'étant fait connaître au sein de l'industrie, Profiling a même attiré plusieurs administrateurs expérimentés des autres compagnies.

Le système a aussi augmenté la performance et le taux de succès des agents. Au chapitre des ventes, les conseillers et agents qui l'utilisent connaissent un taux de succès de l'ordre de 50 à 70 %, comparativement à environ 35 % chez ceux qui ne l'utilisent pas. Parmi les 200 meilleurs agents et conseillers, les utilisateurs du système augmentent la moyenne des primes par individu d'environ 46 % alors que ceux qui ne l'utilisent pas se contentent d'une augmentation de 14 %.

264

Le système expert Profiling a donc permis à la SAIG d'atteindre des objectifs importants et cruciaux pour le développement de l'entreprise. Il est donc raisonnable de croire que la technologie des systèmes experts permet d'accroître la performance des agents et conseillers, en plus de régler certains problèmes de recrutement, de rétention, et de standardisation au sein des compagnies d'assurances. Dans le cas de la SAIG, cette technologie a même permis de s'assurer le respect des normes du FSA. Dans le cas des entreprises canadiennes, cette technologie pourrait s'avérer être une solution intéressante pour le défi que pose la recherche de la qualité et de l'intégrité professionnelle auprès du consommateur.

Afin d'évaluer scientifiquement les bénéfices de l'intégration d'un tel système, le regroupement de compagnies d'assurance canadiennes permettrait vraisemblablement de découvrir les véritables effets de cette technologie. D'un point de vue concurrentiel, les entreprises y retireraient toutes un avantage à moyen et à long terme.

Systèmes experts et la personnalisation des documents

L'industrie de l'assurance, comme tout autre industrie, est constamment à la recherche de moyens afin de rejoindre le consommateur. Parmi ces moyens, la personnalisation des services et des produits occupe une place de plus en plus grande. En effet, la personnalisation permet d'offrir au consommateur un produit unique qui démarquera l'entreprise sur le marché et qui permettra au consommateur d'obtenir un produit adapté à son environnement. Ce phénomène de personnalisation est de plus en plus recherché chez le consommateur.

Lors de l'offre de services financiers ou d'assurance, la personnalisation peut prendre plusieurs formes fort attrayantes. Parmi celles-ci on retrouve la personnalisation des documents qui a pour objectif de fournir au consommateur des documents qui ne s'arrêtent que sur les détails concernant ce consommateur. Par exemple, dans certaines entreprises, on retrouve de plus en plus de documents explicatifs de régimes de pension (relevés)

qui sont personnalisés selon les caractéristiques de l'employé. Ce type de relevés a l'avantage de se concentrer principalement sur les détails et les informations concernant l'employé. Tout information superflue et inutile pour l'employé est éliminée afin de clarifier l'information contenue dans le relevé. Ce type de document devient alors extrêmement attrayant pour l'entreprise puisqu'il permet d'offrir une information de qualité à l'employé.

Encore une fois, la conception automatisée de ce type de document peut-être réalisée à l'aide de la technologie des systèmes experts puisqu'elle repose très souvent sur l'application de règles et de faits (éléments qui sont propices à l'intégration d'un systèmes expert). L'entretien de ce type d'application devient alors relativement simple puisque la structure logique de la conception est modélisée avec un outil adéquat. De plus, la majorité des outils de développement de système expert permettant une représentation simple de la logique sous-jacente au système développé, le développement et l'entretien du système devient beaucoup plus flexible et accessible aux responsables du document. Le système peut être alors plus facilement compris, modifié et appliqué. L'expérience chez LOGISIL démontre que ce type de documents devient de plus en plus populaire chez les employeurs et surtout, chez les employés.

265

La production de documents d'analyse financière et de profil financier du consommateur constituent aussi un domaine de choix pour l'application de systèmes experts. Les documents produits sont, encore une fois, adaptés aux besoins réels du consommateur.

La production de documents personnalisés peut aussi s'appliquer pour les services à l'intérieur de l'entreprise. Les politiques, règlements, procédures, descriptions et informations peuvent être emmagasinés sous forme de règles et de textes. Ainsi, l'accès à tous ces documents peut être adapté selon le contexte en cours. Ce type de documents, souvent appelés « documents intelligents », permet d'avoir recours au texte pertinent selon la situation qui prévaut. Les domaines touchés par ce type d'application sont principalement la souscription, le

service à la clientèle, le service des ventes, et tout autre services nécessitant l'emploi régulier de documents législatifs.

La personnalisation des documents permet d'avoir accès à une connaissance adaptée. L'utilisateur peut alors se concentrer sur l'application de la connaissance obtenue plutôt que sur l'extraction de cette connaissance d'une banque d'informations. N'oublions jamais que la connaissance et le savoir découle directement de l'information, et que pour obtenir cette connaissance ou ce savoir il faut analyser et synthétiser cette information. Bien souvent ces deux processus peuvent être effectués par le système expert.

266

Conclusion

Les systèmes experts sont souvent considérés, à tort, comme des outils de travail « exotiques » et beaucoup trop sophistiqués. Pourtant, l'expérience démontre qu'ils sont bien accessibles et à des coûts très raisonnables. Les mythes qui prévalent encore en 1993 doivent être détruits. Ils privent les entreprises canadiennes d'avantages réels et concurrentiels dans l'atteinte d'objectifs de productivité et d'efficacité.

Les avantages qu'offrent les systèmes experts sont beaucoup trop importants pour que les compagnies d'assurance ne s'y intéressent pas. Ils peuvent aider à relever le défi que pose la recherche de la qualité et de l'intégrité professionnelle auprès du consommateur.

Références

- [1] Barr and Feigenbaum, *Handbook of Artificial Intelligence*, Vol.1, Addison Wesley, Boston, 1987.
- [2] CPCU, *Electronic Underwriter : Artificial Intelligence and Insurance*, The Society of CPCU, 1991.
- [3] Freundlich, Y., "Transfer Pricing : Integrating Expert Systems in MIS Environments", *IEEE Expert*, Vol.5, N°.1, Février 1990, Institute of Electrical and Electronics Engineers. 267
- [4] Havard Business School, Sun Alliance Insurance Group, PIC N1-192-073, Boston, March 1992.
- [5] Hieb, M.R. et al., "Representing Government Travel Regulations Expert Systems as Rules", *Heuristics : The Journal of Knowledge Engineering*, Vol.5, N°4, Hiver 1992, International Association of Knowledge Engineers.
- [6] Martin, N. and Cimprich, R., *Expert Systems in the Insurance Industry : 1990 Survey Report*, Coopers & Lybrand, New York, 1990.
- [7] Neuron Data, *Vertical References : Nexpert Object in Finance and Insurance*, Neuron Data, San Jose, 1991.
- [8] Ram, S., "Screening Financial Innovations : an Expert System Approach", *IEEE Expert*, Vol.5, N°4, Août 1990, Institute of Electrical and Electronics Engineers.
- [9] Rankin, J.C., "Transforming the enterprise with partnerships", *Resource*, Vol.17, N°8, Août 1992, LOMA.
- [10] Rankin, J.C., "Information Technology in the Year 2000", *Resource*, Vol.17, No.8, Août 1992, LOMA.
- [11] Reeve, J., "Meeting the Challenges of the 1990s", *Assurances*, No.4, Janvier 1993.

- [12] Rolston, David W., *Principles of Artificial Intelligence and Expert Systems Development*, McGraw Hill, New York, 1988.
- [13] White, M. and Goldsmith, J., *Standards and Review Manual for Certification in Knowledge Engineering : Handbook of Theory and Practice*, International Association of Knowledge Engineers, Maryland, 1990.

Copropriété divise et assurance : le nouveau droit*

par

Rémi Moreau

The author presents and comments on the new articles of the Québec Civil Code governing condominiums and which are expected to come into force in 1994.

269

The first part of the study deals with the general notions, the formal changes, and the main aspects of the Declaration of Co-ownership as regards insurance as well as the principles of insurance as they apply to this area.

The second part of the study, which will be published in the next issue, mainly deals with the provisions of insurance policies taken out either collectively by the administrators or individually by the co-owners.



PREMIÈRE PARTIE

Introduction

La copropriété divise apporte au droit et à la pratique des assurances des particularités nombreuses. Le but de cette étude est d'explorer les multiples facettes de cette forme particulière du domaine de la copropriété au regard des éléments légaux et contractuels de l'assurance et des applications concrètes qui en résultent, tant du côté de l'assurable que celui de l'assureur.

* Ce texte a été réalisé grâce à une commandite du Fonds d'études notariales de la Chambre des notaires du Québec.

L'arrière-plan, dans lequel s'inscrit cette étude, est vaste :

- 270
- a) la montée spectaculaire du marché des copropriétés, principalement parce que ce type de marché a pu cibler efficacement tous les groupes, à bas ou à haut revenu¹ ;
 - b) la jeunesse de la législation québécoise sur la copropriété divise, entrée en vigueur en 1969², conjuguée à la récente réforme en droit des biens³, en 1987 ;
 - c) le souci légitime de protection des assurés, forme particulière de la protection des consommateurs, clairement attesté tant dans la législation que dans la jurisprudence : sanctions des clauses abusives ; apparition de la notion encore vaporeuse d'« attente raisonnable » de l'assuré ; devoirs de conseil et d'information de la part des professionnels, des assureurs et des courtiers ;
 - d) l'intérêt des professionnels à approfondir les multiples facettes de la copropriété : les consommateurs se tourneront davantage, selon nous, vers les sociétés d'assurance qui sauront fournir des produits et des services d'assurance efficaces et à juste prix ; la présence auprès des consommateurs des professionnels du droit ou de l'assurance peut non seulement garantir la clarté de tels objectifs mais permettre les innovations jugées nécessaires.

Cette réflexion globale est bâtie par touches superposées, juxtaposées les unes aux autres, conduisant soit vers des principes, soit vers des applications pratiques. Les deux premiers chapitres, portant d'une part sur la notion de copropriété et d'autre part sur les principes d'assurances, sont suivis par des

¹ Selon la Commission de la construction du Québec, les copropriétés divisées représenteraient plus de 10% des unités résidentielles construites au Québec en 1989. Voir également l'étude de Joseph CHUNG, « Le marché des copropriétés dans la région de Montréal », *La Revue du Notariat*, vol. 87, sept. oct. 1984, p. 54.

² *Loi concernant la copropriété des immeubles*, L.Q. 1969, c. 76, intégrée au Code civil du Québec (articles 441 b) à 442 c).

³ *Loi portant réforme au Code civil du Québec du droit des personnes, des successions et des biens*, L.Q. 1987, c. 18, adoptée le 15 avril 1987 (non encore en vigueur). Cette Loi a été intégrée au projet de Loi 125, (1991, c. 64) Code civil du Québec, sanctionné le 18 décembre 1991 (non encore en vigueur).

chapitres plus pragmatiques, notamment le contenu des contrats d'assurance.

Les notions générales sur la copropriété divise

Définition de la copropriété

La nouvelle législation québécoise de 1987 ne définit pas la copropriété ; elle établit plutôt une distinction entre copropriété par indivision et copropriété divise :

La copropriété est dite par indivision lorsque plusieurs personnes ont ensemble un droit de propriété sur un bien sans que celui-ci soit matériellement partagé entre elles.

271

Elle est dite divise lorsque, le bien étant matériellement divisé quant à certaines parties, le droit de propriété se répartit entre les copropriétaires par fractions comprenant chacune une partie exclusive du bien et une part indivise des parties communes⁴.

La copropriété divise se caractérise par des éléments particuliers : l'existence d'une déclaration de copropriété enregistrée devant un notaire et la répartition du droit de propriété, à savoir une part exclusive ou divise dans un bien et une part indivise des parties communes.

Le mot « condominium »

Le mot « condominium » est souvent utilisé, à tort au plan sémantique, pour décrire la copropriété divise. Le rédacteur de la loi québécoise n'a pas retenu ce mot d'appellation latine⁵, dont l'origine remonterait à l'ère babylonienne⁶, contrairement aux législations américaines ou anglo-saxonnes, dites "Condominium Act", qui l'utilisent formellement. Le mot « condo » est cependant entré dans le langage courant québécois.

⁴Id, article 1050.

⁵CON qui signifie « avec » et DOMINION « propriété ».

⁶Charles EVERT, « Coverage for Condominium Unit-Owner », *CPCU Journal*, September 1991, p. 159.

Distinction entre copropriété divise, coopérative d'habitation et emphytéose

La copropriété divise et la coopérative d'habitation sont souvent confondues parce que les deux concepts couvrent une forme d'habitation collective.

La coopérative, au demeurant, régie par une loi particulière⁷, diffère en ce que les résidents d'un immeuble ne sont pas propriétaires de l'appartement qu'ils occupent, mais titulaires de parts sociales⁸.

272

La coopérative d'habitation implique la formation d'une société qui achète un immeuble et loue les logements à ses actionnaires.

L'emphytéose, par ailleurs, s'oppose à la copropriété, en termes de durée et de contenu : droit temporaire et contenu plus restrictif, interdisant, par exemple, de faire enregistrer une déclaration de copropriété, mais rien, toutefois, n'empêcherait leur coexistence⁹.

Origine de la législation québécoise sur la copropriété

La loi québécoise¹⁰ de 1969 est d'inspiration européenne, bien que le législateur ait pu tenir compte de l'expérience nord-américaine à l'époque de sa rédaction. Un auteur écrit à ce propos :

Le législateur québécois s'est inspiré des lois alors en vigueur dans les autres provinces canadiennes et en Louisiane mais particulièrement des expériences législatives belges et françaises. Les pays européens

⁷Loi sur les coopératives, L.Q., c. 67.2. Elle régit la constitution en corporation de la coopérative et en prévoit les modes de fonctionnement. La loi distingue plusieurs types de coopérative, dont les coopératives d'habitation.

⁸En cela, la coopérative d'habitation se rapproche plus de la copropriété par indivision.

⁹François FRENETTE, « Emphytéose et copropriété par déclaration: la démystification d'une impossible coexistence », *La Revue du Notariat*, vol. 90, n^{os} 3-4, novembre-décembre 1987, p. 147.

¹⁰Loi concernant la copropriété des immeubles, précitée, note 2.

jouissent d'une longue tradition de copropriété : la loi belge date du 8 juillet 1924 alors que la première loi française remonte au 28 juin 1938.

Il est essentiel pour la compréhension et l'interprétation de notre droit de noter que la majorité des articles de notre Code civil sont la reproduction presque intégrale de la loi française moderne qui date du 10 juillet 1965 et qui a depuis bénéficié de ce que les auteurs français ont qualifié de « modeste toilette très technique » aux termes de la loi du 31 décembre 1985 et du décret du 9 juin 1986¹¹.

273

Depuis la première législation étatique aux États-Unis, celle de l'État d'Hawaii¹², au début des années 1960, tous les États ont des législations particulières et qui traduisent l'importance de l'habitation en copropriété et son prodigieux développement : au début de la décennie '70, on comptait 400,000 unités en copropriété alors qu'au début des années '80, on rapportait 3,000,000 d'unités¹³. Au Canada, toutes les provinces ont également légiféré sur la copropriété suivant les pouvoirs exclusifs accordés aux législatures provinciales à cet égard.

La législation québécoise actuelle

La législation québécoise de 1969, innovatrice, instaure un régime mixte de propriété individuelle et de propriété collective, en définissant clairement ce qui est « partie commune » et « partie exclusive », en élaborant les règles de base au plan de l'administration, en précisant les droits et obligations des copropriétaires et en statuant sur la déclaration de copropriété. On y retrouve une seule disposition en matière d'assurance¹⁴ : les assurances de l'immeuble sont laissées à la discrétion des administrateurs, « sauf dans la mesure où la déclaration de copropriété y pourvoit ». On constate ainsi l'importance

¹¹Serge ALLARD, *Copropriété divise*, collection L'essentiel immobilier, Association de l'immeuble du Québec, p. 3.

¹²*Hawaiian Condominium Guide*, (1980-1982).

¹³*The John Liner Letter*, September 1982.

¹⁴Article 442 a C.c.

fondamentale de la déclaration de copropriété en matière d'assurance.

La législation de 1987 apporte, par rapport à la loi actuelle, des modifications importantes, telle l'obligation des administrateurs de constituer un fonds de prévoyance servant aux réparations majeures. Les dispositions de cette loi ont été intégrées dans le projet de loi 125 instituant le nouveau Code civil du Québec, adopté et sanctionné le 18 décembre 1991, et qui devrait entrer en vigueur le 1er janvier 1994. . Nous nous limiterons à identifier les modifications législatives ayant trait à l'assurance :

274

- La création d'une unité propre, conférant une personnalité morale à la collectivité des copropriétaires, laquelle prend le nom de syndicat :

La collectivité des copropriétaires constitue, dès la publication de la déclaration de copropriété, une personne morale qui a pour objet la conservation de l'immeuble, l'entretien et l'administration des parties communes, la sauvegarde des droits afférents à l'immeuble ou à la copropriété, ainsi que toutes les opérations d'intérêt commun.

Elle prend le nom de syndicat¹⁵.

- L'intérêt assurable du syndicat et l'obligation d'assurance :

Le syndicat a un intérêt assurable dans tout l'immeuble, y compris les parties privatives. Il doit souscrire des assurances contre les risques usuels, tels le vol et l'incendie, couvrant la totalité de l'immeuble, à l'exclusion des améliorations apportées par un copropriétaire à sa partie. Le montant de l'assurance souscrite correspond à la valeur à neuf de l'immeuble.

Il doit aussi souscrire une assurance couvrant sa responsabilité envers les tiers¹⁶.

¹⁵Loi portant réforme au Code civil du Québec du droit des personnes, des successions et des biens, précitée, note 3, article 1039 C.c.Q.

¹⁶Id, article 1073 C.c.Q.

- L'effet d'une violation du contrat d'assurance :

La violation d'une des conditions du contrat d'assurance par un copropriétaire n'est pas opposable au syndicat¹⁷.

- L'indemnité due au syndicat par l'assureur :

L'indemnité due au syndicat à la suite d'une perte importante est, malgré l'article 2494, versée au fiduciaire nommé dans l'acte constitutif de copropriété ou, à défaut, désigné par le syndicat.

Elle doit être utilisée pour la réparation ou la reconstruction de l'immeuble, sauf si le syndicat décide de mettre fin à la copropriété ; en ce cas, le fiduciaire, après avoir déterminé la part de l'indemnité de chacun des copropriétaires en fonction de la valeur relative de sa fraction, paie, sur cette part, les créanciers prioritaires et hypothécaires suivant les règles de l'article 2497. Il remet, pour chacun des copropriétaires, le solde de l'indemnité au liquidateur du syndicat avec son rapport¹⁸.

- Certaines responsabilités du syndicat :

Le syndicat est responsable des dommages causés aux copropriétaires ou aux tiers par le vice de conception ou de construction ou le défaut d'entretien des parties communes, sans préjudice de toute action récursoire¹⁹.

- Le refus d'un copropriétaire de se conformer à la déclaration :

Lorsque le refus du copropriétaire de se conformer à la déclaration de copropriété cause un préjudice sérieux et irréparable au syndicat ou à l'un des copropriétaires, l'un ou l'autre peut demander au tribunal de lui enjoindre de s'y conformer²⁰.

¹⁷Id, article 1074 C.c.Q.

¹⁸Id, article 1075 C.c.Q.

¹⁹Id, article 1077 C.c.Q.

²⁰Id, article 1080 C.c.Q., al.1.

La déclaration de copropriété et l'assurance**Sa nature**

Nous passerons sous silence l'énumération des dispositions de la déclaration, car tel n'est pas l'objet de notre propos. Qu'il nous suffise cependant de mentionner l'initiative intéressante de la Chambre des notaires du Québec d'uniformiser, au moyen de trois modèles ou formules, la déclaration de copropriété²¹. Nous y voyons un triple intérêt :

- 276
- a) les annotations explicatives retrouvées en marge des dispositions ;
 - b) la rédaction de clauses actualisées et personnalisées par les trois formules (petite, intermédiaire et longue), les couvertures obligatoires, les dispositions facultatives et les variantes ;
 - c) les renvois à des règlements, joints à la déclaration, afin de ne pas alourdir inutilement les dispositions d'assurance.

Signalons les principales parties de la déclaration annotée de la Chambre des notaires :

- Sous-section 1 : responsabilité des administrateurs de souscrire certaines assurances ;
- Sous-section 2 : responsabilité des copropriétaires de souscrire certaines assurances ;
- Sous-section 3 : fiduciaire pour fins d'assurance ;
- Sous-section 4 : indemnités d'assurance.

Son importance en assurance

Nous signalions précédemment l'importance de la déclaration de copropriété au regard de l'assurance, puisque le Code actuel est muet (nous ne prenons pas en compte la disposition nouvelle sur l'obligation d'assurance) sur la nature et

²¹ « Déclaration de copropriété annotée - Biens - Formulaire - Document 1 », Novembre 1984, élaborée sous la direction d'un comité présidé par Me Serge Binette, notaire, assisté de Me Serge Allard, notaire.

l'étendue des contrats d'assurance : dans cette optique, elle sert de guide aux administrateurs et aux copropriétaires. Elle est également de première utilité aux courtiers d'assurance qui devront s'y référer, lors des demandes d'assurance. Elle servira aux fiduciaires d'assurance dont le rôle, nous le verrons plus loin, est de recevoir les indemnités d'assurance. Elle sera utile, enfin, aux experts en sinistre dont la mission est de faire des recommandations aux assureurs à la lumière du contrat d'assurance.

Les principes d'assurance appliqués à la copropriété

277

L'assuré en copropriété, qu'il soit preneur, titulaire désigné de la police, assuré additionnel ou inconnu ou bénéficiaire (nous reviendrons plus loin sur ces notions) est assujéti à un ensemble de règles communes qui régissent tous les contrats d'assurance souscrits au Québec. Nous retenons, dans le cadre de ce chapitre, les dispositions fondamentales, en y insérant les applications à la copropriété divise.

Éléments fondamentaux de l'assurance

Le risque

Le risque est un moteur du progrès, car il oblige l'être humain à se surpasser sans cesse. Il est aussi un élément fondamental de l'assurance. Point de risque, point d'assurance. On ne saurait assurer un igloo contre l'incendie au pôle nord. Le concept de risque prend sa source dans la définition même de l'assurance :

Le contrat d'assurance est celui en vertu duquel l'assureur, moyennant une prime ou une cotisation, s'engage à verser au preneur ou à un tiers une prestation en cas de **réalisation d'un risque**²².

(les caractères gras sont de nous.)

²²Article 2458 C.c.

A partir de cette définition, on peut décomposer comme suit les caractéristiques du risque :

- a) il constitue un événement incertain dans sa réalisation²³ ;
- b) il ne doit pas dépendre de la volonté exclusive des parties²⁴ ;
- c) il ne doit pas aller à l'encontre de l'ordre public ou des bonnes mœurs²⁵.

278

La garantie et le principe indemnitaire de l'assurance

La garantie constitue la prestation de l'assureur, enclenchée lors de la réalisation du risque et s'exerçant dans les limites et conditions de la police.

La garantie est liée strictement au principe indemnitaire. L'assureur n'est tenu de verser que le montant récl²⁶ du sinistre, même si le montant d'assurance est plus élevé, sans que l'assuré ne puisse s'enrichir ou réaliser un profit de son infortune. La loi n'interdit pas cependant la valeur à neuf ou coût de remplacement, sans dépréciation, mais à certaines conditions, comme nous le verrons plus loin dans cette étude, notamment que l'assuré justifie à l'assureur le coût effectif de remplacement.

La prime

La prime est la contrepartie des obligations de l'assureur : c'est l'obligation principale de l'assuré, le prix qu'il doit payer²⁷. Techniquement, la prime individuelle, établie scientifiquement à partir de la loi des grands nombres, sert à alimenter le fonds d'assurance nécessaire à l'indemnisation des sinistres. La prime

²³D'où l'exclusion des conséquences de réclamations connues de l'assuré lors de la souscription.

²⁴D'où l'exclusion de la faute intentionnelle de l'assuré. On retrouve, dans les contrats d'assurance de responsabilité la définition du mot « événement »: acte ou circonstance que l'assuré n'a ni prévu ni voulu.

²⁵On ne saurait assurer un « condo » dont la vocation serait de servir comme maison de débauche ou maison de contrebande.

²⁶Article 2562 C.c.

²⁷Articles 2570 et 2571 C.c.

est payable par le preneur de l'assurance. Dans l'assurance de copropriété souscrite par les administrateurs, elle constitue, selon la déclaration de copropriété, une charge commune, à l'exception de la prime exigible ayant trait aux assurances souscrites exclusivement par les copropriétaires.

La plus entière bonne foi²⁸

Toute fausse déclaration faite délibérément à l'assureur, à l'origine d'une demande d'assurance, sur des faits connus du proposant ou du preneur invalide le contrat d'assurance, si les faits ont un rapport avec le contrat, c'est-à-dire s'ils ont servi à l'appréciation du risque (ex. : le fait de déclarer que l'immeuble en copropriété est construit en béton alors qu'il est en bois ou qu'il comporte vingt parties exclusives, alors qu'il y en a trente). Si la déclaration fautive n'a pas été faite de mauvaise foi, la police n'est pas nulle mais l'indemnité qui sera versée, suivant un sinistre, sera dans la proportion de la prime reçue par l'assureur à celle qu'il aurait dû recevoir²⁹. La plus entière bonne foi doit exister non seulement à l'époque de la demande d'assurance, mais pendant toute la durée du contrat sans discontinuité. Toute aggravation du risque, en cours de contrat, ou toute demande d'indemnisation, en raison d'un sinistre, sont pareillement assujetties au principe de la plus entière bonne foi *uberrimae fidei*. Il appartiendrait à l'assureur de prouver la mauvaise foi de l'assuré³⁰ : la bonne foi se présume toujours.

279

La déclaration initiale du risque et les aggravations de risque

Nous venons de constater que la déclaration initiale du risque par le preneur doit être empreinte de la plus haute bonne foi. Ce dernier doit déclarer à l'assureur toutes les circonstances

²⁸Rémi MOREAU, « La plus entière bonne foi », *Assurances*, janvier 1993, p. 577.

²⁹Article 2488 C.c.

³⁰*Berner c. The Mutual Life Assurance Co.*, (1973) C.A. 892; *Demers c. Mutual of Omaha Insurance*, (1977) C.S. 658; *Labrecque c. La Prévoyance, Compagnie d'assurance*, (1986) R.R.A. 317; *Joreg Limited c. Hanover, Compagnie d'assurance Ltd*, (1986) R.R.A. 296.

280

connues de lui, susceptibles d'avoir une influence sur l'assurance et non seulement se contenter, croyons-nous, de répondre aux questions posées par l'assureur dans la proposition. Un auteur, toutefois, constate l'ambiguïté du droit positif à ce sujet, au Québec³¹, contrairement à la situation en France³², où la Commission des clauses abusives a recommandé que l'assuré ne soit obligé que de répondre aux questions claires et précises de la proposition. Nous croyons que l'article 2485 C.c., à cet égard, ne se restreint nullement à la pratique d'un questionnaire, lequel est d'ailleurs facultatif dans les opérations usuelles. Toutefois, tel que selon 2486 C.c., alinéa 2, l'assuré n'est pas tenu de déclarer les faits notoires que l'assureur connaît ou qu'il est susceptible de connaître par lui-même ou ses représentants. L'arrêt *Canadien Johns-Manville Company Limited c. The Canadian Indemnity*³³ confirme cette règle en concluant que les problèmes reliés aux produits de l'amiante, non déclarés à l'assureur au moment de la souscription d'une assurance responsabilité, en 1970, lui étaient cependant connus, compte tenu de leur notoriété et des nombreux articles de journaux alors publiés quant à ces problèmes. D'autres jugements abondent dans le même sens³⁴.

Nous signalons, au paragraphe précédent, les sanctions possibles face à l'assuré : la déchéance du contrat ou la réduction proportionnelle de l'indemnité, s'il n'y a pas mauvaise foi. Nous examinerons plus loin les tempéraments possibles, vis-à-vis d'autres coassurés, notamment en matière de copropriété.

Le Code civil précise également que les aggravations de risque, pendant la période d'assurance, sont également

³¹ Didier LLUELLES, « La portée du questionnaire sur le principe de la déclaration spontanée, à la lumière du droit comparé des assurances terrestres », *The Canadian Bar Review*, vol. 67, 1988, p. 258.

³² Yvonne LAMBERT-FAIVRE, *Droit des assurances*, 7^e édition, Précis Dalloz, 1990, p. 186.

³³ C.A. (1988) R.J.Q. 2651 à 2659.

³⁴ *Applicated F.M. Insurance Co. c. Appel Jewellery Manufacturing Ltd et autre*, (1990) R.J.Q. 3421; *Jobin-Blouin c. La Mutuelle du Canada, Cie d'assurance sur la vie*, J.E.85-1056; *Norwick Union Fire Insurance Society Ltd. c. Gaudreau*, (1953) B.R. 753.

sanctionnées de nullité³⁵. Deux brefs commentaires de jurisprudence ont été faits par l'auteur sur cette question³⁶.

La vente d'une partie exclusive par son propriétaire à un nouveau copropriétaire, sur qui pèseraient diverses condamnations pénales, laquelle vente n'aurait pas été déclarée à l'assureur, ou encore la convertibilité d'un immeuble, pendant la période d'assurance, en copropriété divise, pareillement non déclarée à l'assureur, constitueraient-elles des aggravations de risque ? Dans le premier cas, nous devons répondre négativement. Lorsque l'acceptation d'une assurance souscrite par les administrateurs est faite par l'assureur, le fondement d'une telle acceptation ne semble pas reposer sur la désignation personnelle des copropriétaires, ni sur leur réputation, mais plutôt sur des éléments matériels : l'objet assuré, sa nature, sa construction, le nombre d'unités, etc. Dans le second cas, nous croyons devoir répondre affirmativement. La convertibilité d'un immeuble à logement locatif en copropriété divise implique un changement matériel de risque, tant au niveau de la vocation de l'immeuble qu'au niveau des effets consécutifs à la loi ou à la déclaration, que l'assureur doit connaître.

281

L'intérêt d'assurance

Un contrat d'assurance n'est valide que si la personne qui le souscrit possède un intérêt valable sur le bien assuré, à savoir qu'elle puisse subir un dommage direct et immédiat de la perte ou de la disparition de ce bien³⁷, et si elle est titulaire d'un droit réel d'un tel bien. Dans l'arrêt *Kosmopoulos c. Constitution Insurance Co.* (1987) 1 R.C.S. 2, la Cour suprême a assoupli la conception stricte de cette notion qui prévalait jusqu'ici. Contrairement à l'assurance sur la vie, l'intérêt, en assurance de dommages, doit exister au moment du sinistre et non pas nécessairement au moment de la demande d'assurance. L'intérêt

³⁵Article 2566 C.c.

³⁶Rémi MOREAU, « L'aggravation du risque: l'article 2566 C.c. et quatre jugements récents », *Assurances*, juillet 1988, p. 306; Rémi MOREAU, « Le sens de « aggravation du risque », *Assurances*, octobre 1990, p. 351.

³⁷Articles 2580 à 2582 C.c.

d'assurance est destiné à garantir la moralité de l'opération d'assurance.

Voyons quelques applications de la notion d'intérêt assurable en matière de copropriété :

282

- a) l'intérêt des administrateurs de la copropriété de souscrire une assurance, s'il est d'ordre légal en vertu de la nouvelle loi, serait avant tout d'ordre contractuel, provenant de la déclaration de copropriété, qui réfère, d'ailleurs « aux administrateurs es qualité au nom de la collectivité » ;
- b) l'intérêt du copropriétaire dans les parties communes est double : sa partie exclusive est greffée aux parties communes ; il peut, en outre, subir une perte du fait de sa quote-part dans l'ensemble de l'immeuble sinistré ;
- c) l'intérêt du créancier hypothécaire se mesure à concurrence de la valeur de la créance hypothécaire dans le bien assuré ;
- d) l'intérêt d'un locataire dans une copropriété peut résider dans l'obligation d'assurance en vertu d'un bail : le locataire a un intérêt à s'assurer, en ce qui concerne la partie exclusive, car si les lieux loués sont endommagés, il est passible de dommages-intérêts, suite à une poursuite éventuelle par le copropriétaire-locateur et/ou par la collectivité des copropriétaires.

Éléments contractuels de la police

La demande d'assurance

La demande d'assurance provient du preneur, celui qui souscrit le contrat d'assurance. En ce qui concerne l'assurance de la copropriété divise, deux demandes distinctes et complémentaires sont envisagées :

- le cas du preneur à titre d'administrateur es qualité de la collectivité, en ce qui concerne l'assurance de l'immeuble (parties communes et parties exclusives confondues) et les autres besoins collectifs d'assurance ;

- le cas du preneur, en tant que propriétaire exclusif de certains biens : les améliorations apportées dans sa partie exclusive et les biens mobiliers ou effets personnels lui appartenant ou dont il peut être tenu responsable.

La proposition, la note de couverture et le certificat d'assurance

Il ne faut pas confondre les termes. La proposition³⁸ sert de demande faite à l'assureur au moyen d'un formulaire de questions rédigées par l'assureur : le preneur y inscrit les réponses aux questions posées, au sujet de la nature des risques à assurer, des éléments de garantie et des montants désirés, et autres. Le contrat est valide dès que l'assureur accepte la proposition du preneur. En cas de divergence entre la police et la proposition, cette dernière lie l'assureur³⁹. Une certaine jurisprudence récente semble conférer à la proposition une nette prédominance sur la police en cas de divergence⁴⁰. Nous croyons que la proposition ne lie l'assureur que dans la mesure où les garanties accordées ne sont pas conformes à des demandes expresses du preneur. Les restrictions usuelles des contrats d'assurance ne peuvent, selon nous, générer des divergences⁴¹. Nous regrettons que le rédacteur du nouveau Code civil du Québec n'ait pas mieux clarifié la controverse actuelle entourant cette question⁴².

La note de couverture⁴³ est un document qui remplace temporairement la police, lorsque la demande d'assurance est acceptée, en attendant que la police soit émise.

³⁸Article 2476 C.c.

³⁹Article 2478 C.c.

⁴⁰*Robitaille c. Madill*, (1990) 1 R.C.S. 985; *Faubert c. L'Industrielle, Compagnie d'assurance sur la vie*, (1987) R.J.Q. 973.

⁴¹Rémi MOREAU, « Le projet de réforme du Code civil et l'assurance », *Assurances*, juillet 1991, p. 212 et ss.

⁴²Rémi MOREAU, « La divergence entre la police et la proposition », *Assurances*, Avril 1993, p. 105.

⁴³Rémi MOREAU, « Les certificats d'assurance et les notes de couverture », *Assurances*, juillet 1988, p. 299.

Le certificat d'assurance peut être émis en vertu d'une police collective pour le bénéfice des assurés individuels ou encore peut être remis à certaines personnes qui l'exigent : il atteste l'existence du contrat d'assurance et ces principaux éléments. En matière de copropriété divise, il importe que des certificats soient remis annuellement à chaque copropriétaire. Cette exigence devrait apparaître clairement dans la déclaration de copropriété.

284

La distinction entre le preneur et les assurés

Généralement, le preneur et l'assuré se confondent, car la personne physique ou morale qui souscrit une assurance le fait pour son propre compte. Dès l'acceptation de la demande d'assurance, l'assureur émet une police au nom de l'assuré désigné principalement dans la police. Le preneur devient, en tel cas, le titulaire principal du contrat. Toutefois, le mot assuré n'est pas limitatif. Il comprend, outre l'assuré désigné, certains autres assurés désignés, le cas échéant, et enfin, des assurés innommés. En assurance de copropriété, on retrouve, par exemple :

le preneur	les administrateurs
l'assuré désigné	les administrateurs <i>ès</i> qualité pour le compte de la collectivité des copropriétaires et/ou le syndicat et/ou le fiduciaire
les assurés innommés	les copropriétaires, selon leurs intérêts, tout employé, s'il y a lieu, et toute personne chargée de la gérance de l'immeuble. (Dans l'assurance souscrite personnellement par un copropriétaire, les assurés innommés sont les suivants : outre l'assuré désigné, son conjoint, les membres de sa famille, les membres de la famille de son conjoint, les personnes âgées de moins de 21 ans à sa garde ou à celle des autres personnes ci-dessus).

La pluralité d'assurés et leurs droits respectifs

Concernant l'assurance sur l'immeuble en copropriété, tout copropriétaire assuré dans le programme collectif doit posséder les droits d'un assuré distinct, comme si une police individuelle eut été émise en sa faveur. Il peut survenir des cas où une police est invalidée par les actes fautifs ou les fausses déclarations d'un assuré. La police pourrait prévoir tels cas de la façon suivante :

Les actes, déclarations ou omissions de l'assuré, qui auraient pour effet de rendre la police nulle, auront effet seulement sur les droits de cet assuré et ne pourront porter préjudice aux autres assurés.

285

Ainsi, telle clause permettrait la sauvegarde des droits d'un assuré, suivant une fausse déclaration d'un autre assuré, suivant toute aggravation de risque d'un autre assuré ou suivant un acte frauduleux, criminel ou malhonnête d'un autre assuré.

En outre, la disposition suivante est également importante :

L'assureur renonce aux recours qu'il pourrait exercer en subrogation ou autrement contre l'une ou l'autre partie assurée.

Au plan de l'assurance de la responsabilité, laquelle garantit les conséquences de la responsabilité civile de l'assuré en raison de dommages corporels ou matériels subis par des tiers, le mot « tiers » désigne communément une personne extérieure à la police, autre qu'un coassuré. Il est donc important, dans la matière qui nous occupe, de retrouver la clause suivante, dite « individualité de la garantie ».

L'assureur autorise un droit de recours entre coassurés, sans que le montant d'assurance en soit pour autant augmenté, de sorte que chaque assuré est considéré comme un tiers, en cas de réclamation ou poursuite présentée contre lui par un autre assuré.

En plus, il est opportun d'atténuer l'exclusion relative aux actes frauduleux ou criminels de l'assuré à l'effet que telle

exclusion ne soit pas opposable aux assurés qui ne sont pas les auteurs ni les complices de tels actes.

286 Autre problème, celui des exceptions postérieures au sinistre que l'assureur peut opposer à tout assuré et des conséquences pour les autres assurés, tel le défaut ou le retard d'aviser l'assureur dans les meilleurs délais d'un sinistre, dès qu'il en a eu connaissance⁴⁴. Tout intéressé peut donner cet avis. Le contrat est explicite : tel défaut ou retard entraîne la déchéance du droit à l'indemnisation. Cette déchéance s'applique-t-elle également aux bénéficiaires de la police ? La Cour supérieure, dans l'arrêt *Canadian Home Insurance Co. c. Piandres* a conclu qu'un assuré innommé dans la police ne devait pas souffrir du défaut d'avis de l'assuré principal. La Cour d'appel renversa ce jugement⁴⁵. Dans une autre affaire, *Commercial Union Assurance Co. c. Northumberland General Insurance Co. et al.*⁴⁶, la Cour d'appel s'est également prononcé sur l'opposabilité aux tiers lésés, d'un avis tardif de sinistre.

Dans les circonstances, nous croyons que la meilleure protection des coassurés réside dans une disposition claire et explicite dans le contrat d'assurance, notamment :

- l'inopposabilité vis-à-vis tout assuré du défaut de respecter une condition de la police, même postérieure au sinistre, par un assuré ;
- l'inopposabilité de tout défaut ou retard d'avis de sinistre vis-à-vis tout assuré, si l'assureur n'en subit aucun préjudice.

Terminons cette partie par un bref commentaire sur la faute intentionnelle de l'assuré. A cet égard, le Code civil est formel : l'assureur ne répond pas d'un dommage causé intentionnellement par l'assuré. Il est heureux que le nouveau code, ne suivant pas à cet égard la décision rendue par la Cour suprême dans l'arrêt *Scott c. Wawanesa*, (1989) 1 r.c.s. 1445, ait

⁴⁴Article 2572 C.c.

⁴⁵(1986) R.C.A. 285.

⁴⁶(1990) R.J.Q. 1813.

ajouté la disposition suivante, laquelle irait nettement dans l'intérêt des copropriétaires assurés collectivement :

En cas de pluralité d'assurés, l'obligations de garantie demeure à l'égard des assurés qui n'ont pas commis de faute intentionnelle.

Après avoir passé en revue les principes et leurs applications en matière de copropriété, nous examinerons la pratique de l'assurance, sous l'angle des contrats d'assurance de la copropriété divise.

Cette seconde partie sera publiée dans le prochain numéro.

Faits d'actualité

par

R. M.

1. Forum Assurance 1993

Organisé par l'Institut d'assurance du Québec, le troisième Forum Assurance s'est tenu à Montréal, le 10 mars 1993. Sous un thème futuriste, « L'assurance après l'an 2000 », ce forum réunissait plus de 200 participants et toute une brochette de conférenciers.

289

Le coup d'envoi fut donné par les deux premiers conférenciers, qui ont livré leur propre vision de l'avenir. Le premier, M. Denis Moffet, a remis en question les grands ensembles financiers, en souhaitant un affranchissement de la superstition et du mimétisme. Le second, M. John Harbour a présenté une vue concrète de l'avenir de la société d'assurance qu'il préside en s'appuyant sur un plan de développement préparé aujourd'hui. Le futur se prépare nécessairement maintenant.

Le Forum comprenait quatre ateliers :

- les outils électroniques : les banques de données disponibles en assurance, aujourd'hui et demain ;
- le contrôle financier des assureurs : les normes et les activités de contrôle pour le présent et l'avenir ;
- la distribution : comment réagira le consommateur en l'an 2001, après sept ans de turbulence dans le domaine de la distribution ?
- la qualité en toute assurance : la qualité totale, un enjeu d'aujourd'hui.

2. **Rapport d'appui au secteur financier par le ministre Robic**

Dans un document rendu public en mars 1993, le ministre déléguée aux Finances, Madame Louise Robic, propose, à l'égard du secteur financier québécois, une série de politiques nouvelles qui seront soumises à la consultation publique prochainement.

Le document s'intitule « L'appui au secteur financier : des dividendes pour le Québec », et comprend plusieurs chapitres :

290

- « Les mesures pour améliorer l'efficacité » notamment une harmonisation des lois canadiennes, une meilleure cohérence dans la réglementation et une diminution des coûts associés au respect de la réglementation.
- « Les mesures préconisées en vue de renforcer la stabilité du secteur financier ». À titre d'exemples, répartir clairement les fonctions de réglementation et de surveillance, développer des normes de capital qui soient en fonction des risques liés aux activités des institutions financières, réviser certaines limites de prêts et de placements, maintenir à un haut niveau les normes de pratiques commerciales et financières, donner à l'Inspecteur général de nouveaux moyens d'intervention et de supervision, réévaluer les régimes d'indemnisation, tel celui de la Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes et celui de la Société d'indemnisation en matière d'assurance I.A.R.D., et enfin, instaurer des mesures d'appoint visant la protection du public dans les divers secteurs financiers.
- « La croissance des institutions financières ». On suggère de bâtir sur « les acquis collectifs », en soutenant la croissance par la création de nouveaux moyens (notamment par l'instauration de normes de suffisance du capital qui rencontrent les standards

internationaux), et en permettant l'accès au capital d'origine étrangère, sans se départir du contrôle du secteur financier.

3. Projet de loi ontarien sur la réforme des assurances (Bill 164)

L'un des objectifs du projet de loi 164, réformant l'actuel *Ontario Insurance Act*, présenté par le ministre des Finances de l'Ontario, est d'harmoniser les dispositions avec la nouvelle *Loi canadienne sur les compagnies d'assurance*. Entrée en vigueur en juin 1992, cette Loi décloisonnait notamment les barrières entre les banques et les compagnies d'assurance. Cette réforme ontarienne des institutions financières, laquelle a fait récemment l'objet d'une consultation publique, contient quatre chapitres précis :

291

- *Scope of Ontario's legislation and the basis for its reform;*
- *Financial regulation of insurers;*
- *Corporate governance and power structures;*
- *Market regulation.*

Dans un document conjoint émanant de deux organismes ontariens, The Insurance Brokers Association of Ontario et The Toronto Insurance Conference, nous avons pu lire quelques commentaires sur le document de consultation préparé par le gouvernement. Dans l'ensemble, ces commentaires sont favorables à la réforme. L'un des aspects discutés concerne la propriété des institutions. En voici un extrait :

The recommendations in the consultation paper seek to expand the ownership of related financial institutions and possibly change the role of insurance intermediaries to the detriment of the consumer.... IBAO is not in favour of permitting financial institutions to own insurance companies. We believe that the public interest is best served by preserving the distinct and separate nature of insurance

distribution. The existing distribution network is eminently suited to both characteristics of the product and the requirements of the consumer. IBAO and TIC strongly believe that the Ontario consumer will be best served if ownership of insurance intermediaries by financial institutions is restricted to no more than 20% to limit the possibility of coercion.

292

4. Le nouveau montant admissible devant la Cour des petites créances du Québec

Suivant des modifications apportées au Code de procédure civile, le montant maximum admissible devant la Cour des petites créances est passé de 1 000 à 3 000 dollars.

Un autre changement important mérite d'être souligné. Les petites sociétés qui ne comptent pas plus de cinq personnes pourront recouvrer leurs créances devant ce tribunal.

5. Faillites des assureurs I.A.R.D. canadiens en 1992

Créée par l'industrie de l'assurance de dommages, la Société d'indemnisation en matière d'assurances I.A.R.D. a versé, en 1992, près de 8 millions de dollars à des titulaires de polices émises par des assureurs qui ont fait faillite. Les titulaires de polices de l'Advocate General Insurance Company of Canada, mise sous liquidation en 1989, ont reçus à eux seuls, 7,7 millions de dollars.

Les autres assureurs canadiens qui ont fait faillite en 1992, sont les suivants: Ontario General Insurance Co., American Mutual Liability Insurance Co. et Canadian Universal Insurance Company.

Depuis sa création en 1989, la Société d'indemnisation a versé à des titulaires de polices pour le règlement de leurs sinistres, près de 30 millions de dollars. La majeure partie de cette somme a servi à défrayer les 3 335 titulaires de polices de l'Advocate General Insurance Company

of Canada. Le liquidateur a estimé que tous les sinistres et dépenses liés à la liquidation de cet assureur pourraient s'élever à 65 millions de dollars.

6. Faillite de La Souveraine, compagnie d'assurance-vie

Suivant une décision de la Cour d'appel de l'Alberta, La Souveraine-vie (à ne pas confondre avec la Souveraine d'Angleterre, qui a connu elle aussi de nombreux déboires en 1992), qui avait été mise sous surveillance, en décembre 1992, a été mise en liquidation en janvier 1993.

293

Déjà, en septembre 1992, le rapport TRAC signalait que La Souveraine avait échoué à sept des huit tests de solvabilité. La compagnie faisait alors l'objet d'une étroite surveillance de la part des autorités fédérales.

La majeure partie des 160 000 détenteurs de polices émises par cette compagnie devraient être indemnisés par la Société canadienne d'indemnisation en assurance de personnes (SIAP).

7. L'explosion au World Trade Center

L'explosion survenue au World Trade Center, le 26 février 1993, suite à un acte de terrorisme, a coûté la vie à cinq personnes, a fait plus de 1 000 blessés et a provoqué la fermeture des deux tours new-yorkaises de 110 étages chacune pendant un mois. Fin mars, les estimations établies par Property Claim Service (une division de American Insurance Services Inc.) prévoient des dommages matériels d'environ 200 millions de dollars, sans compter les dégâts matériels causés à l'hôtel Vista lequel est assuré séparément par Cigna Corp, et les multiples poursuites en responsabilité civile qui s'ensuivront. L'ensemble des réclamations pourrait s'élever à 600 millions de dollars, comprenant les dommages aux biens (les tours et l'hôtel Vista), les pertes d'exploitation des propriétaires et des locataires des entreprises avoisinantes et les frais de relocalisation d'environ 350 locataires. Ce montant ne comprendrait pas les pertes

encourues par les agences gouvernementales et les indemnités d'accidents du travail. D'autres chiffres publiés font état d'une perte totale de plus d'un milliard de dollars (*National Underwriter, March 8, 1993*).

294 La compagnie propriétaire du World Trade Center, The Port Authority of New York & New Jersey, subirait quant à elle une perte d'environ 400 millions de dollars. Elle détient une assurance de biens de 600 millions, avec une franchise de 100 000, souscrite auprès de divers assureurs et une assurance de responsabilité civile de 400 millions, tant aux niveaux primaire qu'excédentaire, laquelle comporterait une franchise de 4 millions de dollars.

Cette société est actuellement en instance de poursuites, relativement à un autre problème visant le coût d'enlèvement des matériaux à base d'amiante sur ses édifices. Plusieurs assureurs et réassureurs seraient touchés dans cette affaire.

L'affaire du World Trade Center a suscité bien des interrogations: comment doit-on gérer ce type de police? Jusqu'où peut-on limiter le montant de la garantie et des exclusions? Quelles sont les actions de prévention que les entreprises elles-mêmes pourraient prendre?

8. Un nouvel attentat à la bombe au coeur de la City

Samedi, le 24 avril 1993, en plein coeur du quartier des affaires de Londres, la City, un attentat à la bombe a fait un mort et 44 blessés. On a estimé initialement à plus de 300 millions de livres (480 millions de dollars US) les dégâts matériels. Tout porte à croire que la note finale pourrait atteindre 600 millions de dollars.

En novembre 1992, les principaux réassureurs anglais avaient décidé d'exclure les risques liés au terrorisme sur le territoire britannique. Cette décision ne vise que les risques industriels et commerciaux et non les risques résidentiels. Elle n'est pas étrangère à la vague d'attentats terroristes irlandais,

dont le plus spectaculaire, celui commis au coeur de la City en avril 1992, aurait coûté 600 millions de livres sterling, au regard des dommages directs et des pertes d'exploitation. Une entente est néanmoins intervenue entre le gouvernement et les assureurs pour éviter que les entreprises et les industries subissent *un trou de couverture*. Une couverture « terrorisme » est disponible, laquelle est réassurée auprès d'un pool spécialisé. Le gouvernement britannique a accepté d'agir comme réassureur de dernier recours.

9. Tableau comparatif des coûts d'assurance de la responsabilité professionnelle des avocats

295

Voici un tableau comparatif publié à l'intérieur d'une étude sur les coûts et les garanties des régimes d'assurance de la responsabilité professionnelle imposés aux avocats au Canada¹.

Province	Coûts annuels	Limite par sinistre	Limite par année	Franchise
Colombie-Britannique	2 200	1 M	2 M	5 000
Yukon	1 705	1 M	S.O.	5 000
Territoires du N.-O.	1 500	1 M	S.O.	5 000
Alberta	1 465	1 M	S.O.	5 000
Saskatchewan	1 200	1 M	S.O.	5 000 - 7 500
Manitoba	1 010	1 M	S.O.	5 000 \$
Ontario	3 000 - 13 310	1 M	2 M	35 000 - 10 000
Québec (avocats)	1 200	600 000 *	S.O.	5 000
Québec (notaires)	2 400 - 4 800	1 M	S.O.	2 500 - 5 000
Nouveau-Brunswick	1 600	1 M	S.O.	5 000
Île-du-Prince-Édouard	2 000	1 M	S.O.	5 000
Nouvelle-Écosse	2 000	1 M	S.O.	5 000
Terre-Neuve	1 766	1 M	2 M	5 000

* Frais et honoraires en sus de la garantie et sans franchise

¹ Le Journal du Barreau, édition du 1 mars 1993.

10. Un autre jugement américain dépassant 100 millions de dollars

La saga des jugements faramineux se poursuit. L'imposant jugement de 105,2 millions de dollars contre General Motors et qui fait actuellement l'objet d'un appel, vient d'être supplanté.

Le jury d'une Cour de district de l'État de New York alloua, en mars dernier, un quantum de 107,3 millions de dollars aux survivants d'une famille tuée lors d'un accident d'avion, en 1986. Ce jugement a été prononcé contre Teledyne Industries inc., manufacturier de moteurs aéronautiques, trouvé responsable de l'accident. La cause première serait une défectuosité mécanique laquelle fut suivie de l'incendie de l'avion provoquant la mort de M. Robert Gross, son épouse et ses deux fils. Avant d'aller en appel, Teledyne entend demander à un tribunal de réduire le verdict jugé excessif.

296

11. Le chef de file québécois en assurance de dommages en 1992

Quatre ans et demi après sa création, Assurances générales des caisses Desjardins a enregistré un revenu net record de 14 millions de dollars. La Société de portefeuille du Groupe Desjardins qui regroupait, en 1992, Assurances générales des caisses Desjardins, la Sécurité et NorGroupe, aurait fait un chiffre d'affaires de 360 millions de dollars, ce qui correspondrait à 14 % des parts du marché de l'industrie des assurances au Québec. Ce pourcentage place la Société nez à nez avec le Groupe Commerce.

Selon ses dirigeants, ces résultats témoignent d'une progression marquée du volume des primes brutes souscrites (13 %) et d'une diminution du taux de sinistralité (7 %).

12. Les 10 plus grandes catastrophes américaines assurables

Publié dans *Journal of Commerce*, le tableau suivant donne, par ordre d'importance, les dix plus grandes catastrophes américaines. Ces informations proviennent du Property Claim Service Division, American Insurance Services Group, inc.

Les montants indiqués prennent en compte les dégâts matériels causés par les tempêtes hivernales de mars dernier dans 24 états américains. Ces dégâts ont été évalués à 1,6 milliard de dollars.

En 1993, le total des catastrophes américaines assurées s'élevait déjà, au 30 mars, à 2,6 milliards de dollars.

En 1992, les sinistres catastrophiques de nos voisins du sud ont totalisé 23 milliards de dollars, en prenant en compte l'ouragan Andrew. (À l'échelle mondiale, le total est de 27 milliards de dollars.)

Date	Catastrophes	Évaluation des pertes assurées
Août 92	Ouragan Andrew	15,5 milliards
Septembre 89	Ouragan Hugo	4,2 milliards
Octobre 91	Incendie d'Oakland	1,7 milliard
Mars 93	Tempêtes hivernales (frappant 24 États)	1,6 milliard
Octobre 89	Tremblement de terre (Loma Prieta, Cal.)	960 millions
Décembre 83	Tempêtes de neige (frappant 41 États)	880 millions
Mai 92	Émeutes de Los Angeles	780 millions
Avril 92	Tornades et inondations (Texas et Oklahoma)	760 millions
Septembre 79	Ouragan Frédéric	753 millions
Août 83	Ouragan Alicia	680 millions

13. Le sinistre de La Mède (France)

Selon *L'Assurance française* (numéro 670), l'explosion du 9 novembre 1992, survenue à La Mède, aurait causé la mort de six personnes et la perte totale d'une unité de raffinage. Ce sinistre est le premier sinistre catastrophique subit par la société TOTAL, une mutuelle captive. Les pertes s'élèveraient à deux milliards de francs.

Les réclamations pour ce sinistre feraient appel à trois types d'assurance :

298

- a) les dommages directs : la reconstruction de la raffinerie et d'une autre unité du complexe pourrait coûter plus d'un milliard de francs ;
- b) les pertes d'exploitation : ne se limitant pas à la durée de non production, mais prenant en compte les variations du cours du dollars relativement aux transactions pétrolières, l'indemnité pourrait se chiffrer en centaines de millions de franc ;
- c) la responsabilité civile : les dégâts causés aux tiers étant minimes et le sinistre n'ayant entraîné aucune pollution, les indemnisations prévisibles seraient assez faibles.

14. Les droits des ex-cadres des Coopérants sont reconnus par le tribunal

Les réclamations déposées par un groupe d'anciens cadres des Coopérants, totalisant un million de dollars, pourront être soumises au liquidateur de la faillite. Celui-ci devra, en outre, assumer les honoraires juridiques de l'avocat qui les représentera pour faire la preuve de leurs réclamations à la satisfaction du tribunal.

Ce montant prend en compte le paiement des paies de vacances et des indemnités de départ qui leur avaient été promises par Les Coopérants, avant que la société ne soit mise en liquidation.

15. Les accidents de circulation seront indemnisés en vertu du droit commun en France

Selon un compte rendu de *L'Argus*, édition du 26 mars 1993, les accidents de circulation survenus en France depuis le 1^{er} mars 1993 par le fait ou à l'occasion du travail, entrent désormais dans le droit commun. Un accident sur deux concerne l'entreprise.

Un nouvel article du Code de la Sécurité sociale autorise désormais les victimes (salariées) d'accidents routiers à caractère d'accidents du travail, à obtenir une indemnisation complémentaire en sus de la réparation forfaitaire prévue par la législation sur les accidents du travail.

299

La jurisprudence française qualifie d'accident du travail tout accident survenu au cours d'une situation où l'employeur exerce son pouvoir d'organisation. À titre d'exemple, est considéré un accident de trajet, un accident de la circulation survenu à des musiciens engagés pour animer un bal nocturne dans une ville voisine.

16. Atteintes psychologiques : une étude instituée par un assureur

Contrairement aux dommages matériels, les dommages corporels, et pis encore, les dommages personnels causés à autrui, telles les atteintes psychologiques, sont difficiles voire impossibles à évaluer correctement. Un récent bulletin de l'Insurance Information Institute souligne que la Fondation (corporation à but non lucratif) de la Compagnie américaine d'assurance Continental, vient de verser une bourse d'étude de 100 000 dollars au Centre médical de l'Université Georgetown afin d'élaborer un programme scientifique visant à évaluer des réclamations présentant des séquelles psychologiques.

M. Adrian Tocklin, vice-président senior (service des réclamations) de Continental Insurance, fait la remarque suivante :

Lack of scientific literature or guidelines hampers the insurance industry's ability to assess the validity or value of psychological or emotional injury claims.

17. Les résultats de l'assurance I.A.R.D. au Canada en 1992

Les résultats du 4e trimestre de 1992 et ceux de l'année entière sont maintenant connus. Selon *The Quarterly Report* le sommaire de ces résultats (en millions de dollars) se lit comme suit :

300

	4e trimestre (1991)	4e trimestre (1992)	1991	1992
Primes nettes émises	3 793	3 873	13 861	15 409
Sinistres nets	3 037	2 961	11 298	11 527
Rapport sinistres à primes	81,7 %	79,7 %	78,1 %	76,6 %
Pertes techniques avant impôt	503	426	1 399	1 258
Rapport combiné	-13,5 %	-11,5 %	-9,7 %	-8,4 %
Revenus de placement (avant impôt)	704	537	2 720	2 522
Revenus d'opération (après impôt)	137	15	1 011	911

Faits d'actualité

Voici, sur une période décennale, les résultats annuels de l'assurance I.A.R.D. au Canada :

	1992	1991	1990	1989	1988
Primes nettes	15 409	14 861	14 213	12 768	12 307
Sinistres nets	11 527	11 298	10 833	9 883	9 080
Frais	4 778	4 563	4 293	3 920	3 728
Rapport P/S	76,6 %	78,1 %	78,4 %	79,5 %	75,5 %
Perte technique	- 1 258	- 1 399	- 1 300	- 1 369	- 774
Rapport	8,4 %	- 9,7 %	- 9,4 %	- 11 %	- 6,4 %
Placements avant impôt	2 522	2 720	2 506	2 130	1 926
Revenus après impôt	911	1 011	947	918	1 042

	1987	1986	1985	1984	1983
Primes nettes	11 686	10 670	8 739	7 724	7 456
Sinistres nets	8 316	7 328	6 790	5 966	5 198
Rapport P/S	73,9 %	74,3 %	82,5 %	78,1 %	70,8 %
Frais	3 471	3 095	2 695	2 589	2 470
Perte technique	- 535	- 555	- 1 260	- 917	- 328
Rapport	4,8 %	- 5,6 %	- 15,3 %	- 12 %	- 4,5 %
Placements avant impôt	1 706	1 509	1 350	1 255	1 118
Revenus après impôt	1 164	1 004	382	362	740

Revue Assurances — Source : *The Quarterly Report*

18. Les résultats de l'assurance automobile au Québec en 1992

Le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières sur la tarification en assurance automobile au Québec en 1992 a été déposé à l'Assemblée

nationale par le ministre déléguée aux Finances, Madame Louise Robic. Ce rapport démontre que l'année 1992 a été rentable. Les assureurs ont perçu 1,81 milliard de dollars en primes et ont affiché des profits d'exploitation de 6,5 % pour l'ensemble des véhicules (tourisme, utilitaires, camions, motos). En 1992, 127 assureurs ont pratiqué l'assurance automobile sur les 154 assureurs détenant un permis à cet égard.

19. Une réforme chez les Lloyds

302

Le président de Lloyds, London, Monsieur David Rowland, divulguait, à la fin du mois d'avril dernier, un rapport de soixante-dix pages dans lequel nous avons noté les réformes suivantes :

- un nouveau système d'informations informatisées ;
- la possibilité d'investissement par des sociétés à responsabilité limitée ;
- la réduction des dépenses et l'abolition de 2 500 postes.

Depuis quatre ans, Lloyds a subi des pertes supérieures à 12 milliards de dollars et plusieurs des investisseurs, les *Names* entre autres, ont été acculés à la faillite du fait de leur responsabilité illimitée.

20. Le troisième Congrès d'assurance du Canada

Tenu à Montréal les 3 et 4 mai dernier sous les auspices du Bureau d'assurance du Canada, ce congrès réunissait plusieurs conférenciers prestigieux du milieu de l'assurance et de la réassurance.

Les principaux thèmes du Congrès furent les suivants :

- aperçu de l'économie canadienne en général
- tendances en réassurance

- harmonisation des règles régissant le secteur financier canadien
- relations avec les gouvernements
- fraudes en assurance
- catastrophes naturelles

Parmi les conférenciers invités, signalons Madame Louise Robic, ministre déléguée aux Finances du Québec et Monsieur George D. Anderson, président du Bureau d'assurances du Canada.

303

21. Réforme de l'assurance automobile au Manitoba

Le ministre responsable, M. Glen Cummings, vient d'annoncer qu'un projet de loi visant l'indemnisation des victimes de la circulation, sans égard à la responsabilité (*no-fault auto insurance*) sera présenté à l'automne à l'assemblée législative et pourrait entrer en vigueur le 1^{er} mars 1994.

Cette réforme doterait le Manitoba d'un système similaire à celui que l'on retrouve au Québec puisqu'elle éliminerait tous les recours civils devant les tribunaux en matière de blessures corporelles.

Garanties particulières

par

Rémi Moreau

L'assurance de la responsabilité civile relative à l'atteinte à l'environnement (Environment Impairment Liability - EIL)

1. Le contexte

305

Jusqu'en 1973, il n'existait aucune exclusion de pollution dans les polices d'assurance responsabilité civile (CGL). Toutefois, il faut mentionner que ces polices étaient strictement liées aux risques accidentels, c'est-à-dire aux dommages soudains, imprévus et non voulus.

Le nouveau formulaire, qui fut adopté en 1973 par l'industrie de l'assurance, introduisit la notion d'événement, c'est-à-dire des dommages imprévus et non voulus, mais pouvant se manifester graduellement. Il devint donc impérieux de rédiger une exclusion dont le but avoué était de contrer l'effet de la pollution graduelle et de restreindre la protection aux seuls cas de protection soudaine et accidentelle. La clause adoptée aux États-Unis par Insurance Services Office (ISO), et qui fut rapidement traduite dans les formulaires canadiens, se lisait comme suit :

This insurance does not apply to bodily injury or property damage arising out of the discharge, dispersal, release or escape of smoke, vapors, soot, fumes, acid, alkalis, toxic chemicals, liquids or gases, waste materials or other irritants, contaminants or pollutants into or upon land, the atmosphere or any water course or body of water ; but this exclusion does not apply if such discharge, dispersal, release or escape is sudden and accidental.

(Les caractères gras sont de nous)

Les assureurs ont cru, à tort, cette exclusion étanche. Elle fut maintes fois contestée avec succès par les assurés devant les cours de justice. Il existe une jurisprudence élaborée sur cette exclusion, jugée ambiguë du fait qu'elle soit jumelée avec la nouvelle définition du mot « événement », retrouvée dans le contrat :

306

“Occurrence” is an accident, including the continuous and repeated exposure to conditions, which results in property damage neither expected nor intended from the standpoint of the insured.

(Les caractères gras sont de nous)

Devant l'affaiblissement constant de la portée de l'exclusion de la pollution « soudaine et accidentelle », ISO introduisit, en 1986, à l'occasion d'une réforme en profondeur des formulaires d'assurance responsabilité civile, une exclusion absolue, totale et complète relative à toutes les formes de pollution. Une réforme similaire des formulaires canadiens fut rapidement entreprise par le BAC. Malgré une certaine confusion de la part des tribunaux, la nouvelle exclusion fut largement interprétée en faveur des assureurs, notamment au niveau de la pollution graduelle. Toutefois, certains résultats furent encore obtenus par les assurés, dans l'interprétation de l'exclusion, notamment au niveau de l'ambiguïté du mot « polluants », retrouvé dans l'exclusion, et de la garantie relative aux produits et aux opérations complétées.

À titre d'exemple, un récent numéro de la revue *Reinsurance*¹ fait état que les Lloyd's pourraient faire face à de très lourdes indemnités pour les frais de dépollution et de décontamination de PCB dans le lac Michigan. Dans l'affaire *Outboard Marine Corp. v. Liberty Mutual Insurance*, la Cour suprême de l'Illinois a décidé que les coûts de dépollution étaient des « dommages », au sens du contrat d'assurance, et que toutes les polices souscrites entre 1971 et 1985, applicables à la

¹ Randolph Fields, “Disaster in Court”, *Reinsurance*, March 1993.

pollution soudaine et accidentelle, garantissaient ce sinistre à caractère graduel, parce qu'il était non voulu et non prévu par l'assuré lui-même (from the standpoint of the insured). En effet, entre 1959 et 1972, la demanderesse fabriquait des moulages en acier servant aux bateaux et contenant des huiles hydrauliques hautement toxiques (incluant du PCB) qui étaient rejetées dans les eaux du lac.

L'impact de cette décision quant aux opérations américaines des Lloyd's pourrait s'avérer dramatique. Le syndicat Chatset avait établi, en novembre dernier, des réserves à la hauteur de 5 milliards de livres (lesquelles ne tenaient pas compte de cette affaire), quant aux sinistres d'amiantose et de pollution, qui avaient alors été jugées trop pessimistes. Il semble maintenant que telles réserves devront être réévaluées fortement à la hausse, tant au regard de cette affaire qu'au plan de la sous-évaluation des indemnités prévisibles dans quelque 200 000 cas d'amiantose rapportés jusqu'à maintenant, et qui se chiffrent à 20 milliards de dollars.

307

Parallèlement à l'exclusion totale de pollution de la police CGL, les autres types de police souscrits par les entreprises ont connu le même sort : c'est le cas en assurance de la responsabilité professionnelle, en assurance de la responsabilité des administrateurs et des dirigeants et en assurance de la responsabilité automobile découlant du transport de marchandises. Seule l'assurance automobile continue d'offrir une protection en matière de pollution et de contamination.

Les nouvelles législations en matière de respect de l'environnement, leur réglementation plus sévère, la recrudescence des poursuites sont autant de facteurs laissant les entreprises démunies de protection dans leur police d'assurance de responsabilité générale. Pour répondre à un besoin croissant, un marché spécialisé, créé par Lloyd's, London et introduit en Amérique dans les années 70, prit soudainement une importance accrue : il s'agit de l'assurance de la responsabilité civile relative à l'atteinte à l'environnement (Environment Impairment Liability Insurance ou "EIL"). Ce contrat est souscrit

principalement au Canada par deux compagnies d'assurance torontoises: Ian Elliot Ltée et la Compagnie d'assurances American Home. Sous la poussée de la concurrence, d'autres assureurs emboîtèrent le pas, en souscrivant des versions similaires ou spécifiques à certaines entreprises: à cet égard, mentionnons la Zurich, Compagnie d'Assurances, la Royale, le groupe Commerce and Industry, le groupe Reliance Insurance Company et la Fédération, Compagnie d'assurances du Canada.

308

Tel est le contexte dans lequel s'inscrivent les présentes garanties particulières.

2. Les contrats d'assurance

Suivant la nomenclature des assureurs mentionnés plus haut, (rappelons que cette liste n'est pas exhaustive), on observe actuellement que le marché spécialisé de l'assurance de la responsabilité face à la pollution est bien portant. Notre analyse des contrats n'en sera que plus étoffée. Faute d'espace, nous limiterons nos propos aux garanties, en délaissant les exclusions et les conditions contractuelles.

2.1 L'assurance responsabilité légale découlant de la pollution (Pollution Legal Liability Insurance - PLL)

La garantie est généralement articulée comme suit :

The Insurer will pay on behalf of the insured any loss that the insured is legally obligated to pay as a result of environmental impairment which emanated from the covered location specifically scheduled in the policy. Coverage is for claims that are made and reported during the policy period. Extended reporting periods of up to three years are available by endorsement.

Ce contrat remonte à la première génération des marchés spécialisés en matière de pollution ou de dommages à l'environnement: il garantit, d'une part, les dommages corporels et matériels à autrui, en raison de la responsabilité d'une

entreprise assurée, et, d'autre part, les frais de nettoyage. Seuls les frais de nettoyage encourus par autrui sont couverts. La garantie n'est pas limitée à la notion d'accident : le contrat couvre toute forme de pollution graduelle ou non, qui origine d'un site de l'entreprise assurée (une liste des sites est jointe à la police) et qui provoque des dommages aux tiers.

2.2 Le contrat d'indemnité EIL (Environment Impairment Liability Policy)

Le contrat souscrit par Ian Elliot stipule que l'assureur s'engage à indemniser l'assuré des conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile à la suite de toute réclamation pour une atteinte à l'environnement ayant un lien avec les lieux et l'entreprise de l'assuré, à condition que la réclamation soit formulée pour la première fois par l'assuré pendant la période de l'assurance et que toute autre déclaration de sinistre ait été reçue pour la première fois contre l'assuré pendant la période de l'assurance et dans les limites territoriales de la garantie.

309

Voici quelques précisions additionnelles :

- La limite territoriale est strictement canadienne ;
- L'expression « atteinte à l'environnement » signifie :
 - a) les dommages corporels ;
 - b) les dommages matériels ;
 - c) toute atteinte à un droit environnemental garanti par la loi et toute privation de jouissance ;
 - d) les frais de dépollution hors des lieux de l'assuré ;

engagés par l'assuré à la suite du dégagement, de l'émission, du rejet, de l'élimination, de la fuite, de l'échappement ou de la dispersion de toute substance solide, liquide ou gazeuse ou facteur thermique dans le sol, dans l'atmosphère, les eaux ou les conduites d'eau ou de la

production d'odeurs, de bruits, de vibrations, de lumière, d'électricité, de radiations, de variations de température ou de tout phénomène d'ordre sensoriel, sauf de l'incendie ou l'explosion ;

- L'expression « frais de nettoyage » signifie les dépenses engagées pour l'enlèvement, la neutralisation ou l'inactivation de toute substance.

310

Il importe de préciser que l'assureur couvre, en outre, tous les frais et dépenses engagés par l'assuré avec l'autorisation écrite de l'assureur ayant trait à l'enquête, à la défense ou au règlement découlant d'une réclamation couverte par la police. L'assureur stipule qu'il n'est toutefois pas obligé de prendre la défense de l'assuré. Les frais de défense sont compris dans le montant de l'assurance.

2.3 Les contrats de responsabilité "EIL"

Contrairement au contrat précédent, qualifié de contrat d'indemnité, lequel vise à « indemniser l'assuré », d'autres polices, tel le marché de Zurich American ou de Commerce and Industry, visent à « payer pour le compte de l'assuré les sommes dont il serait tenu responsable » :

To pay on behalf of the Insured any loss the Insured is legally obligated to pay as a result of environmental impairment, emanating from a covered location.

Ces contrats précisent que les frais de défense sont inclus dans le montant global de l'assurance et qu'ils sont sujet à la franchise.

Les frais de nettoyage sont également couverts, tels que définis :

Expenses incurred in the removal or remediation of soil, surface water, ground water or other contamination existing beyond the boundaries of the scheduled locations.

Il existe un autre marché, en vigueur en Ontario depuis 1985, le P.L.A. ou "Pollution Liability Association", qui offre des garanties similaires et qui, en outre, couvre les frais de défense en sus du montant d'assurance. Un marché similaire, au Québec, le pool de la responsabilité pollution, a été récemment dissous. Certains assureurs qui en étaient membres continuent d'opérer une souscription de responsabilité découlant de la pollution sur une base individuelle et au cas par cas.

2.4 L'assurance responsabilité découlant des réservoirs souterrains (Underground Storage Tanks Liability Insurance)

311

Ce contrat s'adresse spécifiquement aux propriétaires ou utilisateurs de réservoirs souterrains. Il fut souscrit originellement par St. Paul Fire & Marine Insurance Co. Depuis lors, de nombreux assureurs s'associèrent à cette protection, vu la réglementation actuelle, tant canadienne qu'américaine, sur les déchets dangereux, et rendant l'assurance obligatoire.

Ce type de police couvre les dommages corporels ou matériels en raison d'une contamination et découlant de toute fuite d'un réservoir souterrain. Certains contrats ou avenants couvrent aussi les frais de nettoyage encourus par l'assuré sur le site contaminé.

Des études récentes mentionnent qu'il existe des fuites dans plus de 20 000 réservoirs souterrains sur un nombre total évalué à 200 000, au Canada et aux États-Unis.

2.5 L'assurance responsabilité restreinte à l'utilisation de produits pétroliers.

Ce contrat est souscrit au Québec par la Fédération, Compagnie d'assurances du Canada, par l'intermédiaire d'un courtier autorisé. Il couvre :

- a) les frais de nettoyage que l'assuré est légalement tenu de payer suite à des dommages à l'environnement assurés par la police ;

312

- b) certains autres frais de nettoyage, relativement à l'emplacement assuré, pourvu qu'il y ait un incident de pollution, réel ou soupçonné, que les frais soient raisonnables et nécessaires et que ceux-ci soient engagés pour réduire ou prévenir un incident de pollution présentant un danger de dommages imminent et substantiel ;
- c) les sommes que l'assuré sera légalement tenu de payer en raison de dommages causés à des tiers suivant un incident de pollution, tel que défini dans la police ;
- d) les frais de défense de l'assureur ou de l'assuré, en sus du montant d'assurance.

2.6 Les polices dites "First-Party Environmental Remediation Insurance"

Divers groupes d'assurés peuvent encourir des dommages importants afin de décontaminer un terrain pollué, tel que constaté après une vente immobilière : les institutions financières, les promoteurs immobiliers et les acheteurs. La police en titre couvre les frais encourus par l'assuré postérieurement à l'entrée en vigueur de l'assurance.

Il peut exister certaines variantes à ces contrats concernant les institutions prêteuses : la garantie couvre alors strictement le montant du prêt, incluant les intérêts. Cette garantie est indispensable car les assurances intérêt de créanciers hypothécaires excluent généralement la pollution.

2.7 L'assurance responsabilité des entrepreneurs relative à la pollution (Contractors Pollution Liability Insurance - CPL)

Certaines entreprises sont spécialisées dans la décontamination ou la dépollution des terrains, les firmes spécialisées engagées pour éliminer certains contaminants dangereux, ou encore les entreprises chargées de poser ou d'enlever des réservoirs souterrains peuvent bénéficier d'une

protection contre les dommages qu'ils peuvent causer à autrui du fait de la manipulation ou du transport de contaminants. La police PLL, précédemment décrite, n'est alors d'aucune utilité puisque cette dernière couvre les dommages de la pollution qui origine des lieux de l'assuré. La police CPL a été adaptée pour répondre aux besoins des entreprises de dépollution et pour prendre en compte le fait que ces entreprises oeuvrent sur des sites appartenant à autrui.

2.8 Certaines assurances en responsabilité professionnelle

313

L'assurance de la responsabilité professionnelle des ingénieurs et des architectes exclut usuellement les risques liés directement ou indirectement à la pollution. Certains assureurs, dans ce champ d'assurance spécialisé, ont mis au point un avenant couvrant la pollution. Le marché de d'assurance en responsabilité professionnelle est à ce point concurrentiel qu'il fut observé qu'un professionnel pouvait parfois acheter une police d'assurance en responsabilité professionnelle couvrant la pollution au même coût que la police usuelle.

Certains consultants professionnels, manipulant des contaminants ou oeuvrant sur des terrains contaminés, peuvent avoir des besoins similaires : les consultants en environnement, les consultants en asbestose et autres.

Certains assureurs acceptent d'amender par avenant leur police d'assurance en responsabilité des administrateurs et des dirigeants (D&O Liability Insurance) afin de couvrir totalement ou partiellement la pollution.

Certains assureurs offrent également un contrat combinant l'assurance de la responsabilité civile et l'assurance de la responsabilité professionnelle relativement à la pollution.

2.9 L'assurance de la responsabilité du transporteur de marchandises par camion

Les opérations de transport terrestre peuvent générer un risque de responsabilité découlant de la pollution. L'assurance

cargo exclut généralement les biens transportés qui sont contaminés ou définis comme des polluants. Les dommages à autrui découlant des biens transportés demeurent cependant couverts. La responsabilité découlant de la fuite de certains liquides, du gaz ou de l'huile demeure également assurée.

Un avenant d'assurance cargo relatif à la pollution est donc disponible auprès de certains assureurs.

3. Le développement de l'assurance pollution

314

La protection insuffisante de la police d'assurance responsabilité civile générale ainsi que la sévérité de la législation, sous la pression des mouvements écologiques, forcent de plus en plus les assureurs à répondre aux besoins des entreprises et des professionnels. Les réponses apportées par l'industrie de l'assurance pour réduire ou éliminer les conséquences dommageables de la pollution sont variées, tout autant que la manière dont les risques sont pris en charge par les assureurs. Certains assureurs préfèrent souscrire individuellement et au cas par cas, d'autres veulent se regrouper, sous la forme d'un pool ou d'une association.

Le rôle des assureurs n'est pas seulement de proposer des garanties nouvelles ou d'élargir la portée des contrats existants. Il doit principalement être technique, afin d'élargir les capacités de souscription et faire en sorte que la garantie pollution ne puisse nuire à la rentabilité de la branche responsabilité.

L'évolution des couvertures de pollution doit accompagner le développement de la législation. Dans cette optique, la voie de l'industrie de l'assurance nous apparaît être tracée autour de trois axes :

1. La définition du fait dommageable

La notion d'accident, qui fut autrefois une source de contentieux, doit s'appliquer à l'origine ou dès la première manifestation de la pollution et s'étendre à la pollution graduelle ; il importe alors que l'assureur

puisse résoudre les difficultés à établir les liens de cause à effet et à fixer la durée maximale entre la cause du dommage et sa manifestation ;

2. La nature du dommage garanti

Le dommage patrimonial (qu'il soit matériel, corporel ou immatériel), c'est-à-dire, le dommage quantifiable, est le seul qui peut être indemnisé aujourd'hui. La nature même de l'assurance s'oppose à la couverture du dommage purement écologique, tel la diminution de la valeur ou l'atteinte au patrimoine ;

315

3. Le montant et la durée

Le montant d'assurance est alloué en fonction de la capacité du marché approché. La nature intrinsèque du risque pourrait aussi être pris en compte, de même que les opérations assurées, leur sévérité et leur localisation. Quant à la durée de la garantie, il semble que ce problème soit résolu par les polices basées sur la datation des réclamations (polices dites "claims made") applicables aux sinistres déclarés aux assureurs pendant la période du contrat. La restriction à l'effet que le dommage de pollution doit survenir durant cette période pourrait être éliminée ou encore élargie par une date de rétroactivité.

Dans tous les cas, les assureurs doivent apprécier les risques en jeu par une expertise technique solide, appuyée au besoin par des bureaux techniques ou d'analyse. Ils doivent aussi retracer les sources des sinistres afin de mettre au point les normes de prévention appropriées.

Le rôle du courtier d'assurance, en cette matière, est également important, tant à l'égard de l'assuré que de l'assureur. Sa compréhension des risques de pollution auxquels une entreprise est exposée, sa connaissance des marchés et des différents contrats disponibles et sa collaboration lorsque des expertises sur le site sont requises en font un guide sûr et efficace.

Enfin, il n'est pas utopique de penser qu'une forme de partenariat entre les pouvoirs publics et l'industrie s'avère profitable dans le domaine de la protection de l'environnement et de la résolution des sinistres de pollution à caractère catastrophique.

Chronique actuarielle

par
divers collaborateurs
de M L H + A inc.

Des nouvelles normes comptables pour les régimes d'avantages sociaux après la retraite

C'est maintenant chose faite. Six ans après avoir introduit les normes SFAS 87 et 88 dans le domaine des régimes de retraite, les comptables américains ont adopté de nouvelles normes visant cette fois-ci les autres régimes d'avantages sociaux offerts après la retraite (SFAS 106). Et l'on s'attend à ce que l'Institut canadien des comptables agréés emboîte le pas sous peu.

317



Qu'entend-on par « autres régimes d'avantages sociaux offerts après la retraite ? »

Il s'agit des régimes maintenus après la retraite, tels que ceux d'assurance-vie, d'assurance décès ou mutilation par accident, de rente aux survivants, de soins hospitaliers et médicaux, de soins dentaires ou de soins visuels. Les régimes de prestations d'invalidité ne sont pas touchés par SFAS 106.

Mais ce n'est pas tout. Les programmes de services juridiques, de subventions de logement, de soins de longue durée et de soins de jour sont aussi visés. Toutefois, notons que ces programmes n'existent pratiquement pas au Canada.

Pourquoi avoir introduit de nouvelles normes dans ce domaine ?

Jusqu'à maintenant, les coûts de ces régimes étaient comptabilisés, aux États-Unis comme au Canada, sur une base

caisse, par la plupart des employeurs. Ainsi, on déduisait simplement dans les états financiers les primes ou, dans le cas de régimes auto-assurés, les prestations et frais, versés à l'intention des retraités.

Malheureusement, avec cette approche, l'entreprise risquait un jour ou l'autre de ne pas être en mesure de faire face aux coûts découlant de la croissance constante du nombre de retraités et d'une inflation annuelle très élevée dans le domaine des soins de santé.

318

Les autorités comptables américaines ont donc décidé d'introduire des normes qui obligent les employeurs à évaluer les coûts projetés des régimes et, pour chaque employé, à les répartir sur une certaine période de service, puisque ces engagements constituent, aux yeux des comptables, une forme de salaire différé.

Ainsi, on demande aux entreprises de reconnaître les coûts de ces régimes sur une base encourue au lieu d'une base caisse. Cette approche est essentielle non seulement pour connaître les coûts réels de ces régimes à long terme, mais aussi pour être en mesure d'évaluer les coûts additionnels ou les économies découlant d'une modification. Toute entreprise aurait donc intérêt à l'utiliser, qu'elle y soit obligée ou non.

Quels employeurs sont visés par ces nouvelles normes ?

Tous les employeurs offrant des régimes d'avantages sociaux après la retraite (autres que des régimes de retraite), qu'ils soient américains, canadiens ou étrangers, doivent se conformer aux exigences de SFAS 106 lorsqu'ils préparent des états financiers selon les normes comptables américaines.

Ainsi, une division canadienne d'une entreprise américaine ou une entreprise canadienne qui désire s'inscrire à une bourse américaine est directement visée par SFAS 106.

À partir de quand les nouvelles normes s'appliquent-elles ?

Elles s'appliquent obligatoirement aux exercices financiers débutant après le 15 décembre 1992. Toutefois, les entreprises non publiques comptant moins de 500 « participants » ainsi que les divisions et entreprises canadiennes ou étrangères peuvent attendre jusqu'à l'exercice financier débutant après le 15 décembre 1994.

Pour appliquer le test des 500 « participants », il faut compter à la fois les retraités participants et les employés actuels tout en déduisant de ce nombre d'employés ceux :

- qui risquent de cesser leur emploi avant la retraite ;
- qui risquent de se retirer sans être admissibles aux avantages sociaux offerts après la retraite.

319

Quels sont les coûts qui doivent être évalués ?

Il faut évaluer les coûts « projetés » des réclamations et des frais administratifs afférents qui seront payés par les régimes après la retraite, nets des contributions versées par les retraités pour financer ces régimes et de tout remboursement provenant d'un régime gouvernemental ou d'un régime du conjoint du retraité.

Les coûts projetés comprennent à la fois ceux des retraités actuels et ceux des employés appelés à le devenir. Les projections de coûts doivent tenir compte de l'inflation annuelle dans le domaine des soins de santé et de la progression annuelle des salaires si ces derniers servent à déterminer le niveau des prestations après la retraite.

Qu'est-ce qui doit apparaître aux états financiers de l'entreprise selon SFAS 106 ?

SFAS 106 est en plusieurs points équivalent aux normes comptables adoptées pour les régimes de retraite aux États-Unis (SFAS 87 et 88). Toutefois, il y a des différences importantes, notamment en ce qui a trait à la période

d'amortissement de la valeur initiale des obligations et aux notes qui doivent apparaître dans les états financiers.

Dès le premier exercice financier pour lequel les normes sont adoptées, l'employeur est appelé à choisir entre amortir la valeur initiale de ses obligations sur une période d'un an ou linéairement sur ce qu'on appelle la « durée estimative du reste de la carrière active » de ses employés, ou encore, sur une période fixe de 20 ans si celle-ci est plus longue.

320

La charge nette comptable de l'exercice financier est constituée de la partie des coûts projetés répartie aux services rendus par les employés durant l'exercice financier, ainsi que des intérêts courus sur la valeur présente des obligations réduits par les rendements réalisés sur la valeur des actifs des régimes, s'il y a lieu.

La somme du montant d'amortissement et de la charge nette comptable doit être déduite dans les états financiers de l'employeur. L'excédent de cette somme sur les montants réellement payés par l'employeur pour ces régimes représente un passif qui doit apparaître au bilan de l'entreprise sous la rubrique « charge à payer ».

La description des régimes et la période d'amortissement de la valeur initiale des obligations doivent apparaître dans les états financiers de même que le taux d'inflation annuelle utilisé pour projeter les coûts des soins de santé et l'impact, sur les coûts et les obligations des régimes, d'augmenter ce taux de 1 %.

En ce qui concerne les régimes multi-employeurs auxquels plusieurs employeurs indépendants participent normalement en vertu d'une ou de plusieurs conventions collectives, SFAS 106 permet de continuer de comptabiliser les coûts des régimes sur une base caisse.

Est-ce que tous les régimes doivent être évalués ?

Non. Les régimes entièrement payés par les retraités n'ont pas à être évalués. Il faut donc que le régime soit financé

au moins en partie par l'employeur. Mais attention : un régime qui est payé entièrement par les retraités mais selon les mêmes taux de prime que ceux des employés sera considéré comme étant financé en partie par l'employeur si ce dernier contribue au régime des employés.

Qu'est-ce qui constitue un régime ?

En fait, les nouvelles normes introduisent la notion de régime « substantiel », c'est-à-dire le régime tel que compris par l'employeur et les employés. Celui-ci est constitué des documents écrits, des politiques de partage des coûts (contributions, franchises, pourcentages de coassurance, limites de remboursement, etc.), des politiques d'augmentation de certaines prestations monétaires (p. ex.: un montant fixe d'assurance-vie continuellement indexé), et même des intentions de modifier le partage des coûts si celles-ci ont été annoncées aux participants et si le promoteur est en mesure de les faire adopter.

321

Généralement, à quel niveau s'élève la charge nette comptable de tels régimes aux États-Unis ?

En moyenne, le chiffre avancé représente environ 10 % de la masse salariale sans tenir compte du montant d'amortissement et varie entre 6 et 18 %, selon la nature des régimes et les caractéristiques démographiques des participants. Au Canada, les coûts représenteraient un peu plus de 1/10 de ceux des États-Unis, étant donné que les soins de santé sont supportés en grande partie par nos régimes gouvernementaux.

Ces nouvelles normes comptables forcent-elles les entreprises à capitaliser des fonds en vue de payer les avantages sociaux offerts après la retraite ?

Non, absolument pas. Une entreprise peut continuer de payer simplement les primes de régimes assurés en vertu d'un contrat typiquement renouvelable à chaque année, ou les prestations et les frais dans le cas des régimes auto-assurés.

Toutefois, l'excédent de la somme de la charge nette comptable et du montant d'amortissement sur les montants payés pour ses retraités devient alors une charge à payer et constitue un passif au bilan de l'entreprise.

On retrouve quand même aux États-Unis un certain nombre d'entreprises qui ont décidé de capitaliser des fonds pour payer des prestations d'assurance-vie ou pour rembourser des frais de soins médicaux et hospitaliers à leurs employés après leur retraite. Toutefois, les véhicules permis ne sont pas très efficaces sur le plan fiscal.

322

En effet, généralement ces véhicules restreignent, aux fins de capitalisation, la projection du coût des prestations payables après la retraite. Les entreprises sont limitées à capitaliser sur la base du coût actuel des prestations. C'est comme si on limitait le niveau de capitalisation d'un régime de retraite de type « salaire final » indexé après la retraite à celui d'un régime de type « salaire carrière » non indexé après la retraite. De plus, une partie des rendements sur les fonds peut être traitée comme un revenu non lié tiré d'une entreprise (*unrelated business income*). Par conséquent, les entreprises qui désirent capitaliser ce type de régime n'y réussissent dans les faits que partiellement.

Au Canada, les fiducies de santé et de bien-être ne sont pas plus efficaces pour fins de capitalisation puisque leurs fonds sont sujets à l'impôt sur le revenu des fiducies et qu'aucune réserve ne peut être déduite du revenu de la fiducie.

L'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) a-t-il l'intention d'adopter des normes équivalentes ?

Oui. D'après nos informations, l'ICCA espère présenter un projet de normes comptables à ses membres au début de l'année 1994. Celles-ci pourraient être adoptées au début de l'année 1995 et s'appliquer aux exercices financiers débutant en 1996. Ce scénario, bien que plausible, demeure toutefois optimiste dans la mesure où tout doit « baigner dans l'huile ».

Comment les entreprises canadiennes peuvent-elles s'y préparer ?

D'abord, il est nécessaire de définir clairement les dispositions des régimes en répondant notamment aux questions suivantes :

- Quels sont les critères d'admissibilité des régimes ? Devrait-on privilégier l'âge, le nombre d'années de service ou les deux ? Devrait-on utiliser les mêmes critères que ceux du régime de retraite ?
- Les protections familiales sont-elles maintenues à la retraite ? Si oui, les personnes à charge cessent-elles automatiquement d'être assurées au décès du retraité ou leurs protections sont-elles maintenues la vie durant ? Est-ce qu'un employé célibataire à la retraite peut obtenir une protection familiale s'il se marie ou s'il a un nouveau conjoint de fait après sa retraite ?
- Quand cesse la protection du retraité après la retraite ? À l'âge de 65 ans, à son décès ou après un certain nombre d'années (lequel peut même dépendre du nombre d'années de service) ?
- Quel est le niveau des prestations d'assurance-vie ?
- Est-il nécessaire de limiter davantage ou même d'exclure certains soins de santé après la retraite, tels les soins d'une infirmière privée, les séjours en maison de convalescence ou en maison pour malades chroniques, ou les frais médicaux et hospitaliers engagés lors d'un voyage à l'étranger ?

Au Canada, les régimes offerts après la retraite comportent essentiellement une protection d'assurance-vie et de soins hospitaliers et médicaux. Rares sont les employeurs qui offrent une protection de soins dentaires ou de soins visuels.

Mais encore ?

Comme pour les régimes de retraite, il est primordial que le promoteur se réserve le droit d'amender ou de terminer en tout temps les régimes d'avantages sociaux offerts après la retraite. Il doit prévoir ce droit dans tous les documents des régimes et en informer clairement les participants (employés et retraités).

324

Bien qu'il n'y ait pas de droits acquis statutaires dans ce domaine, il est possible que le législateur reconnaisse aux retraités actuels le droit d'être protégés aussi longtemps que les dispositions actuelles de leur régime le prévoient. Il faut donc s'assurer que le droit du promoteur d'amender ou de terminer le régime vise autant les protections des retraités actuels que celles des futurs retraités.

À cet égard, les conventions collectives devraient faire l'objet d'une attention particulière. On devrait y lire que tous les régimes, incluant ceux des retraités actuels, sont garantis seulement pour la durée de la convention. Ceci éviterait que les conventions collectives soient interprétées de sorte que les protections des employés ayant pris leur retraite au cours de la convention soient garanties au-delà de l'expiration de la convention, même si les régimes ont été terminés ou amendés.

Il serait aussi sage de vérifier si la durée des conventions actuelles empiète sur les exercices financiers visés par les normes comptables, soit ceux débutant après le 15 décembre 1994 pour les divisions canadiennes d'entreprises soumises aux normes comptables américaines et, potentiellement, ceux débutant après le 31 décembre 1995 pour les entreprises canadiennes. Dans l'affirmative, il faudra alors déterminer la nature des avantages sociaux offerts après la retraite pour être en mesure d'évaluer les conséquences financières de ces engagements sur les états financiers de l'entreprise.

Chronique juridique

par

Rémi Moreau

1. *Le Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo Inc.*

Les annales judiciaires regorgent de jugements ambigus, mais dans l'affaire *Le Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo inc.*¹, il est rare qu'on soit allé aussi loin dans la méconnaissance de l'assurance et de ses mécanismes.

325

Rappelons d'abord les faits. Engagé pour le nettoyage d'un immeuble, et notamment pour enlever les taches de peinture sur des vitres, l'intimé est poursuivi pour avoir endommagé environ 200 vitres d'un édifice en se servant d'un instrument tranchant. L'entrepreneur appelle son assureur en garantie, qui nie couverture en alléguant une exclusion de la police. Les prétentions de l'assureur sont justes.

En effet, l'assurance de la responsabilité civile n'a pas pour objet de couvrir les conséquences d'un travail mal fait, mais uniquement les conséquences de la responsabilité de l'assuré en raison d'un dommage corporel ou matériel causé à autrui. À cet égard, contrairement à l'assurance de la responsabilité professionnelle, l'assurance de la responsabilité civile ne garantit pas les conséquences de la responsabilité contractuelle. Les obligations assumées par contrat ne sauraient être assurées au titre de la police en cause. Au surplus, l'exclusion invoquée à juste titre par l'assureur est claire : le contrat ne couvre pas « les dommages matériels aux biens dont l'assuré a la garde ou sur lesquels il a un pouvoir de direction ou de gestion ou sur lesquels il exerce une action quelconque. »

¹(1992) R.R.A. 959 à 966.

Par un raisonnement qui semble intuitif plutôt que juridique, non seulement le tribunal rejette-t-il les prétentions de l'assureur mais il tente de les étayer par une série de raisonnements spécieux. Nous en examinerons quatre.

La plus entière bonne foi et l'ambiguïté

326 D'abord, le juge ne manque pas de souligner les règles classiques : la plus entière bonne foi et l'ambiguïté. Ces clés suffisent au tribunal pour ouvrir le débat en faveur de l'assuré. Or, dans le présent litige, la bonne foi ne semble pas être en cause et s'il y a ambiguïté, elle ne réside, à notre avis, que dans l'argumentation du tribunal.

La divergence entre la police et la proposition

Le juge Beaudoin voit ensuite une divergence entre la police et la proposition. Quelle proposition ? On se serait attendu à ce que l'assuré ait fait la demande spécifique au courtier, avant l'entrée en vigueur de la police, d'un contrat manuscrit fait sur mesure qui aurait eu pour effet la réécriture d'un contrat d'assurance mondialement reconnu. Non pas. Une simple demande verbale de l'assuré a tenu lieu de proposition. Comme le font en cela tous les assurés urbi et orbi, l'assuré avait demandé à son assureur une « couverture complète ». Des mots magiques, en somme, qui lui ont bien servi. Le tribunal a constaté la divergence entre la demande verbale et la police (on comprend l'énorme divergence entre une couverture complète et une police d'assurance). Il n'a donc pas hésité à écarter la police d'assurance, étant devenue sans fondement.

Dans sa dissidence, le juge Beauregard souligne qu'il partage l'opinion du juge de première instance suivant laquelle la police ne garantissait pas le sinistre en cause. Au surplus, le juge s'interroge : « Comment peut-on dire alors qu'il y a une divergence entre la proposition orale et la police, alors que nous ne connaissons pas les termes de la proposition orale... ? »

De cette affaire, il faut tirer deux conclusions : l'une, le contrat d'assurance n'a plus aucune valeur juridique ; l'autre,

désormais les acheteurs d'assurance n'auront nul besoin de mandater des conseillers coûteux ou de remplir des propositions écrites complexes. Qu'il leur suffise simplement de prononcer la phrase magique : « la couverture complète, s'il vous plaît. »

La responsabilité de l'assuré envers son contrat

Le représentant de l'assuré a avoué qu'il n'avait pas lu le contrat d'assurance, mais simplement la page frontispice. La page frontispice n'est pas une description des garanties. Intitulée « Conditions particulières », elle fixe les balises du contrat : y figurent le nom et l'adresse de l'assuré, la période de la police, le montant d'assurance, la franchise, la prime et, bien sûr, les objets sur lesquels porte l'assurance en cause. En l'espèce, la page frontispice indique que la police s'applique à **« tous les lieux et opérations de l'assuré, consistant principalement en service de conciergerie incluant le nettoyage des fenêtres. »** En effet, il peut arriver que certains lieux ou certaines opérations ne soient pas couverts par une police. Mais, l'objet de l'assurance ne saurait jamais être la garantie ou la convention d'assurance que l'on retrouve plus loin dans la police. La méprise est grosse de la part d'un tribunal d'appel. L'énoncé ci-dessus (en caractères gras), n'est pas vide de sens. Il veut dire, à titre d'exemple non limitatif, que si l'assuré blesse accidentellement un individu en nettoyant une fenêtre, la police en titre le protégera efficacement, aux conditions de la police.

327

L'assurance de la responsabilité professionnelle et civile

Comme il se doit, le tribunal ne manque pas de faire appel au professeur Bergeron. Il cite notamment une critique, une charge du professeur contre l'industrie canadienne et nord-américaine : on tromperait les assurés en leur laissant croire qu'on leur accorde une assurance de responsabilité professionnelle dans des assurances de responsabilité civile. Le professeur n'est certes pas le meilleur critique sur les produits de l'industrie. Il ignore que les assureurs, pour combler le vide de couverture des fautes de malfaçon, d'erreurs ou d'omissions dans

l'assurance de responsabilité civile générale, offrent toute une gamme d'assurances de responsabilité professionnelle : r.c. professionnelle à l'égard des professionnels, ou de responsabilité pour les erreurs ou omissions (E & O), concernant les métiers techniques à l'égard des électriciens, des mécaniciens, des plombiers, des entrepreneurs et autres. Ce genre de polices couvrent les conséquences financières de travaux mal faits, de bris de contrat, ou de fautes reliées à la profession, moyennant une prime et selon les conditions de telles polices.

328

Fort malheureusement, il y a beaucoup trop d'incompréhension et d'ignorance de la part d'un haut tribunal à propos d'une police d'assurance de responsabilité civile générale, largement connue et documentée depuis plusieurs décennies, dont le but se limite à couvrir les conséquences des responsabilités quasi-délictuelles (fautes involontaires), mais non celles des responsabilités contractuelles. Il est à espérer que la Cour suprême, qui serait éventuellement saisie du pourvoi, puisse dessiller les yeux, rétablir le droit, en l'espèce, et en profiter également pour revoir les notions si décriées qu'elle a elle-même imposées dans l'arrêt *Robitaille c. Madill*.

Dans l'intervalle, une autre conclusion s'impose dans la foulée du jugement ici étudié. Parce qu'elles ne prisent guère les demandes orales à leur courtier, si magiques soient-elles, les grandes entreprises ou les institutions parapubliques ont recours sporadiquement à des appels d'offres afin de renouveler leur portefeuille annuel d'assurances. Les cahiers des charges, en cette matière, qui constituent des demandes écrites sur le fond et la forme des assurances de certaines entreprises, devraient désormais prendre plus de poids. Toutes divergences entre les demandes formelles du cahier des charges et les polices à être émises par l'intermédiaire du plus bas courtier soumissionnaire devront dorénavant être interprétées non seulement au regard des conditions contractuelles (voir les instructions aux soumissionnaires et les conditions de l'appel d'offres), mais également sous l'angle de l'article 2478 du Code civil. Les courtiers ne devront plus oublier cette réalité.

2. La Cour suprême et le droit des bénéficiaires

Deux jugements du plus haut tribunal du pays concernant les bénéficiaires ont retenu notre attention.

Dans l'affaire *Gérald M. Brissette et autres c. Westbury Life Insurance Co.*², le tribunal a reconnu qu'un mari, ayant tué son épouse (tous les moyens d'en appeler de sa déclaration de culpabilité étant épuisés) ne pouvait toucher, à titre de bénéficiaire, le produit de l'assurance-vie, et cela conformément à l'ordre public qui empêche un individu de souscrire une assurance contre ses actes criminels. Au surplus, sans égard à l'ordre public, il serait contraire à l'*equity* d'avoir recours à la fiducie par interprétation, tel qu'allégué en l'espèce. Une telle fiducie aurait d'abord pour effet, si elle était applicable, d'exiger le paiement de l'auteur du méfait et ensuite d'assujettir l'argent à une fiducie en faveur de la succession. Dans cette affaire, la fiducie par interprétation ne peut servir, selon le haut tribunal, à créer un bien en établissant l'obligation de payer de l'assureur. Deux juges sont toutefois dissidents, car, selon eux, rien ne justifie que la compagnie d'assurance tire profit de la règle de l'ordre public. L'indemnité devrait donc être payé par l'assureur au survivant qui, pour satisfaire à l'ordre public, devrait détenir cette somme à titre de fiduciaire pour l'administration de la succession de l'épouse décédée.

329

En outre, la clause de mort accidentelle n'est pas non plus applicable en l'espèce, lorsqu'une partie au contrat, et non un tiers, tue délibérément l'assuré.

Dans l'autre affaire, *Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie c. Yvette Lalonde et autres*³, la compagnie d'assurance voit ses prétentions rejetées, tant par la Cour supérieure, la Cour d'appel et la Cour suprême, en vertu du jugement que nous examinons. En 1967, l'assuré avait souscrit à une police d'assurance-vie collective suivant laquelle il avait désigné son épouse à titre de bénéficiaire. Selon la loi en vigueur

²(1992) 3 R.C.S., p. 87.

³(1992) R.R.A. 1044 et 1045.

à l'époque, la *Loi de l'assurance des maris et des parents*, un bénéficiaire pouvait être révoqué en faveur d'un autre mais à condition que ce bénéficiaire soit l'un de ceux que la Loi prévoyait. Le mari qui assurait sa vie au bénéfice de sa femme, pouvait nommer un autre bénéficiaire s'il le désirait mais le choix se limitait à ceux que la Loi prévoyait.

330 En 1984, l'assuré avait nommé un nouveau bénéficiaire qui n'était pas mentionné dans ladite Loi. Cette Loi a été abrogée en 1976 pour être remplacée par la nouvelle *Loi sur les assurances*. En vertu de la nouvelle Loi, les règles suivantes s'appliquent :

- la désignation du bénéficiaire d'une assurance-vie est présumée révocable, à moins d'une stipulation contraire ou à moins qu'il ne s'agisse du conjoint ;
- la désignation du conjoint comme bénéficiaire d'une assurance-vie est présumée irrévocable, à moins d'une stipulation contraire. On peut changer un bénéficiaire irrévocable en obtenant un consentement écrit. On peut changer un bénéficiaire révocable en avisant l'assureur à cet égard.

La Cour suprême confirme qu'au décès du mari, en 1986, l'épouse alors séparée de corps avait droit à l'indemnité payable en vertu de la police collective, parce que la révocation de 1984 était invalide. Elle a refusé de reconnaître le changement de bénéficiaire, même si la police prévoyait la révocabilité, parce que ce changement qui était au détriment de sa femme violait l'ordre public.

Cette décision est lourde de conséquences, notamment pour de nombreux assurés qui, croyant avoir désigné leur conjoint comme bénéficiaire révocable, doivent assumer une désignation d'irrévocabilité. Selon un porte-parole de la Compagnie Sun Life, il semble qu'environ 100 000 personnes pourraient avoir été désignées comme bénéficiaires durant la période contestée, entre 1970 et 1976.

3. Obligation de loyauté de l'agent et devoir d'information

Un assureur a intenté trois actions contre des agents, en alléguant qu'ils avaient agi de façon déloyale en substituant des polices et en incitant des agents de la compagnie à la quitter. L'un d'entre eux avait ouvert son propre bureau de courtage et des agents de la compagnie s'étaient joints à lui.

Le compte-rendu du jugement fait par Soquij dans l'affaire *L'Excelsior, compagnie d'assurance-vie c. La Mutuelle du Canada, compagnie d'assurance-vie et Louis Langis et autres*⁴, ne manque pas d'intérêt. Il souligne l'importance mais aussi les limites des relations contractuelles entre des agents et leur ex-assureur, surtout s'il n'y a aucune clause de non-concurrence de stipulée. Le tribunal a été amené à faire une distinction entre le devoir de loyauté et les actes de concurrence qui, en l'espèce, avaient été fautifs, intentionnels et illégitimes, car contraires au règlement d'application de la *Loi sur les assurances*. Ce règlement impose une obligation d'information et de conseil au nouvel assureur et à l'agent à l'égard de la clientèle de l'assureur en place.

331

4. Personne vivant sous le toit de l'assuré

Le jugement rendu par la Cour supérieure dans l'affaire *Nathalie Fréchette c. La Compagnie d'assurance canadienne provinciale*⁵ contient une volumineuse jurisprudence sur la question étudiée et rappelle que l'expression « sous votre toit » utilisé dans une police ne doit pas référer à une notion quelconque de propriété et doit avoir le même sens que l'expression « qui font partie de la maison de l'assuré », stipulée à l'article 2576 C.c.

La clause d'exclusion d'une police se lisait comme suit :

⁴(1992) R.R.A., 1046 à 1048.

⁵(19192) R.R.A. 985 à 994.

Nous ne couvrons pas... les dommages corporels occasionnés aux personnes vivant sous votre toit (notamment vous-même), sauf les employés de maison.

De dire le tribunal, lorsque l'on interprète une exclusion, on doit se rapporter à l'assuré dont la responsabilité est en jeu.

332

En l'espèce, le tribunal jugea que cette exclusion était applicable. Blessée dans un accident nautique par l'hélice du moteur du bateau de son frère, la demanderesse tente d'impliquer sans succès l'assureur en cause. Au moment de l'émission de la police d'assurance de responsabilité, le frère et la soeur demeuraient chez leur père et le bateau avait été assuré en vertu de la police d'assurance habitation du père. Au moment de l'accident, le frère travaillait et logeait dans une autre ville. Cependant, la preuve démontre qu'il habitait toujours chez ses parents.

La situation aurait été la même si le frère de la demanderesse avait été l'assuré désigné, puisque celle-ci vivait également sous son toit.

5. Une poursuite contre des administrateurs rejetée par la Cour suprême

Le 26 mars 1993, la Cour suprême du Canada a rejeté une poursuite intentée contre les administrateurs de l'usine Wabasso de Trois-Rivières, par 29 ex-employés. L'usine avait fermé ses portes en 1985. Les 29 ex-employés tenaient les administrateurs personnellement responsables du paiement de leur indemnité de cessation d'emploi, jusqu'à concurrence d'une somme de 300 000 dollars. Les employés avaient eu gain de cause devant la Cour supérieure et la Cour d'appel du Québec, en s'appuyant sur la *Loi sur les sociétés commerciales canadiennes*, qui stipule que « les administrateurs d'une société sont personnellement responsables envers les employés des dettes résultant de l'exécution de ceux-ci de services au profit de la société, jusqu'à concurrence de six mois de salaire. »

La Cour suprême a rejeté l'action en concluant que les dommages réclamés ne peuvent être considérés comme des dettes, au sens de cette Loi, car il ne s'agissait pas d'un salaire mais d'une indemnité accordée pour compenser un préavis insuffisant.

6. Les conséquences d'une bagarre sont de nature criminelle

Dans l'arrêt *Jobidon c. La Reine*,⁶ la Cour suprême du Canada a statué qu'une bagarre à coups de poing entre deux adversaires consentants au cours de laquelle des blessures corporelles sont intentionnellement infligées constituent un acte criminel. Une excellente étude du jugement a d'ailleurs été faite et publiée par M^e Gilles Renaud dans *la Revue juridique Thémis*⁷.

333

À une certaine époque, non seulement le pugilat ou le duel était-il toléré mais il était requis par l'honneur chevaleresque. Chez-nous, dans les années 70, il était admis par les tribunaux que le consentement pouvait être invoqué comme moyen de défense⁸.

Au plan de l'assurance, on doit en tirer un enseignement important, que n'abordent pas le jugement ni l'étude de M^e Renaud : tout acte criminel ou tout acte intentionnel tombe sous le couperet des exclusions de l'assurance de la responsabilité civile générale. Dans les circonstances, une poursuite civile, alléguant des voies de fait, forcerait les assureurs à récuser toute garantie, à condition, comme nous le verrons dans le prochain jugement, de faire la preuve civile de l'acte intentionnel.

⁶(1991) 2 R.C.S. 714.

⁷(1992) 26 R.J.T. 127.

⁸*R. c. Abraham*, (1974) 30 C.C.C. (2d) 332 (C.A. Québec); *R. c. Setnum*, (1976) 32 C.C.C. (2d) 109.

7. Déclarés coupables d'un incendie criminel, les assurés ont droit, selon un tribunal civil, à l'indemnisation

334 La Cour supérieure du Québec a accueilli l'action de Hamza Abdulla Ali contre ses assureurs⁹, qui refusaient de payer M. Ali et son fils, parce que la décision de la Cour des sessions de la paix, maintenue par la Cour d'appel, les avaient trouvé coupables de l'incendie criminel de leur restaurant dans le but de toucher une indemnité d'assurance. La Cour suprême avait refusé de réexaminer cette condamnation suivant une requête pour permission d'en appeler, laquelle fut rejetée le 18 mai 1989.

Bien que la décision pénale n'ait pas l'autorité de la chose jugée en regard des procédures civiles, les deux assureurs soutenaient, en défense, que le jugement pénal avait une « autorité de fait », quant à son résultat et à son contenu, en droit civil. Les compagnies défenderesses alléguaient des présomptions graves, précises et concordantes pour justifier leur refus. Le tribunal a préféré donner raison aux deux demandeurs, devant les ambiguïtés et les différences entre la version des faits données aux policiers et aux experts en sinistre et lors des témoignages en cours, ces ambiguïtés étant explicables par les subtilités de langage dans la traduction de la langue arabe, non alors expliquées ou portées à l'attention de la Cour des sessions de la paix. D'autres détails pertinents, en outre, examinés dans le jugement de la Cour supérieure, n'ont pas été portés à la connaissance de la Cour de juridiction criminelle.

Le juge a conclu que les compagnies défenderesses n'ont pas justifié leur refus d'indemnisation. Cette conclusion nous semble étrange, au regard de l'exclusion de la police sur les actes criminels, vu le jugement final au pénal et le fait que M. Hamza ait purgé sa peine d'un an de prison.

Néanmoins, il demeure qu'il appartient à l'assureur d'établir, suivant la règle de prépondérance de preuve, en droit

⁹ *Hamza Abdulla Ali et al c. Compagnie d'Assurance Guardian du Canada et al*, Cour supérieure, No 500-05-000190-866 (28 janvier 1993).

civil, que l'incendie a été causé par les assurés. Les dommages faits intentionnellement sont légalement exclus du champ de l'assurance, car ils vont à l'encontre de la notion de risque assurable, c'est-à-dire d'un événement qui ne dépend pas de la volonté de l'assuré. À défaut d'une preuve directe, l'assureur pourra établir une preuve à l'aide de présomptions graves, précises, concordantes. Mais lorsqu'il y a jugement au pénal, la condamnation, qui présuppose essentiellement une intention de commettre un crime (*mens rea*), ne suffit-elle pas ? Il sera intéressant de lire l'interprétation que donnera la Cour d'appel aux questions que soulève le présent débat.

335

8. Un sidéen se voit refuser l'anonymat par la Cour

La Cour d'appel du Québec a décidé unanimement¹⁰ qu'un hémophile contaminé par le virus du sida lors d'une transfusion sanguine ne pourra conserver l'anonymat et ceci en vertu du principe que les audiences des tribunaux et les décisions judiciaires sont publiques. Ce principe est reconnu tant par la jurisprudence que par la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Toutefois, la Cour suprême a déjà reconnu que le huis clos des audiences peut être ordonné « dans l'intérêt de la morale ou de l'ordre public. »

Dans la présente instance, la Cour d'appel n'a pas ordonné le huis clos, car l'affaire n'était pas de nature strictement privée. Elle mettait en cause la Société canadienne de la Croix Rouge, une institution à caractère public, et le Procureur général du Québec.

9. Fausse déclaration d'un assuré concernant l'usage du tabac

Dans un jugement¹¹ rendu par la Cour d'appel le 20 janvier 1993, le tribunal reconnaît que la question « Avez-vous

¹⁰ *Monsieur «X» c. Société canadienne de la Croix-Rouge et Procureur général du Québec*, No. L.P.J. 93-1004.

¹¹ *Ouellet c. L'Industrielle, Compagnie d'assurance sur la vie*

fait usage du tabac sous quelque forme que ce soit au cours des douze derniers mois », telle que formulée dans le questionnaire, n'est pas ambiguë, contrairement aux prétentions de l'appelante. Il a été prouvé, devant la Cour, que l'assuré avait fumé à diverses occasions.

En vertu de l'article 2485 C.c., l'épouse bénéficiaire se voit donc refuser le paiement de l'assurance, à cause de la fausse déclaration.

336 10. **Compte rendu d'un jugement de la Cour suprême sur une question de conduite en état d'ébriété**

C'est par les journaux que nous avons pris connaissance de ce compte rendu. L'incident se passe sur l'île de Vancouver.

Après avoir consommé une dizaine de bière, un individu demande à son ami la permission de conduire son véhicule. L'ami accepte. Ils ont un accident et l'individu, celui qui conduisait, est blessé sérieusement à la tête.

La victime décide de poursuivre son ami pour l'avoir laissé conduire alors qu'il était ivre. Dans son jugement, la Cour suprême tient les deux personnes également responsables et ordonne au propriétaire du véhicule de verser à la victime une somme de 180 000 dollars à titre de dommages et intérêts.

Ce jugement, qui a été fort critiqué par plusieurs assureurs, risque d'encourager ce type de « réclamations sociales ».

Études techniques

par

Rémi Moreau

Contestations judiciaires des polices basées sur la datation des réclamations dites *Claims-Made*

En assurance de la responsabilité professionnelle, le concept « d'événement pendant la période de la garantie » (occurrence basis) comme élément déclencheur (du processus d'application de la police, a été remplacé, au début des années 70, par la notion dite *Claims-Made* laquelle est basée sur la « datation des réclamations à l'assureur pendant la période de la garantie. » Comme nous le verrons plus loin, cette notion, autrefois incontournable, est aujourd'hui de plus en plus contestée devant les tribunaux, tant chez-nous qu'à l'étranger.

337

D'abord, rappelons brièvement la différence qui existe entre les deux concepts. En assurance de la responsabilité civile, la notion d'« événement » signifie que l'assureur reconnaît comme essentiel à l'application du contrat, la survenance du dommage pendant la période d'assurance. L'assureur entend garantir l'assuré contre les conséquences de sa responsabilité civile, en raison d'un dommage à un tiers commis pendant la période d'assurance. Sont ainsi garanties les réclamations formulées à une date postérieure à l'expiration de la police, pourvu qu'elles se rapportent à une faute commise en cours de contrat.

Avec la notion *Claims-Made*, dans le champ de la responsabilité professionnelle, ce n'est pas la survenance d'un événement pendant la période d'assurance qui est essentiel à l'application de la police, mais la date de présentation d'une réclamation ou de la possibilité d'une réclamation à l'assureur, pendant la période d'assurance.

Tout en étant bénéfique aux assurés, cette notion présente pour les assureurs un net avantage sur la précédente. Elle répond à la double difficulté de déterminer la date du fait générateur qui est à l'origine du dommage et d'établir une prime pour des réclamations qui seront présentées à une époque impossible à prévoir.

Dans le numéro de janvier 1992, *Assurances* publiait une étude de M. Thomas A. Konopka qui décrivait, en ces mots, les avantages à utiliser cette formulation¹ :

338

In summary, the characteristics of certain liability insurance (such as professional and product liability) when written on occurrence forms inherently cause roller coaster market cycles, and perpetuate the likelihood of future liability crises. Claims-Made coverage is a rationale solution for long-tail liability problems. It offers stable pricing, coverage availability, and better promise of solvency over the long run.

En France, une série d'arrêts a remis en question la validité des polices basées sur la datation des réclamations. Notamment, en 1992 dans l'affaire *Bureau d'études Domini*, la Cour de Cassation a conclu que la clause *claims-made* devait être considérée non écrite, c'est-à-dire comme n'ayant pas été stipulée, car elle aboutit « à priver l'assuré du bénéfice de l'assurance en raison d'un fait qui ne lui est pas imputable et à créer un avantage illicite, comme dépourvu de cause, au profit du seul assureur qui aurait alors perçu les primes sans contrepartie ». (Nous avons déjà fait un bref compte rendu de la question² dans le numéro de janvier 1992 de la revue *Assurances*.)

En Californie, une étude de Harry W. R. Chamberlain II examine les difficultés qu'éprouvent les

¹Thomas A. Konopka, «The Advantage of Claims-Made Forms For Insurance Buyers», *Assurances*, Janvier 1992, p. 479.

²Voir Chronique juridique, *Assurances*, Janvier 1992, p. 603

assureurs lorsque la notion est interprétée par les cours de justice. Ceux-ci sont obligés de prouver qu'ils ont subi un préjudice (*actual prejudice*) résultant du délai de l'assuré à les aviser d'une réclamation. Voici la conclusion de l'étude³.

Starting with *Burns*, the California courts began to accept that the certainty offered by the enforceability of claims-made policies represents a beneficial trend for liability insurers and policy holders alike :

This heightened predictability translates into significantly lower costs to customers. And indispensable component of that predictability is the ability of the insurer to close its books on a policy. *This enables an insurer to be more precise in calculating its necessary reserves and future premiums, among other things ; the notice-prejudice rule is antithetical to this type of certainty and serves as a disincentive for insurers to offer this reduced-rate coverage.*

Since 1989, at least nine other California Courts employed the same or a similar rationale in upholding plainly worded claims-made liability policies. The judiciary in California and elsewhere has not spoken with "nearly a uniform voice in favor of enforcing notice requirements" of claims-made policies, and for good reason. As California Courts will no longer "rewrite" claims-made reporting conditions, it is up to the underwriters of these policies to assure that these benefits are realized by the clarity of their contract wording.

³Harry W. R. Chamberlain II, «Claims-Made policies are enforceable in California: Trends after *Burns v. International Insurance Company*», *Tort & Insurance Law Journal*, Vol. XXVIII, Number 1, Fall 1992, p. 90. (Les renvois de l'auteur sont ornés).

Chez-nous, un jugement récent de la Cour suprême du Canada⁴, dans un pourvoi à l'encontre d'un jugement de la Cour d'appel du Manitoba, a rejeté les prétentions de l'assureur. En voici l'analyse.

340 En 1974, une firme d'ingénieurs reçoit le mandat de la conception et de la supervision d'un réseau municipal d'égoût et de distribution d'eau. L'installation s'avérant défectueuse, la firme reconnaît une faute professionnelle dans la supervision du chantier. En 1981, l'assureur indemnise son assuré des conséquences de cette responsabilité et en reçoit quittance.

Puis, la même année, en septembre 1981, dans le cadre de travaux additionnels pour l'expansion du réseau, d'autres dommages, apparemment reliés à la réclamation initiale, sont découverts. Nous sommes quelques jours avant l'expiration de la police. Les employés municipaux font immédiatement part aux ingénieurs de leur insatisfaction. Toutefois, ce n'est qu'en octobre de la même année, après l'expiration de la police, que la firme d'ingénieurs avise l'assureur des dommages additionnels.

L'assureur nie toute responsabilité d'indemnisation en alléguant que les nouveaux dommages lui ont été déclarés à une date postérieure à l'expiration de la police.

Simcoe & Erie General Insurance Co. avait assuré la société d'ingénierie contre les conséquences de sa responsabilité professionnelle en vertu d'une police d'assurance de responsabilité professionnelle de type *Claims-Made*. Selon le contrat d'assurance, seules les réclamations présentées à l'assureur pour la première fois contre l'assurée pendant la période d'assurance, étaient garanties. De plus, le contrat comportait aussi la clause d'application à base d'événement, puisqu'il ne couvrait que les actes dommageables survenus pendant la période d'assurance.

La Cour suprême devait se prononcer sur deux questions :

⁴ *Reid Crowther & Partners Ltd. c. Simcoe & Erie General Insurance Co.*, J.E. 93-230.

- a) Peut-on considérer comme distinctes, des réclamations successives découlant d'un même acte négligent ? En d'autres termes, la seconde réclamation pour les dommages additionnels, présentée après l'expiration de la police, faisait-elle partie de la première réclamation qui avait été présentée pendant la période d'assurance ?
- b) La seconde réclamation a-t-elle été faite pendant la durée de validité de la police ?

En se fondant sur les règles d'interprétation usuelles, notamment la règle *contra proferentum*, la règle de l'interprétation large sur les garanties et de l'interprétation restrictive sur les exclusions, ainsi que la règle de l'attente raisonnable des assurés, le plus haut tribunal a pu conclure que les dommages additionnels, découverts en 1981, faisaient partie de la réclamation initiale présentée pendant la période d'assurance, même si les dommages constituaient une réclamation distincte.

De plus, la réclamation serait considérée comme ayant été présentée pendant la période d'assurance. Les juges observèrent que le mot « réclamation » n'était pas clair, selon la définition du contrat, notamment sur ce que constitue une demande officielle et une demande non officielle d'indemnisation. Ils mentionnèrent que la jurisprudence permettait de conclure qu'il pouvait y avoir réclamation en l'absence d'une demande officielle à l'assureur.

Le principal enseignement à tirer de cette affaire est que la police d'assurance manquait de clarté. Tel que stipulé, le contrat s'appliquait « pourvu qu'il y ait réclamation pour la première fois contre l'assuré au cours de la période d'assurance ». L'assuré se devait d'aviser l'assureur dès qu'il avait connaissance d'une réclamation. Toutefois, contrairement aux contrats de même nature souscrits de nos jours, nulle part retrouvait-on que la réclamation devait être présentée non seulement à l'assuré mais aussi à l'assureur pendant la période d'assurance.

Vu le constat par l'assuré, en septembre 1981, des dommages additionnels pendant la période d'assurance, c'est à cette date que la réclamation fut établie, même en l'absence d'une demande formelle à l'assureur.

342 Ce type de police devrait donc comporter des clauses visant à éviter le problème des réclamations en responsabilité pour des dommages qui se manifestent graduellement, qui sont découverts graduellement et qui sont reliés entre eux. De plus, il importe que les conditions sur les avis de réclamation soient clairement définies, de façon à éviter les retards, même s'ils ne portent aucun préjudice à l'assureur, sans quoi la jurisprudence américaine récente pourrait éventuellement être mise à profit.

Les polices d'assurance basées sur la datation des réclamations s'avèrent extrêmement utiles en ce qui concerne les risques spécialisés et les risques de responsabilité professionnelle. Ces polices représentent pour les assurés une diminution de coûts et pour les assureurs une meilleure délimitation des garanties dans le temps. Les contestations judiciaires actuelles ne semblent pas émaner du fond de ces contrats mais plutôt de la forme, c'est-à-dire de la façon dont ils sont rédigés.

La restriction principale de ce type de police réside dans le fait que les réclamations ne peuvent être formulées que pendant la période d'assurance. Cependant, il existe deux moyens d'élargir, par avenant, la garantie :

- la stipulation d'une date de rétroactivité ;
- la stipulation d'une date de garantie subséquente.

La date de rétroactivité permet de modifier la condition à l'effet que les sinistres ne doivent survenir que pendant la période d'assurance. Elle fait remonter dans le temps l'application de la garantie : il pourrait s'agir de la date de prise d'effet de la première souscription de la police par le même assureur. À titre d'exemple, supposons le cas d'une police souscrite pour la première fois le 1^{er} janvier 1990, et renouvelée annuellement par la suite. Normalement, seul un sinistre survenant durant la dernière période de renouvellement serait

admissible. Si l'assureur acceptait le 1^{er} janvier 1990 comme date de rétroactivité, tout sinistre survenu depuis cette date serait couvert par la police.

La garantie subséquente permet de modifier la condition à l'effet que le sinistre doit être déclaré à l'assureur pendant la période d'assurance. Une période de prolongation dont la durée est négociable est consentie, moyennant une surprime. Par exemple, si une police prévoit une période de 180 jours, le sinistre devrait être déclaré à l'assureur durant cette période étendue, pourvu qu'il soit survenu pendant la période d'assurance ou encore depuis la date de rétroactivité, le cas échéant.

343

Divers autres avenants sont susceptibles d'être ajoutés à une police dite *Claims-Made*, selon les besoins particuliers de l'assuré et au cas par cas, selon les suggestions du courtier.

Document

L'évolution de l'assurance contre l'incendie au Canada*

Troisième période : de 1867 à nos jours**

par

Gérard Parizeau***



345

Deuxième partie

Le 1^{er} juillet 1867, les colonies anglaises les plus importantes de l'Amérique du Nord se fusionnent. Le Canada, Le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse constituent le *Dominion* du Canada : titre pompeux pour un pays qui compte une bien faible population, mais dont la croissance ethnique et économique devait être rapide, à partir du XX^e siècle.

À des administrations multiples succède un gouvernement central, doté par le parlement anglais de pouvoirs étendus dans les domaines qui concernent l'intérêt général. Mais, comme il s'agit d'une fédération, on laisse subsister des administrations régionales qui prennent le nom de gouvernements provinciaux et auxquels on confie des prérogatives précises qui sont censées être exercées indépendamment du pouvoir central. Ainsi se trouvent formés des États dans l'État, qui entrent bientôt en lutte pour faire respecter leurs droits constitutionnels. Le contrôle des affaires d'assurance est un des problèmes qui déclenchent le conflit.

* Gérard PARIZEAU, extrait du *Traité d'assurance contre l'incendie au Canada*, Les Presses de l'École des Hautes Études Commerciales, Les éditions de la Librairie Beauchemin Limitée, Montréal, 1961.

** Note de l'éditeur — L'auteur a publié son livre en 1961. Dans le numéro de janvier 1993, nous avons publié les extraits ayant trait aux deux premières périodes, celle d'avant 1804 et celle de 1804 à 1867.

*** M. Parizeau est le fondateur de la revue *Assurances*.

Comme nous le noterons plus loin, le comité judiciaire du Conseil privé d'Angleterre, pas plus que la Cour suprême du Canada ne l'ont encore tranché de façon définitive malgré les nombreux jugements rendus depuis 1881.



346

Un des premiers actes du nouveau gouvernement fédéral est d'exercer une surveillance précise sur les sociétés d'assurances. C'est un fait d'une telle importance qu'on peut en faire le début d'une troisième étape dans l'évolution de l'assurance contre l'incendie au Canada. Jusque-là, l'État s'était peu préoccupé de la manière dont on traitait celle-ci. Si, à certaines époques, on avait fait des lois destinées à réglementer certains aspects de la pratique, l'effort avait toujours été incomplet. La loi de 1860 forçait par exemple les sociétés étrangères à constituer une réserve de 50,000 dollars, mais les exigences administratives étaient faibles et le contrôle était peu étendu. Tandis qu'avec la loi de 1968¹, on se trouve devant une mesure élaborée qui impose des règles et qui fournit le moyen de les faire respecter.

Voici quelques détails qui feront voir l'étendue de l'initiative et son importance :

1. — Sauf pour l'assurance maritime, toute société doit obtenir une patente pour traiter au Canada. Seules sont exceptées, les compagnies constituées par une loi provinciale, dont les affaires se limitent à la province intéressée. C'est la reconnaissance officielle de droits régionaux qu'on ne pourra écarter par la suite ;

2. — La patente est délivrée par le ministre des Finances à certaines conditions : dépôt de 50,000 dollars par catégorie d'assurances, en espèces ou en fonds d'état, avec un minimum de 100,000 dollars. Tant que ce chiffre n'est pas

¹ Acte relatif aux Compagnies d'Assurance, 31 Vict. chap. 48, sanctionné le 22 mai 1868, p. 30 et s. des Statuts du Québec.

atteint, il est nécessaire de constituer une réserve à l'aide des primes perçues. Pour les sociétés canadiennes, toutefois, le montant est moindre.

La loi impose également un certain nombre de règles que l'on retrouve dans le texte actuel : remise d'une copie de la charte et d'une procuration au nom du fondé de pouvoirs, qui devient le représentant officiel de la société au Canada, sanction pour les affaires faites sans patente, etc. ;

3. — Enfin, chaque année, les sociétés sont tenues de communiquer au ministre des Finances leur état financier, assermenté par un employé supérieur de la société. Ces états doivent être insérés dans la *Gazette du Canada* et communiqués à la Chambre durant la session suivante.

347

Ainsi, on force tous les assureurs à constituer une provision destinée à protéger les assurés en cas de faillite ou de non-exécution de leurs engagements pour une cause quelconque ; on accorde à l'État le droit de regard et on prévoit des sanctions ; annulation du permis, amendes ou emprisonnement dans certains cas. Voilà, en somme, la base même de notre législation actuelle. En 1868, la loi marque une étape décisive dans la voie du contrôle officiel, lequel s'imposait depuis longtemps, mais que seul l'état nouveau pouvait réaliser grâce à l'autorité que lui donnait le statut constitutionnel de 1967.

Outre l'avantage qu'elle présente au point de vue que nous avons étudié, la loi de 1868 est intéressante parce qu'elle permet au ministère des Finances de réunir des statistiques d'ensemble qui indiquent enfin l'importance des affaires traitées. En voici un aperçu tiré de *The Year Book and Almanac of Canada for 1870*, lequel, s'il n'est pas l'annuaire officiel², a une certaine valeur d'authenticité puisqu'il est l'oeuvre de fonctionnaires qui ont utilisé les documents publics :

²Les statistiques officielles ne remontent qu'à 1869.

	Total pour le Canada entier (dollars)
Primes versées	1,992,602.41
Montant des indemnités payées et des sinistres en suspens	1,222,156.54
Nombre de sinistres	1,715
Assurance en vigueur le 31 décembre 1868	203,653,894.66

348

L'annuaire de 1869 donne également la liste des sociétés qui, en 1868, s'étaient conformées aux prescriptions de la loi.

Il ressort de cette nomenclature que les sociétés britanniques étaient alors les plus nombreuses, que la plupart avaient leur siège à Montréal et que, parmi les sociétés canadiennes, très peu traitaient en dehors du cadre provincial. Parmi celles-là, il y avait en particulier la *Halifax* et la *Compagnie de Québec*, sociétés qui existaient depuis 1809 et 1818 respectivement et qui, vers 1868, avaient atteint une certaine importance.

Pour compléter l'aperçu de l'assurance contre l'incendie au début de la période que nous étudions, voici d'autres chiffres qui indiquent l'importance comparée des affaires traitées en 1870 par les sociétés à primes fixes et par les mutuelles, assujetties dans les deux cas à la juridiction fédérale :

	Sociétés à primes fixes (dollars)	Sociétés mutuelles ³ (dollars)
Assurance en vigueur	166,508,708	44,111,854
Primes perçues	1,834,334	—

On peut juger par là de la répartition approximative entre les deux groupes.

³ Statistique incomplète mais assez élaborée malgré tout pour qu'on puisse la citer. Nous la tirons du *Year Book and Almanac of Canada for 1872*, pp. 82 et 83.

Deux cents millions d'assurance en vigueur, voilà donc à peu près le bilan de 1868. C'est de là que nous partirons pour montrer un peu plus loin le magnifique essor par la suite. Avant de l'esquisser, nous allons voir ce qui le rendit possible. Cela nous permettra de passer en revue tout l'effort d'amélioration et les résultats qu'il a donnés.

Voyons d'abord l'évolution des méthodes de tarification individuelles et collectives. En résumé, on s'est longtemps contenté de grouper les immeubles selon leur construction, l'usage qu'on en faisait et, dans une certaine mesure, le risque de contiguïté. Petit à petit, grâce à l'expérience accrue, grâce à une meilleure étude des statistiques, on compléta le classement et on adopta un barème des risques assez précis, quoique encore rudimentaire. En 1850, par exemple, la *British America* groupait les immeubles en quatre catégories : 1) les bâtiments en pierre et brique, recouverts de métal ; 2) les bâtiments de même nature, mais ayant une toiture en bois ; 3) les bâtiments partiellement en pierre et partiellement en bois ; 4) les bâtiments en bois.

Chaque catégorie se subdivisait à son tour en de nombreux groupes, entre lesquels on établissait de nouvelles distinctions et qu'on tarifait différemment.

Le taux de l'immeuble variait suivant le groupe auquel celui-ci appartenait. Quant au contenu, on le rangeait dans un des quatre compartiments que les assureurs reconnaissaient : *not hazardous*, *hazardous*, *extra hazardous* et *special*. Et selon le type, on ajoutait au taux de l'immeuble tant par cent dollars : le chiffre variant suivant l'endroit. Ainsi, on pratiquait la tarification à deux paliers : immeuble et contenu, tout en faisant un minimum de différences entre deux bâtiments de construction et d'occupation identiques, mais inégalement entretenus ou protégés contre le feu.

Cette méthode de classement fut, avec des variantes, celle de la plupart des assureurs pendant très longtemps.

Les taux étaient fixés dans chaque endroit soit par l'assureur lui-même qui se basait sur les renseignements qu'il possédait, soit plus tard par des agents spéciaux délégués sur place. Plus tard enfin, les assureurs acceptèrent de confier la tarification d'ensemble à des comités régionaux formés d'employés supérieurs de quelques-unes des sociétés intéressées. C'était une première étape vers les syndicats de tarification, qui se formèrent ici et là au Canada et que remplacent la *Canadian Fire Underwriters' Association* en 1883 et quelques organismes similaires par la suite.

350

La première manière de procéder présentait des avantages réels à une époque où s'écoulait lentement dans un cadre presque rigide. Il fallut l'améliorer quand les choses changèrent. On procéda par étapes, mais sans modification radicale jusqu'au moment où parut aux États-Unis l'*Universal mercantile Schedule*. Dû à la collaboration, vers 1891, d'un grand nombre de sociétés, sous la direction du président d'une des plus importantes d'entre elles, l'*U.M.S.* transforma complètement les méthodes employées pour la tarification des risques commerciaux aux États-Unis d'abord, puis au Canada au début du XX^e siècle. Au jugement individuel, qui était la méthode précédente, succède un barème très élaboré, qui fixe une fois pour toutes le procédé de tarification en laissant à l'interprétation personnelle un minimum d'initiative. À partir de ce moment, on étudie en détail la nature de chaque immeuble et on le tarife avec beaucoup plus de précision qu'on ne pouvait le faire précédemment. L'*Occupancy Table*, c'est-à-dire le tarif de l'occupation, celui du voisinage, *Exposure Table*, et le barème des taux de base (*basic rates*) complétèrent bientôt la méthode. Dès ce moment on fut en mesure d'atteindre avec assez d'exactitude le but cherché : à risque identique, taux identique. Plus tard, on compléta la tarification au Canada en dressant des *Manufacturing Schedules*, c'est-à-dire des tableaux pour les risques industriels, et toute une série de tarifs divers. Avec de meilleurs instruments de mesure, les assureurs purent serrer le risque de plus près, diminuer le coût et, ainsi, mettre l'assurance à la portée du grand public. Là est l'origine du magnifique essor

que l'on constate au cours du XX^e siècle. Ce premier et remarquable effort d'amélioration n'est pas, comme nous l'avons dit, l'oeuvre isolée d'une société ou même de quelques-unes. Il est le résultat d'initiatives collectives qui, à travers plus d'un demi-siècle, ont tendu vers le progrès et dont l'aboutissement, dans notre pays, est le syndicat général des sociétés d'assurance contre l'incendie⁴, plus connu sous les initiales C.F.U.A. Avant d'en expliquer les origines et le fonctionnement, indiquons rapidement les organismes qui l'ont précédé.

En 1849, les délégués d'un certain nombre de sociétés se réunissent à New York pour régler la classification et la tarification des risques, la répartition de l'assurance et l'Annulation des polices. Comme les règles s'appliquent aux colonies britanniques de l'Amérique du Nord aussi bien qu'aux États-Unis, nous devons citer d'abord ce premier exemple de coordination⁵. D'autres initiatives plus ou moins similaires suivirent qui, d'étapes en étapes, donnèrent naissance aux syndicats d'assureurs. Citons parmi celles-là le *Fire Insurance Board* de Halifax, fondé le 5 janvier 1857 et qui, dès sa fondation, travaille à l'établissement d'un tarif pour la ville de Halifax, lequel entre en vigueur le 20 décembre 1858. Le syndicat devint par la suite le *Nova Scotia Board of Fire Underwriters*. Au Nouveau-Brunswick, il y a, en 1865, le *New Brunswick Board of Fire Underwriters* et quelques années après, au Canada même, la *General Tariff Association*, qui disparut en 1875 ; ce qui ne laissa plus que quelques groupements isolés à Toronto (*Toronto Board of Fire Underwriters* fondé en 1873), à London, à Hamilton et à Montréal (*Insurance Exchange*), formés d'agents principalement et sans aucune cohésion.

Le 21 janvier 1880 apparaît la *Manitoba and North West Underwriters' Association*, qui, en 1899, fut englobée par la *Canadian Fire Underwriters Association*, mais reprit son

⁴Canadian Fire Underwriters' Association, qui deviendra par la suite Canadian Underwriters' Association.

⁵Nous tenons à mentionner ici les travaux de M. L.-C. Vallée sur le sujet que nous étudions. Nous leur devons en particulier le plus grand nombre des faits que nous citons au sujet des syndicats d'assureurs.

indépendance en 1909 en devenant la *Western Canada Insurance Underwriters' Association*. Elle la perdit à nouveau en 1958.

Le 27 septembre 1883 est fondé le *Prince Edward Island Board of Fire Underwriters*, qui cesse de fonctionner en 1899, mais renaît en 1901.

352 C'est du 26 juin 1883, cependant, que date le plus important de ces syndicats d'assureurs : la *Canadian Fire Underwriters' Association*. Fondé à Toronto, il englobe dès sa formation une trentaine de sociétés, dont sept canadiennes, dix-neuf anglaises et quatre américaines. Il a d'abord juridiction sur les affaires traitées dans l'Ontario seulement, puis, l'année suivante, son autorité s'étend à Québec.

Sa fonction est triple : centraliser le travail de tarification, uniformiser les méthodes et les rationaliser⁶. Elle s'impose, car la multiplicité des sociétés d'assurances, la diversité de leurs méthodes de travail et la concurrence effrénée à laquelle elles se livrent créent une situation difficile. C'est la même situation qui, périodiquement, entraîne un rapprochement entre les sociétés syndiquées et non syndiquées : une sorte de trêve dans une lutte sans merci.

Le syndicat s'attaque immédiatement au triple programme qu'on lui a tracé. Dès 1883, il adopte une classification des villes de l'Ontario en six catégories, correspondant à la protection collective contre le feu⁷. L'année suivante, le classement s'étend à la province de Québec. Puis, le syndicat dresse des tarifs plus conformes aux besoins et dont l'évolution s'accroîtra avec l'étude graduelle des statistiques et l'application des règles qui se sont généralisées aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle. En 1904, on adapte aux besoins du pays le *Universal Mercantile Schedule* et la *Mercantile Occupancy*

⁶Nous référons le lecteur au chapitre de la tarification où il trouvera une étude approfondie de la C.U.A.

⁷On a, à ce moment-là, six catégories de villes désignées par les lettres A, B, C, D, E, F, entre lesquelles se répartissent les endroits les plus importants. Plus tard, on appliquera ces divisions non plus aux villes, mais aux diverses régions des provinces. Graduellement, on les supprimera les unes après les autres pour ne conserver que E, EE, et F dans la province de Québec, par exemple. Ce sera la base du tarif minimum.

Table, dont nous avons déjà parlé. En 1905, commence la compilation des tarifs industriels. Plus tard, viendront les autres tableaux de tarification.

Mais le syndicat ne s'occupe pas que de tarification. Il uniformise les clauses d'assurance ; il fait dresser des plans par terre des villes spécialement tarifées et il organise l'inspection des risques à une grande échelle ; inspection et classification des aqueducs, des canalisations d'eau et des services municipaux de pompiers, inspection des immeubles servant à des fins autres que d'habitation. Il crée également un organisme d'enquête, le *Fire Investigation and Loss Information Bureau*⁸ à qui est confié le soin d'étudier les incendies douteux, de constituer des dossiers et de collaborer avec les assureurs et les tribunaux.

353

En bref, voilà ce que sont les initiatives de la *Canadian Fire Underwriters' Association*. Soulignons leur incontestable utilité. Parce qu'on lui a confié la tâche d'uniformiser les méthodes de travail et parce qu'on lui a donné le moyen de faire exécuter ses règlements, le syndicat accomplit une oeuvre extrêmement utile. Par son existence même, il empêche que, livrée à une concurrence outrancière, l'assurance contre l'incendie ne devienne un chaos dangereux à la fois pour les assureurs, dont les réserves fondraient rapidement, et pour les assurés.

En 1887, apparaît un nouveau syndicat dans l'ouest du Canada : le *Vancouver Board of Fire Underwriters*, qui suit d'un an la destruction de la ville par le feu. Vers le même moment, à Victoria et à New-Westminster en Colombie britannique, il y a également des *Boards of Underwriters*, groupements d'influence régionale. En 1892, les trois sont fusionnés sous le nom de *British Columbia Fire Underwriters Association*. En 1899, celle-ci fait place à *The Mainland Board of Fire Underwriters* pour la partie continentale de la province et

⁸Fondé en 1923 sous ce nom, l'office se sépara de la C.F.U.A. en 1926 et prit le nom de *Fire Underwriters Investigation & Loss Information Bureau of Canada*. En 1940, il devint le *Fire Underwriters Investigation Bureau of Canada*. À partir de ce moment, son champ d'action s'étend à tout le Canada. En 1956 il englobe 240 sociétés d'assurance syndiquées et non syndiquées.

354

à la *Vancouver Island Underwriters' Association* pour l'île de Vancouver. En 1919, il y a une nouvelle fusion sous le nom de *British Columbia Fire Insurance Underwriters' Association*. Enfin, en 1927, celle-ci s'allie à la *British Columbia Automobile Underwriters' Association* et constitue la *British Columbia Insurance Underwriters' Association*, avec une section d'assurance-automobile. Ainsi s'est constitué de fusion en sectionnement et de sectionnement en fusion, le syndicat qui complète le réseau au Canada. Actuellement, le pays se divise entre un certain nombre de groupements, dont on trouvera la nomenclature au chapitre de la tarification.

Encore une fois, c'est à ces divers syndicats qu'est confié le soin de fixer les tarifs, d'uniformiser les clauses particulières des contrats et de voir à ce que les sociétés syndiquées observent les règlements auxquels elles ont adhéré.

Cette seule adhésion met-elle les assureurs en mesure d'éviter les écueils du métier ? Leur permet-elle, par exemple, d'accepter tous les risques sans choix et sans maximum ? Non, car le tarif repose sur des statistiques d'ensemble qui comprennent de bons et de mauvais risques, mais avec une grande majorité de bons ; sans quoi les constatations seraient bien différentes. Il faut donc que l'assureur ne prenne pas sans discernement tout ce qu'on lui offre. Il doit pratiquer ce que, dans la langue du métier, on appelle la sélection, la limitation et la répartition des risques. Dans ce domaine, comme dans la tarification, on a fait des progrès considérables durant la dernière partie du XIX^e siècle et depuis le début du XX^e.

À la suite d'une évolution inspirée surtout des méthodes américaines, on est venu à grouper les risques avec une assez grande précision suivant le danger d'incendie qu'ils présentent. Puis, on a déterminé des *pleins*, c'est-à-dire le montant maximum qu'on peut garantir sans s'exposer à de trop lourdes pertes⁹. On en a dressé des tableaux à l'usage des

⁹Signalons à ce sujet que, malgré les progrès de la réassurance, on accepte généralement des montants beaucoup moins élevés qu'autrefois à risque égal. Voici, à titre d'exemple de ce qu'on faisait autrefois, un extrait d'une conférence prononcée en

agences chargées de l'acceptation des affaires. Puis, on a déterminé une politique de répartition géographique permettant d'éviter ou, tout au moins, d'atténuer le danger de conflagration qui jusque-là avait coûté si cher. En étendant la répartition des régions aux provinces, de celles-ci au pays entier et du pays à l'étranger, on est aussi parvenu à compenser le déficit d'une agence par les excédents d'une autre. Et ainsi, en élargissant le champ d'action, on a permis à la loi des grands nombres de jouer avec plus d'exactitude. Sans doute on ne s'est pas entièrement mis à l'abri de lourdes pertes ; les statistiques que nous étudierons plus loin le démontrent bien. Mais on en a réduit le danger énormément.

La réassurance a aussi contribué à donner aux affaires une plus grande sécurité. Or, son développement date également de l'époque que nous étudions. Si on en fait mention dans certains livres de droit au XVIII^e siècle, tel *Insurance* de l'auteur anglais Magens¹⁰, ou, soixante-quatorze ans plus tôt, dans l'Ordonnance de la Marine de Colbert en août 1681¹¹, elle se

1910 par M. H.S. Moore de la *Phoenix de Londres* devant les membres de l'*Insurance Institute of Ireland*, cité par M. C.E. Golding dans *A history of Reinsurance*: "It is worthy of note at this juncture that although there were upwards of twenty offices transacting fire insurance in this country, there was no particular necessity for reinsurance. This was mainly due to the enormous lines held by the offices upon single risks. I have been told that it was no uncommon things in those days for an office to retain as much as £ 50,000 on a Manchester warehouse in London as 2s rate.. It is extremely interesting in the light o modern practice to observe the methods adopted by the offices for dealing with large insurance at this period, i.e. 1845. Surpluses were dealt with by direct policy, and it was the practice for the Company to whom the business was at first offered to help itself to a full holding and then send the Insured in company of one of its clerks round to few friendly offices to place the balance. A charming and ingenious people our predecessors. Before leaving this point it is worth mentioning that it is on record that an office lost a large connection because it refused to issue a policy for a greater amount than it could retain. Another and more progressive office accepted the business and probably dealt with the balance by reinsurance. The imperative need of being in the position to deal with large insurance became apparent at this time, and in the result created the demand for reinsurance, which has since grown to such dimensions".

Cinquante mille livres sur un immeuble qui n'était pas en matériaux incombustibles, voilà une somme qu'on se garderait bien de garantir actuellement même en Europe à moins d'en réassurer la plus grande partie; ce qu'on ne faisait pas toujours en 1845.

¹⁰ "Every insurer is permitted to take out a reinsurance on every insurance that he has given". Cité par C.E. Golding dans *A history of Reinsurance*.

¹¹ Livre III: «qu'il est loisible aux assureurs de faire réassurer par d'autres les effets qu'ils auront assurés»... Cité par G. Metzger dans *Notions élémentaires de réassurance*.

pratique peu en Europe jusqu'au début du XIX^e siècle. Elle prend alors la forme d'une garantie donnée aux assurés d'une société en liquidation, ou d'une reprise de portefeuille, ou encore la formule facultative, c'est-à-dire la plus élémentaire.

356 C'est vers 1821 que, semble-t-il, naît le mode qui devait rendre les plus grands services. C'est la date que porte un contrat — le premier *traité* de réassurance-incendie que l'on connaisse — passé entre la *Compagnie Royale d'assurance contre l'incendie* (devenue la *Nationale, compagnie d'assurance de Paris*) et la *Compagnie des propriétaires réunis de Bruxelles*. Voilà encore un traité de réassurance facultative, c'est-à-dire qui laisse le choix d'accepter ou de refuser le risque offert ; mais, c'est un premier pas vers le traité obligatoire qui, actuellement, joue un si grand rôle dans le commerce d'assurance. Il a généralement ce grand avantage d'imposer au réassureur un pourcentage fixe de tout risque accepté par la compagnie cédante, qu'il décharge d'une partie de ses engagements moyennant une part de la prime.

Une question se pose pour le Canada : quand la réassurance s'est-elle pratiquée pour la première fois et quelles formes a-t-elle prises par la suite ? Nous sommes assez embarrassé pour y répondre, car les renseignements exacts nous manquent. Notons, toutefois, qu'en 1849 la *Montreal Fire, Life & Inland Navigation Insurance Company* réassura les affaires au Canada de l'*Alliance*, qui se retirait momentanément du Canada ; ce qui n'était encore qu'un aspect de l'opération. La réassurance au Canada a dû suivre le même développement qu'en Angleterre et aux États-Unis, d'où venaient le plus grand nombre de sociétés. L'essor a dû être d'autant plus rapide que le risque d'incendie — de conflagration surtout ; a été longtemps très grand. Comme c'est vers 1880 que la réassurance-incendie a pris en Europe une importance quelconque¹², on peut logiquement retenir cette date pour le Canada. En se rappelant les services

¹² «L'évolution, lente à l'origine, s'est précipitée lorsque se fondèrent les premières compagnies professionnelles de réassurance et surtout depuis 1880, date à laquelle fut créée la Munich de réassurance». Henri le Blanc dans *La réassurance au point de vue économique*, p. 135.

qu'elle a rendus à l'assurance sous toutes ses formes et à l'assurance contre l'incendie en particulier, on peut sans exagération lui attribuer pour une bonne part la sécurité et l'importance que les affaires d'assurances ont prises au Canada¹³.

Des tarifs fixés méthodiquement, des affaires choisies et réassurées rationnellement, c'est bien, mais ce n'est pas encore suffisant. Il faut organiser la production et l'administration. C'est ce à quoi on s'emploie durant tout le XIX^e siècle, en étendant le réseau des agences d'abord. Au siège social, on adjoint des agences générales et régionales et on multiplie le nombre des agents-solliciteurs. Parce qu'on veut « forcer » les affaires, on va les chercher là où elles se trouvent. On cesse d'écrire, comme on le faisait à la *British America* en 1850 : "*Proposals, for Assurance (Postage paid) will be received by the Managing Director, at the office of the Institution, and laid before the Board, which meets weekly, on Tuesday at Eleven o'clock*". On va les solliciter et avec ténacité. Petit à petit pour faire face à la concurrence, on couvre le pays d'un réseau d'agences, auxquelles on accorde des pouvoirs très étendus, afin que les affaires puissent être acceptées ou rejetées rapidement.

Puis, on améliore les services. On a un personnel plus spécialisé que le précédent, capable par conséquent d'accélérer la besogne. La rapidité d'exécution devient, là comme ailleurs, un facteur important. On modifie les méthodes de travail : comptabilité, correspondance, statistiques, tout cela se fait à grand renfort de machines qui simplifient et améliorent la besogne. Le règlement des sinistres s'accélère sous l'influence de nouvelles méthodes et d'un personnel plus nombreux. Enfin, la publicité s'en mêle. Et parce qu'elle revient constamment sur les mêmes choses en variant à peine les arguments, elle convainc.

¹³Longtemps la réassurance est traitée directement par le siège social des sociétés européennes ou américaines. Ce n'est guère que depuis 1940 qu'un marché de réassurance s'est lentement créé au Canada.

Mais comme tout cela demande des ressources plus abondantes, on augmente le capital et les réserves, dont la constitution est de plus en plus surveillée par l'État.

358 On organise également la lutte contre l'incendie. On a des pompes à vapeur dont la force va croissant¹⁴, des boyaux plus résistants, des lances plus efficaces, des échelles articulées de plus en plus longues, des extincteurs chimiques mieux étudiés et on utilise l'eau sous la forme plus efficace de vapeur ou pulvérisée. On a des corps de pompiers mercenaires, dont le métier est devenu la lutte contre l'incendie et que l'on forme par un entraînement régulier. Grâce au télégraphe, l'alarme est donnée directement au poste. Bientôt, on saura dès le moment où le signal apparaît au tableau dans quel quartier est l'incendie, dans quelle rue, puis, avec le téléphone, à quel endroit exactement. On est bien loin de l'indécision des *watchmen* d'autrefois. Comme les rues sont pavées et mieux entretenues, comme on dispose de chevaux rapides, puis de puissantes automobiles, on se rend vite sur place. Les extincteurs chimiques permettent d'éteindre les petits feux. Quand ils ne suffisent pas, les boyaux jettent des trombes d'eau qui, la plupart du temps, arrêtent l'incendie avant qu'il n'ait causé un désastre.

Mais un des progrès les plus appréciables s'effectue dans les aqueducs. Les réservoirs, les canalisations, les prises d'eau font l'objet d'une étude très poussée et on peut enfin compter, dans les grandes villes tout au moins, qu'on aura de l'eau en abondance et à une pression assez élevée pour arroser aussi longtemps, aussi haut et avec autant de force qu'il sera nécessaire. C'est un exemple des services qu'ont rendus les perfectionnements mécaniques dans ce domaine où les progrès avaient été à peu près nuls depuis des siècles.

Dans les villes, les règlements municipaux contribuent à améliorer la qualité de la construction. Le bois fait

¹⁴Au château de Ramezay se trouvent deux vieilles pompes à vapeur, dont l'une date de 1876, la *Shand Mason*, et l'autre de 1887, la *Merryweather*. Ces deux pompes, qu'employaient les corps de pompiers de Montréal, nous font voir le chemin parcouru depuis les pompes à bras dont on se servait encore en 1856.

place aux matériaux incombustibles. Le papier goudronné, qui avait succédé au bardeau, est à son tour remplacé par des produits moins inflammables. Puis, l'usage du béton se répand. Ailleurs, on installe des extincteurs automatiques, des rideaux d'eau à l'extérieur, des coupe-feu : portes blindées ou articulées. Parce qu'on oppose au feu des obstacles artificiels qui contribuent à l'isoler ou à l'éteindre, on diminue l'étendue des sinistres et on restreint les conflagrations aux endroits, où on reste à la merci du vent, du matériel d'extinction et de l'approvisionnement d'eau.

Mais tout cet effort d'amélioration fait par l'initiative privée (individuellement ou collectivement) ou municipale, donne des résultats. Le coût d'indemnité diminuant relativement dans l'ensemble, le prix de l'assurance suit une courbe décroissante et, en étant plus à la portée de tout le monde, l'assurance se répand dans toutes les classes de la société au Canada aussi bien qu'en Amérique. L'importance des affaires devient telle que l'État intervient pour régler l'administration des sociétés et pour régler la rédaction et l'interprétation de leurs contrats. Nous allons maintenant passer en revue quelques-unes de ces initiatives, qui exercèrent une influence directe sur le développement de l'assurance contre l'incendie et sur son évolution.



Sodarcanc inc.

*La plus importante société de portefeuille
indépendante à propriété canadienne
oeuvrant dans les domaines suivants :*

Courtage d'assurance

Dale-Parizeau inc.
*le plus important groupe de courtage
à propriété canadienne*

Courtage de réassurance

B E P International inc.
*un chef de file de l'industrie du courtage
de réassurance nord-américaine*

Actuariat et consultation en avantages sociaux

MLH + A inc.
*l'une des plus importantes sociétés
d'actuaire et de consultants
au Canada*

L'esprit d'équipe

Chez B E P International, l'esprit d'équipe est une véritable philosophie. L'expertise de chaque membre est mise à profit pour nous permettre d'atteindre notre objectif final : offrir au client les meilleurs produits de réassurance.

Notre stratégie repose sur une équipe rodée et experte, un plan d'action concerté et une technologie de pointe. Les résultats : des services innovateurs et polyvalents, des programmes de réassurance sur mesure pour chaque client, une réputation qui ne cesse de croître en Amérique du Nord.

Membre du Groupe Sodarcam, qui figure parmi les plus importants courtiers à l'échelle mondiale, B E P International est un chef de file canadien en courtage de réassurance depuis plus de 30 ans.



BEP International

Courtiers de réassurance
Montréal, Toronto, Jersey City, Seattle

McCarthyTétrault

AVOCATS · AGENTS DE BREVETS ET DE MARQUES DE COMMERCE

LE CABINET PANCANADIEN

Ottawa

275, rue Sparks
Bureau 1000
Ottawa (Ontario)
K1R 7X9

Tél: (613) 238-2000

Montréal

"Le Windsor"
1170, rue Peel
Montréal (Québec)
H3B 4S8

Tél: (514) 397-4100

Québec

112, rue Dalhousie
2e étage
Québec (Québec)
G1K 4C1

Tél: (418) 692-1532

VANCOUVER · CALGARY · LONDON · TORONTO
LONDRES · HONG KONG



NOIRCIR DU PAPIER



Noircir du papier, vous inonder de mots savants:
très peu pour nous.

Au contraire, nous nous employons à rendre nos
analyses accessibles. Car nous reconnaissons
la complexité de nos sphères d'activité.

Vulgariser notre savoir, c'est vous servir efficacement.



MLH + A inc.
actuares et conseillers

LA PUISSANCE DU DIALOGUE

Québec
(418) 659-4941

Montréal
(514) 845-6231

Toronto
(416) 486-5460

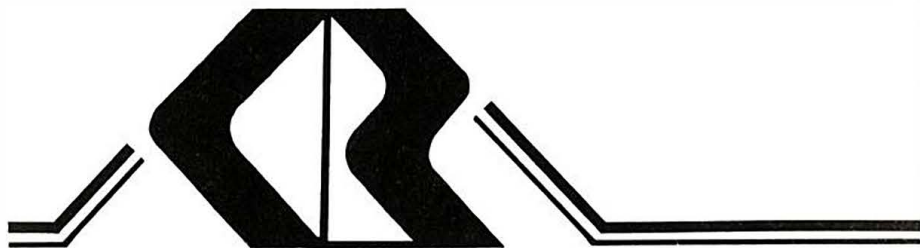
Hamilton
(416) 522-8884

Edmonton
(403) 423-4720

Vancouver
(604) 641-1383

**Au service des
compagnies
d'assurance-vie
canadiennes
depuis 1960**

Compagnie
Canadienne
de Réassurance



1010, Sherbrooke Ouest
Bureau 1707
Montréal (Québec)
H3A 2R7

Tel.: (514) 288-3134
Fax: (514) 288-8808

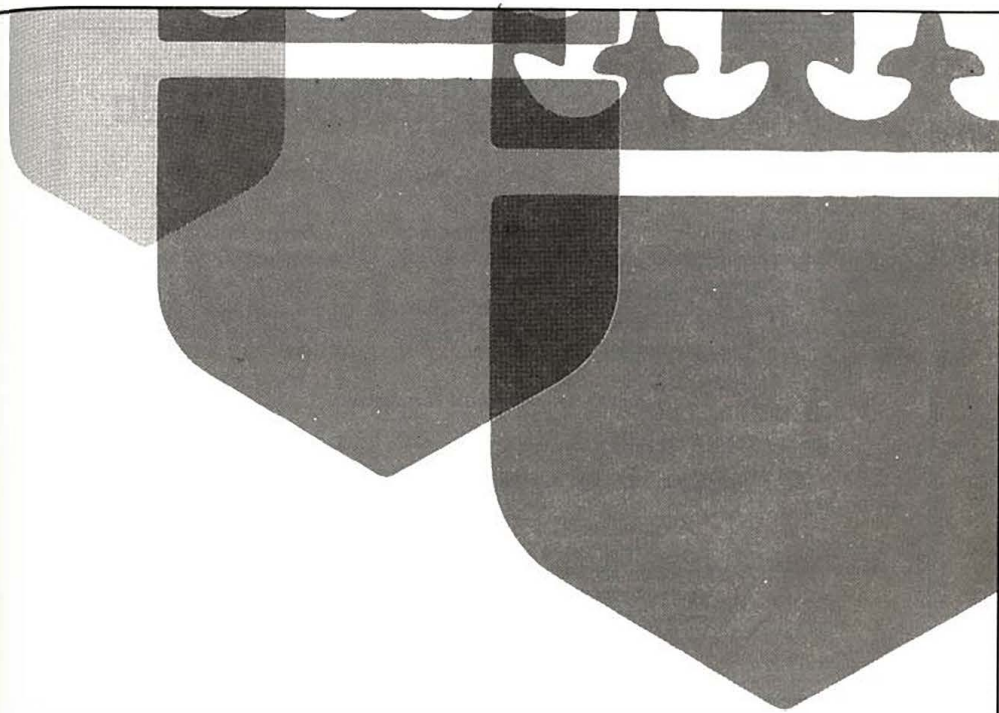
Alphonse Lepage,
Président

Bélanger Sauvé

A V O C A T S

PAUL ADAM	RITA-ROSE GAGNÉ
RONALD ADAM	MICHEL GILBERT
ANDRÉ ASSELIN	LINDA GIROUX
JEAN-PIERRE BALDASSARE	JACQUES HURLET
PASCALE BÉDARD	SOPHIE JEAN
SYLVAIN BÉLAIR	PIERRE JOURNET
CHRISTIANE BÉLAND	RENÉ KHAYAT
LOUISE BÉLANGER	GUYLAINE LAROSE
MARCEL BÉLANGER, C.R.	MARIE MICHELLE LAVIGNE
VÉRONIQUE BÉLANGER	NATALIE LE CAVALIER
DOMINIQUE BÉLISLE	PHILIPPE LECLERCQ
ALAIN BERGERON	LUC LEFEBVRE
BERNARD BOUCHER	JEAN-PAUL LEGAULT
GÉRARD CAISSE	JEAN-FRANÇOIS LEMAY
MICHEL CANTIN	DANIEL MANDRON
RICHARD COUTU	JOANNE MARCHAND
JEAN-LUC COUTURE	PETER G. MCLARNON
CONRAD DELISLE	MICHÈLE MONAST
MICHEL DELORME	PIERRE MOREAU
ALAIN-CLAUDE DESFORGES	CLAUDE NADEAU
SYLVIE DEVITO	RICHARD NADEAU
PIERRE DOZOIS	RENÉ PIOTTE
ROBERT DUPAUL	PIERRE-GEORGES ROY
CLAUDE J.E. DUPONT	ELENA SANTAGATA
MICHEL DUPUY	PIERRE SALIVÉ
DENIS DUROCHER	JEAN-FRANÇOIS SAVOIE
JEAN-YVES FORTIN	MARC SIMARD
JOHANNE FORTIN	IRÈNE ZAÏKOFF
JEAN FRÉCHETTE	

800, SQUARE VICTORIA, TOUR DE LA PLACE-VICTORIA
C. P. 221, BUREAU 2800, MONTRÉAL (QUÉBEC) H4Z 1E6
TÉLÉPHONE : (514) 878-3081 - TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-3053



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



MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET

AVOCATS

Michel Marchand
Paul A. Melançon
Yves Tourangeau
François Shanks
Jean-François Desilets
Lyne Beauchamp
François Cossette

Pierre Magnan
Bertrand Paiement
Alain Falardeau
Martine Bazinet
Marie-Claude Thibault
Annamaria Mongillo

Yves Forget
Serge Boucher
Francis C. Meagher
Maria De Michèle
Michel Savonitto
François Haché

Agents de marques de commerce

CONSEIL : LE BÂTONNIER YVON JASMIN, c.r.

Tour de la Banque Nationale
600, rue de La Gauchetière Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 4L8
Téléphone : (514) 393-1155
Télécopieur : (514) 861-0727
Adresse télégraphique: «Sajelex»

**GAGNÉ, LÉTARTE
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»**

DESMARAIS PICARD GARCEAU PASQUIN

AVOCATS

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.
LUC LAPIERRE, LL.B.
NATHALIE-HÉLÈNE ROY, 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.
MARCO ANGELI, LL.B.
LOUIS GUAY, LL.B.

500 PLACE D'ARMES BUREAU 2525
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Y 2W2
TÉLÉPHONE: (514) 845-5171

PEPIN LETOURNEAU

AVOCATS

ALAIN LETOURNEAU, C.R.
CLAUDE PAQUETTE
DANIEL LETOURNEAU
GAÉTAN H. LEGRIS
CHARLES E. BERTRAND
ANNE JACOB
YVES CARIGNAN

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.
ÉMILIE VALLÉE
ALAIN LAVIOLETTE
MICHEL BEAUREGARD
ANNICK LETOURNEAU
MARTINE COMTOIS
PASCALE CARON

ROBERT J. LAFLEUR
BERNARD FARIBAULT
PIERRE DÉSORMEAU
ANDRÉ CADIEUX
JEAN-FRANÇOIS LÉPINE
CHANTALE MASSÉ

Conseil

YVON BOCK, C.R., E.A.

Suite 2200
500, Place D'Armes
Montréal H2Y 3S3

Télécopieur : (514) 284-2173
Téléphone : (514) 284-3553



PRUDENTIELLE

La Prudentielle Compagnie d'Assurance Limitée

The Prudential Assurance Company Limited

Siège social canadien : 1155, rue University, Montréal, Qué. H3B 1R7

Martineau Walker

AVOCATS

GROUPE EN DROIT DE L'ASSURANCE

<i>André J. Clermont</i>	(514) 397-7413
<i>Marc Nadon</i>	(514) 397-7473
<i>François Rolland</i>	(514) 397-7489
<i>Claude Paré</i>	(418) 640-2003
<i>George Pollack</i>	(514) 397-7549
<i>Pierre Y Lefebvre</i>	(514) 397-7565
<i>Guy Leblanc</i>	(418) 640-2004
<i>Claude Marseille</i>	(514) 397-4337
<i>Martin Sheehan</i>	(514) 397-4395

MONTREAL

*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 418/640-2000*

Fasken Martineau

Montréal Québec Toronto Vancouver (affilié) Londres Bruxelles Budapest

BLAKELY, GASCON

AVOCATS

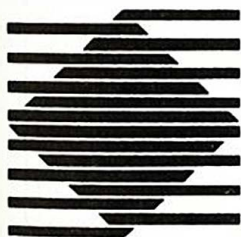
BUREAU 1200, PLACE DU CANADA
MONTRÉAL, CANADA H3B 2P9

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**

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

AGENCE DE RÉCLAMATIONS CURTIS INC.

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

QUÉBEC

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 Sowerby
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. Egery
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

DE GRANDPRÉ, GODIN
AVOCATS

PIERRE de GRANDPRÉ, C.R.	GILLES GODIN, C.R.
RENÉ-C. ALARY, C.R.	ANDRÉ PAQUETTE, C.R.
JEAN-JACQUES GAGNON	OLIVIER PRAT, C.R.
RICHARD DAVID	GILLES FAFARD
J. LUCIEN PERRON	GABRIEL KORDOVI
ANDRÉ P. ASSELIN	PIERRE MERCILLE
ALAIN ROBICHAUD	BERNARD CORBEIL
MARIE-CHRISTINE LABERGE	MARIO PROULX
JACQUES L. ARCHAMBAULT	PIERRE CHESNAY
YVES POIRIER	PIERRE LABELLE
FRANÇOIS BEAUCHAMP	JEAN-PIERRE DESMARAIS
JEAN-FRANÇOIS MÉNARD	DANIEL SÊGUIN
JEAN BENOÎT	DANIEL COURTEAU
PIERRE HAMEL	DIANE LAJEUNESSE
CHRISTIANE ALARY	HÉLÈNE MONDOUX
ANDRÉE GOSSELIN	GUY GILAIN
MARC DÉCARIE	MARC BEAUCHEMIN
ANNE BÉLANGER	JAMES S. FISHER
LOUIS CHARRON	CHANTAL QUINIOU
LUCIE GUIMOND	DANIEL L'AFRICAIN
BENOÎT PELCIAIT	JASMIN LEFEBVRE
MARK HOUNSELL	

1000, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST. BUREAU 2900
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 4W5
TÉLÉPHONE : (514) 878-4311 • TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-4333

MACKENZIE GERVAIS

AVOCATS

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE

PLACE MERCANTILE, 13^e ÉTAGE
770, RUE SHERBROOKE OUEST, MONTRÉAL (QUÉBEC) CANADA H3A 1G1
TÉLÉPHONE : (514) 842-9831 TÉLÉCOPIEUR : (514) 288-7389

DAVID MACKENZIE, c.r.
TASS G. GRIVAKES, c.r.
I. EDWARD BLANSHAY
LIONEL J. BLANSHAY
LUC LAROCHELLE
GEORGES R. THIBAudeau
GHISLAIN BROSSARD, c.a.
ROBERT E. CHARBONNEAU
JEAN-RENÉ RANGER
VIRGILE BUFFONI
MICHAEL PATRY
PIERRE FRANÇOIS MERCURE
M. CRISTINA CIRCELLI
PIERRE M. GAGNON
ÉLISE DUBÉ
PAUL R. BOURASSA
MATHILDE CARRIÈRE
JOEL HEPT
MICHAEL BANTEY
ALAIN VAUCLAIR
LISE FORTIER
LILLY DOWNEY

JACK GREENSTEIN, c.r.
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
CARL LAROCHE
ANN SODEN
ANDRÉ DUFOUR
SYLVIE BOUVETTE
ROSAIRE S. HOUBE
BRUNO DUGUAY
MARK D. CHERNIN
FRANÇOIS LONGPRÉ
JASMINE LARICHELIERE
SMARANDA GHIBU
FRANÇOIS OUELLETTE

CONSEILS

L'HONORABLE ALBERT H. MALOUP, c.r.
DANIEL O'C. DOHENY, c.r. CHARLES M. BÉDARD, II. d.

membre de

Borden ♦ DuMoulin ♦ Howard ♦ Gervais

VANCOUVER CALGARY TORONTO MONTRÉAL

Une association de cabinets d'avocats canadiens

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'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



MCMMASTER MEIGHEN

630, boul. René-Lévesque ouest, Bureau 700
Montréal (Québec) H3B 4H7
Téléphone: (514) 879-1212 Télécopieur: (514) 878-0605
Télex: 05-268637 CAMMERALL

Alex K. Paterson, O.C., c.r.	Thomas C. Camp, c.r.
Richard J. Riendeau, c.r.	William E. Stavert
R. Jamie Plant	Jacques Brien
Colin K. Irving	Hubert Senécal
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	Benoit 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
H. John Godber	Yvan Houle
Douglas C. Mitchell	John G. Murphy
Chantal Bélique	Luc Béliveau
Robert D. Campbell	Valérie Beaudin
Catherine Rakush	Kurt A. Johnson
Darren E.G. McGuire	Marc L. Weinstein

CONSEILS

A. Stuart Hyndman, c.r.

Maurice D. Godbout, c.r.

Pierre Gattuso

AFFILIÉ À FRASER & BEATTY

TORONTO

NORTH YORK

OTTAWA

VANCOUVER



DESJARDINS DUCHARME STEIN MONAST

A V O C A T S

André Monast, c.r.*	Pierre Marseille, c.r.*	Pierre Bourque, c.r.	Jean-Paul Zigby
Alain Lortie	Michel Roy	Claude Bédard	Pierre LaRue, c.r.*
Jean Marier, LL.M.*	Pierre Lesage*	Bruno Bernard*	Pierre G. Rioux
Roger Vallières*	Paule Gauthier, C.P. O.C. c.r.*	Danielle Bellemare, c.r.	Réjean Lizotte
Denis St-Onge	C. François Couture	Louis Huot*	Pierre Pelletier*
Jacques Paquin	Marc A. Léonard	Gérard Coulombe	Jean-Maurice Saulnier
Claude Girard*	Anne-Marie Lizotte	Louis Payette	Michel Benoit
Roger Page, c.r.	Luc L. Lamarre*	André Wery	Michel Dupont*
Jean Houle*	Daniel Lavoie*	Robert J. Phénix	Luc Bigaouette
Michel Demers*	Paul R. Granda	Serge Gloutnay	Maurice Mongrain
Michel McMillan	Pierre Legault	Henri-Louis Fortin*	Armando Aznar
Paul Marcotte	Danièle Mayrand	François Garneau	Sylvain Lussier
Michel Legendre	Claude Rochon*	Jean Brunet*	Louise Lalonde
Marie St-Pierre	André Johnson*	Gilles Leclerc	Benoît Emery
Joanne Biron	Eugène Czolij	Suzanne Courteau	Daniel Majeau
Gilbert Poliquin	André Vautour	Serge Baribeau*	Michèle Beauchamp
Sylvie Gallant	René R. Poitras	Johanne Bérubé	René Delorme*
Lucia Bourbonnais	Marc Beauchemin	Dominique Fortin	François Renaud
Nicolas Dion	Sylvie Préfontaine	Richard Comtois	Joëlle Boisvert
Charles G. Gagnon*	Chantal Roy	Lucie Lotendre	Martin Roy*
Sophie Sénéchal*	Sonia Paradis	Johanne Lavoie	Paule Hamelin
Jocelyne Gagné	Patrice Benoit	Anne Caron*	Line Lacasse
Martin Rolland	Jean Yoon	Frédéric Lesage	Jacques Boulanger*
Chantal Denommée	Gaétane Desharnais	Julie Faucher	Luc Samama*
Stéphanie Gamache			

Conseils

Guy Desjardins, c.r. Claude Ducharme, c.r. Charles J. Gélinas, c.r.

Georges Emery, c.r. André E. Gadbois, c.r. Richard Mineau Charles Stein, c.r., LL.D.*

MONTRÉAL
600, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST
BUREAU 2400, MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 4L8
TÉLÉPHONE : (514) 878-9411
TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-9092

QUÉBEC*
1150, RUE DE CLAIRE-FONTAINE
BUREAU 300, QUÉBEC (QUÉBEC)
G1R 5G4
TÉLÉPHONE : (418) 529-6531
TÉLÉCOPIEUR : (418) 523-5391

AFFILIÉ À
TORY TORY DESLAURIERS & BINNINGTON
TORONTO
LAWSON LUNDELL LAWSON & MCINTOSH
VANCOUVER

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ
INTERNATIONALE
TORY DUCHARME LAWSON LUNDELL
LONDRES • HONG KONG

MEMBRE DE LEX MUNDI,
AFFILIATION INTERNATIONALE
DE PLUS DE 110 CABINETS
INDÉPENDANTS

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.

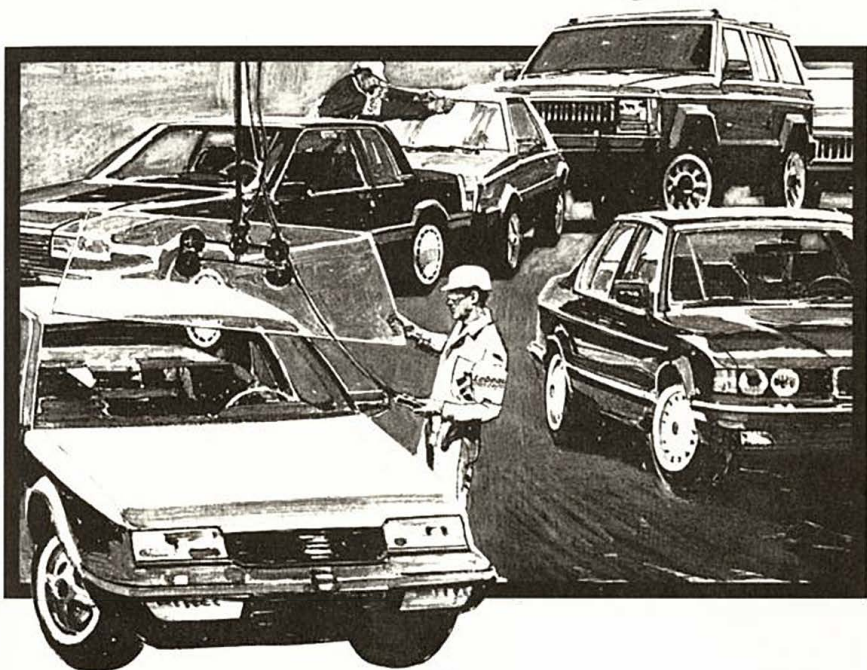
Thanks to our renowned collaborators and faithful advertisers, *Assurances*, which is available at a reasonable price, has become an important source of information essential to understanding insurance.

LA DIRECTION

THE MANAGEMENT

Achévé d'imprimer
en juin 1993 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.



Sodarcen Inc.