

# Assurances

---

Revue trimestrielle

Janvier 1996 - N° 4

*Marché et organisation du travail*  
*L'assurance dans la tourmente*  
*Consommérisme et assurance*

Marché et organisation du travail : passé et avenir  
The Canadian Payments Association  
L'assurance dans la tourmente  
La protection du consommateur et l'assurance  
Arbitration in reinsurance  
Médecine et assurance

Les chroniques

## Maryse 26 ans

Pas d'enfants.  
Pas le temps.  
Travailleuse autonome.  
Toujours partie  
croquer un autre  
morceau de planète.  
Sur la route ou  
dans le métro, de  
temps en temps elle  
écrit ce qu'elle voit  
et ce qu'elle entend.  
Une solitaire qui  
n'est jamais seule.  
Pour elle, l'assurance  
voyage est un outil de  
travail. Un simple  
appel et c'est parti.  
Elle s'est aussi  
blindée contre les  
imprévus avec  
son assurance vie  
universelle.

### Qu'ont-ils en commun ?

L'assurance  
d'un monde  
différent.

Qui que vous soyez.  
Quoi que vous fassiez.  
Nous sommes toujours là.  
À votre domicile.  
À votre caisse Desjardins.  
À votre travail.  
Au téléphone. Par courrier.  
Partout. Pour chacun de vous.



Assurance vie  
Desjardins-Laurentienne

## Sébastien 17 ans

Une vie sans  
compromis.  
Il se moque d'en  
faire voir de toutes  
les couleurs.  
Solidaire de ses  
amis, il a comme  
eux la rage de vivre.  
Sébastien ne veut  
pas de la protection  
financière  
de ses parents,  
mais l'assurance  
dentaire du régime  
d'assurance collective  
dont bénéficie  
son père auprès de  
son employeur fait  
bien son affaire.  
Et son assurance  
accidents rassure  
ses parents.

Un pêcheur et un  
voyageur. Entre un  
voyage de pêche au  
Saguenay et un autre  
en Écosse, Roger s'est  
organisé financièrement.  
Un jour à la fois.  
Autant de plaisir  
que possible.  
Auparavant travailleur  
acharné, aujourd'hui,  
Roger jouit de la vie.  
Fonds de pension de  
son employeur, fonds  
mutuels offrent un  
bon rendement et  
assurance voyage  
prise à sa caisse  
Desjardins. Il n'a  
jamais refusé un bon  
tuyou de son agent.  
La planification de sa  
sécurité financière est  
bien faite.

Roger  
73 ans

Pas de conjoint pour  
le moment, mais bien  
entourée cependant.  
De temps en temps,  
elle prend congé  
de Jean-Philippe,  
son bébé de 19 ans,  
de ses bonnes amies  
et de son super  
boulot pour s'offrir une  
cure de thalassothérapie.  
Ça fait partie du sens  
qu'elle donne à sa vie.  
Elle prévoit déjà une  
retraite toute en  
douceur. Elle prend  
les moyens pour se  
l'offrir. Son fonds de  
pension à son travail  
et la rente personnelle  
que son agent lui a  
conseillée commencent  
à prendre une belle  
tournure.

Sylvie  
45 ans



Desjardins pour s'aider soi-même

# Assurances

---

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



La revue *Assurances* est la propriété de Sodarean inc.

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

**Fondateur de la Revue**

Gérard Parizeau †

**Membres du Comité de la Revue**

Christian N. Dumais, Murielle Laramée, Odette Lavoie, Didier Lluelles,  
Louise Ménard, Denis Moffet, Rémi Moreau et Christopher J. Robey.

**Directeur et secrétaire de la rédaction**

Rémi Moreau

**Responsable de l'administration**

Murielle Laramée

**Administration**

1140, boul. de Maisonneuve O.

Montréal (Québec) H3A 3H1

Téléphone : (514) 845-6231

Télécopieur : (514) 845-0678

**Prix au Canada**

L'abonnement 50 \$ — Le numéro 15 \$

**Prix à l'étranger**

L'abonnement 54 \$ — Le numéro 17 \$

**Anciennes copies 5 \$**

**Les articles sont répertoriés dans :**

*Index à la documentation juridique au Canada*

*Index de périodiques canadiens*

*Index to Canadian Legal Periodical Literature*

*Index to Legal Periodicals & Books*

*Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec*

*Insurance Journal Index*

*Insurance Periodicals Index*

*Repère*

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

© Tous droits de reproduction et de traduction réservés — Canada 1996 —  
par Sodarcac inc. On ne peut reproduire, enregistrer ou diffuser aucune partie  
de cette publication sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation du directeur.

**Dépôt légal**

ISSN 0004-6027

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

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

# Assurances

63<sup>e</sup> année

Janvier 1996

N°4

---

## LE MARCHÉ ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL : 1965-1995 ET LE MONDE DE DEMAIN

par Robert Lacroix ..... 513

## THE CANADIAN PAYMENTS ASSOCIATION AND ITS MANDATE: IS CANADA LAGGING BEHIND

by Ani M. Abdalyan ..... 527

## L'ASSURANCE DANS LA TOURMENTE

par Robert Parizeau ..... 549

## LA PROTECTION DES CONSOMMATEURS ET L'ASSURANCE

par Rémi Moreau ..... 563

## ARBITRATION IN REINSURANCE

by Mohez Remtulla ..... 581

## MÉDECINE ASSERVIE À L'ASSURANCE OU MÉDECINE AU SERVICE DE L'ASSURANCE

par Laurent Homont ..... 589

## LES CHRONIQUES

CHRONIQUE ACTUARIELLE, par divers collaborateurs de MLH + A .... 599  
Options de transfert dans le cadre des régimes de pension agréés

FAITS D'ACTUALITÉ, par R. M. .... 613

Les parts de marché des assureurs directs et des assureurs représentés par les courtiers. L'assurance mondiale en 1993. Les premiers assureurs en 1994. La réassurance mondiale en 1993. Une série d'ouragans frappent les côtes des États-Unis, du Mexique et des Caraïbes en août, septembre et en octobre. Un séisme fait 48 morts au Mexique. Résultats de l'industrie de l'assurance canadienne IARD — le deuxième trimestre de 1995. Les leçons du tremblement de terre de Kobe. Les attentats de l'été parisien. Feux de forêts : un été canadien mémorable. Le Rendez-

vous de septembre, édition de 1995. Les grands risques techniques — une analyse de la Munich Re. Le programme d'assurance responsabilité professionnelle des avocats : une diminution de la prime à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1996. Naissance du deuxième assureur de dommages au Canada. Bancassurance : union de deux géants entre le premier banquier et le premier assureur en Suisse. Les *Names* gagnent un nouveau procès. L'appel des victimes de la MIUF est rejeté. Nouveau programme d'assurance contre les risques d'insolvabilité des assureurs. Distributeurs automatiques bancaires : une escroquerie de 1,2 million de dollars. Le typhon Angela.

REINSURANCE DIALOGUE, by David E. Wilmot ..... 627  
Unregistered Reinsurance. The Cost of Capacity. Sources of New Capacity.

ÉTUDES TECHNIQUES, par Rémi Moreau ..... 637

CHRONIQUE JURIDIQUE, par R.M. .... 647

DOCUMENT, by the Insurance Bureau of Canada ..... 659  
Insurers wage war on fraud.

**Le marché et l'organisation du travail :  
1965-1995  
et  
le monde de demain\***

par

Robert Lacroix\*\*

513

*A company's success depends on its manpower and organization. We thank Professor Robert Lacroix for authorizing us to print the speech he presented on October 5th at a seminar entitled "At the dawn of the 21st century" which was jointly organized by Cirano and MLH + A inc.*

*The author reviews the '60s, the glorious years, and the major changes that have affected the job market and work organization. In his conclusion, he ponders the future in the context of the global economy and touches on some key questions: the permanence of work, ongoing training, methods of compensation and employee benefits.*

Il y a présentement deux discours qui se tiennent parallèlement sur les ressources humaines et qui, à certains égards, semblent contradictoires.

On affirme fréquemment que la capacité concurrentielle des entreprises comme des pays dépend de plus en plus de la qualité des travailleurs et de l'organisation du travail. En effet, on cite les cas du Japon, de Singapour, de la Corée du Sud, de Taïwan,...

---

\* Conférence prononcée le 5 octobre 1995 lors du mini-colloque « À l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle » organisé conjointement par le CIRANO et MLH+A inc.

\*\* Professeur, université de Montréal et président-directeur général du CIRANO.

etc. à l'appui de cette thèse. Voilà des pays démunis de ressources naturelles — au départ peu innovateurs et consacrant initialement peu de ressource à la R&D — qui arrivèrent pourtant rapidement à s'imposer sur les marchés internationaux par la qualité et le prix de leurs produits. On impute une large partie de ces succès à la qualité des ressources humaines et aussi et peut être surtout au mode d'organisation de travail prévalant dans ces pays. De livres à succès en livres à succès, de missions au Japon en missions au Japon, la thèse s'est accréditée que le succès d'une entreprise comme celui d'un pays passe par sa main-d'oeuvre et son organisation.

514

Par ailleurs, à lire les nouvelles de mises à pied massives annoncées par toutes les grandes entreprises des pays industrialisés de même que des livres comme "The End of Work" de Jeremy Rifkin, on a l'impression que les entreprises ont de moins en moins besoin de main-d'oeuvre pour réaliser leurs objectifs de production, de vente et de distribution et cela semble s'appliquer à toutes les catégories de main-d'oeuvre. Le phénomène a pris une ampleur telle qu'on se demande, dans certains milieux, si on ne vivra pas un taux de chômage croissant dû à une baisse importante et régulière des emplois disponibles. Dans plusieurs pays industrialisés et au Québec en particulier, on se pose la question de savoir si l'on ne doit pas en venir à partager l'emploi pour absorber la main-d'oeuvre et réduire le chômage. Message un peu contradictoire au premier. En effet, on semble avoir de moins en moins besoin de la ressource qui supposément est à la base de la compétitivité des entreprises et des pays.

Nous allons situer ce paradoxe dans le contexte des trente dernières années et nous tenterons, par la suite, d'imaginer un peu ce que l'avenir nous réserve. Où étions-nous il y a 30 ans, donc au milieu des années 60 ? Où en sommes-nous maintenant et qu'est-ce qui a engendré la situation actuelle ? Enfin, où allons-nous ? Voilà les trois questions auxquelles nous voudrions apporter des éléments de réponse.

### 1965 : au coeur des années glorieuses

La période de 1945 au milieu des années 1970 est qualifiée par plusieurs « D'ANNÉES GLORIEUSES » du point de vue économique. Au cours de cette période, la croissance économique réelle fut régulièrement forte entraînant, entre autres, une création d'emplois importante, des taux de chômage faibles, des augmentations remarquables des salaires réels, des avantages sociaux, des revenus et des dépenses publiques.

En 1965, il y a exactement trente ans, nous avons connu un taux de croissance réel de l'économie canadienne de près de 7 %, le taux de chômage était de 3,4 %, 7,2 millions de personnes avaient un emploi au Canada et le taux de participation à la main d'oeuvre se situait à 57 %. Cette même année, les dépenses publiques de l'ensemble des administrations dépassaient légèrement les 30 % du PIB et le déficit budgétaire total de ces mêmes administrations était tout simplement égal à 0. Cette situation n'était pas particulière au Canada et on avait même dans les pays industrialisés d'Europe des taux de chômage qui oscillaient autour de 1 %-1,5 %. Le grand problème des entreprises était alors de produire assez pour satisfaire une demande en perpétuelle croissance et non pas de défendre une part de marché continuellement menacée.

Ce climat de croissance stable et élevée a eu ses répercussions sur le marché et l'organisation du travail. D'abord relativement assurés de l'avenir, les employeurs optaient sans difficulté pour des contrats de travail offrant aux employés une grande sécurité d'emploi après une période de probation courte. Les augmentations de salaire réel et la bonification des régimes d'avantages sociaux allaient aussi de soi dans ce partage des fruits d'une croissance soutenue et forte. Les jeunes s'inséraient rapidement sur le marché du travail et leur taux de chômage oscillait entre 4 % et 6 %. De plus, il faut nous en souvenir, les entreprises et les gouvernements s'arrachaient littéralement les diplômés universitaires. Les grands employeurs étaient très actifs sur les différents campus universitaires et il n'était pas rare qu'un finissant doive choisir entre 3 ou 4 offres d'emploi toutes aussi

intéressantes les unes que les autres. La progression de ces jeunes dans des entreprises et des administrations publiques en pleine croissance était, dans bien des cas, fulgurante. Cette mobilité occupationnelle, gratifiante pour ces travailleurs, faisait en quelque sorte partie des conditions de travail du moment. En général, on s'attendait à cette époque non seulement à la stabilité du lien d'emploi et à une croissance régulière du revenu d'emploi, mais aussi à une ascension rapide dans la hiérarchie des occupations.

## 516 Les grands changements

Depuis la fin des « ANNÉES GLORIEUSES », des perturbations majeures se sont produites autant dans le monde économique que dans le monde politique, les unes n'étant pas sans lien avec les autres. Quatre de ces changements nous paraissent avoir été cruciaux dans l'évolution des marchés et de l'organisation du travail.

- 1) L'affaïssement du rythme de la croissance économique dans les anciens pays industrialisés a été marqué et généralisé. Si l'on prend le Canada comme exemple, sa croissance économique moyenne fut de 5,2 % de 1961 à 1971, de 3,7 % de 1972 à 1982 et de seulement 2,8 % de 1983 à 1993. Si nous avons connu entre 1972 et 1993 la croissance économique vécue entre 1961 et 1971, à savoir 5,2 % en moyenne, nous ne nous demanderions certainement pas s'il nous faut partager l'emploi mais plutôt comment limiter la surchauffe incessante du marché du travail.
- 2) La montée des nouveaux pays industrialisés est un autre événement majeur des deux dernières décennies. Alors que le Japon a semblé pendant longtemps être la seule menace crédible à l'hégémonie des pays déjà industrialisés, est apparue au cours des vingt dernières années, une série de pays suivant les traces du Japon et s'imposant sur les marchés internationaux dans des créneaux de plus en plus nombreux. Cette vague, qui a débuté en Asie de l'Est,

s'étend maintenant à d'autres régions du monde sortant du sous-développement. Ces nouveaux pays industrialisés ou en instance de le devenir connaissent eux des taux de croissance réels égalant et dépassant ceux que nous avons connus dans les années 1960. La croissance économique forte n'est donc pas morte, elle s'est déplacée géographiquement. On commence seulement à s'interroger sur les causes de ce déplacement marqué des lieux de croissance économique.

- 3) Des années 1960 jusqu'à tout récemment, les gouvernements des pays industrialisés ont joué — autant par la taxation et leurs dépenses que par leurs interventions réglementaires — un rôle croissant dans leur économie respective. Le Canada peut encore une fois nous servir d'illustration à cet égard. Ainsi, alors que les dépenses de l'ensemble des administrations publiques canadiennes constituaient 30 % du PIB en 1960, elles comptent maintenant pour plus de 50 %. Les revenus des administrations publiques n'ayant pas crû au même rythme, les déficits sont apparus et la dette publique a pris les proportions que l'on connaît tous.
- 4) Le commerce et les échanges internationaux ne datent pas d'hier mais — au cours des trente dernières années — on a assisté à des transformations majeures à cet égard. Il y eut d'abord des efforts concertés des pays pour abaisser, dans des sous-régions du monde et de façon générale, les obstacles aux échanges de biens et de services de même qu'à la mobilité des capitaux et des travailleurs. Ces développements ont favorisé les échanges mais ont aussi élargi la gamme des choix de localisation de production des multinationales pour des biens, des composantes de biens et des services.

Même si les obstacles aux échanges diminuaient, les distances demeuraient. Et, c'est là, qu'entre en scène la révolution de l'information qui a permis de réduire et même d'annuler — dans certains cas — les coûts de l'éloignement

géographique. Il devenait alors possible, à partir d'un lieu pratiquement virtuel, de coordonner la conception, la production et la distribution de biens et de services. On ne s'étonne plus d'apprendre que la gestion comptable de grandes multinationales se fait en Inde et que les ailes de certains avions sont produites en Irlande. En somme, la globalisation a pour conséquence la quasi-disparition de la double protection [celle des barrières douanières et celle résultant de la distance] qu'avaient les économies nationales.

## 518 1995 : où en sommes-nous ?

Après avoir passé par des années très difficiles, nous nous retrouvons en 1995. Au cours des quinze dernières années, le taux de croissance réel de l'économie canadienne a été en moyenne de 2,5 %. Alors qu'entre 1965 et 1980, il s'était créé au Canada près de 4 millions d'emplois nets, 2,5 millions ont été créés au cours des quinze dernières années. Soit une différence de 1,5 millions d'emplois. C'est à peu de chose près le nombre de chômeurs que nous avons présentement au Canada.

En 1995, nous avons un taux de chômage de 11,3 % au Québec et de 9,6 % au Canada. Dans certaines régions du Canada et sous-régions du Québec, les taux de chômage approchent les 20 %. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux de chômage est de 15,2 %. Cette situation n'est pas propre au Canada puisqu'on la retrouve dans la majorité des pays industrialisés d'Europe. Par ailleurs, compte tenu des déficits courants des gouvernements et de l'ampleur de la dette publique, ces derniers ont non seulement perdu la marge de manoeuvre que leur a déjà permis de stimuler l'économie mais leur désengagement forcé a des répercussions à court-terme sur le marché du travail.

Du côté des entreprises, la situation est bien différente de celle qui prévalait il y a trente ans. Comme nous l'avons souligné précédemment, le problème majeur des entreprises à l'époque était d'arriver à satisfaire une demande toujours croissante plus ou moins à l'abri d'une vive concurrence internationale et

souvent protégée par une réglementation accommodante. Ce n'est plus le cas. Non seulement la croissance économique s'est ralentie faisant que le gâteau à se partager grossit très peu, mais encore la réglementation disparaît ou se transforme et il y a de plus en plus de joueurs nouveaux dans l'arène internationale. La relative stabilité du passé a donc fait place à une mouvance continue dans laquelle l'entreprise doit défendre sa part de marché en jouant sur les prix et donc sur ses coûts, sur la qualité et la fiabilité de son produit, sur l'amélioration continue et la nouveauté régulière. Pour pouvoir survivre et si possible se développer dans ces environnements nouveaux, la tendance que l'on observe auprès d'un nombre croissant d'entreprises est la *focalisation* sur les compétences-clés et la recherche d'une *flexibilité* accrue. En d'autres mots, on se concentre sur ce qu'on sait le mieux faire et on se donne la capacité de réagir rapidement aux changements d'un environnement économique fortement concurrentiel.

519

### Que nous réserve l'avenir ?

De façon générale, on doit reconnaître l'évidence : le statut particulier des travailleurs des anciens pays industrialisés sera de plus en plus remis en cause par la concurrence internationale et contesté à l'intérieur même de ces pays.

D'abord, la globalisation des économies a levé beaucoup de contraintes au choix des lieux de production pour les biens et, de plus en plus, pour certains types de services. De ce fait, la tendance qui se manifeste depuis un certain nombre d'années — de localiser géographiquement la production de certains biens ou composantes de biens en fonction de la qualité et du coût relatif de la main-d'oeuvre — ne peut que s'intensifier et couvrir un nombre croissant de secteurs économiques et de catégories occupationnelles. On a cru pendant longtemps que seuls des emplois bas de gamme, sans plus d'intérêt pour les travailleurs des anciens pays industrialisés, seraient menacés par cette tendance. On réalise maintenant que la menace s'est généralisée non seulement à l'ensemble des secteurs de la production manufacturière mais s'étend aussi à un nombre croissant de

services. Cette tendance risque de s'accélérer encore davantage avec la disponibilité pour réaliser des mandats internationaux qu'annoncent, par l'intermédiaire des entreprises et institutions qui les regroupent, les techniciens, les professionnels et les scientifiques des pays de l'Europe de l'Est. En somme, on assiste, avec la globalisation des économies, à l'intensification de l'internationalisation du marché du travail avec comme conséquence inéluctable que les écarts de conditions de travail réelles non imputables à des différences de productivité auront une durée de vie de plus en plus courte. C'est une réalité difficile à accepter pour les travailleurs des anciens pays industrialisés mais malheureusement incontournable.

Lorsque, dans une économie globalisée, d'autres peuvent faire aussi bien que nous à des coûts moindres, nous devons choisir entre trois possibilités ayant des conséquences à court et à long terme fort différentes. La première possibilité est la résistance aux modifications des conditions de travail tant financières qu'organisationnelles. À court terme, les gens ont l'impression de sauver les acquis mais le coût à moyen et long terme apparaît en perte d'emplois entraînant une exclusion croissante du marché du travail d'abord d'une proportion importante des jeunes et, par la suite, d'autres catégories d'âge. Cette situation risque de créer dans l'avenir des tensions intergénérationnelles importantes. On les voit déjà poindre ici dans la remise en cause assez systématique que font les jeunes, au sein des organisations étudiantes et des partis politiques, des acquis des plus vieux. À titre d'exemple, dans la Presse du samedi 16 septembre 1995, une étudiante, candidate au doctorat en science politique, s'exprimait ainsi sur le sujet : « Pendant que tout un ensemble de travailleurs est trop protégé par des conventions, rendant certaines entreprises ingérables et peu productives, un autre groupe, de plus en plus nombreux et fortement constitué de jeunes, besogne dans la précarité la plus absolue. On ne pourra pas tolérer encore longtemps que le petit employé de Van Houtte paie le gros prix pour un *ticket d'autobus* pour assurer les conditions avantageuses des employés de la compagnie de

---

transport ». C'est un peu caricatural mais ça reflète ce que les jeunes pensent de plus en plus.

La deuxième possibilité est d'accepter des baisses de niveau de vie permettant la compétitivité de nos coûts. Cette solution peut sauver des emplois à court terme mais entraînera de nouvelles baisses du niveau de vie si des mesures ne sont pas prises pour accroître la productivité de nos entreprises.

La troisième possibilité est celle de la réorganisation de travail, de la modernisation des techniques et de la rationalisation des processus permettant les gains de productivité requis pour le maintien et même l'amélioration du revenu réel des travailleurs. Cette approche est très exigeante à court terme parce qu'elle occasionne généralement des changements majeurs dans l'organisation du travail, des mises à pied et souvent une intensification des efforts exigés des travailleurs. C'est toutefois, à notre avis, la seule façon de sauver définitivement des emplois de qualité et de positionner les entreprises pour éventuellement accroître leur part de marché et l'emploi.

Regardons maintenant quelques conséquences sur les conditions et l'organisation du travail de l'adaptation des entreprises à l'économie globalisée et fortement concurrentielle et à un environnement économique moins stable.

Comme nous l'avons dit précédemment, la *focalisation* est une première mesure généralement adoptée par les entreprises. Ce qui entraîne la vente par une entreprise d'une partie de ses activités parce qu'elles ne sont pas reliées à ses compétences-clés et l'acquisition d'activités éminemment reliées à ses compétences-clés. Par ailleurs, des secteurs complets peuvent être impartis pour les mêmes raisons. Ces décisions impliquent des réorganisations majeures avec des modifications importantes de culture d'entreprise ayant des conséquences souvent sous-estimées sur la loyauté des travailleurs, leur motivation, le niveau de stress qu'ils vivent, bref sur la qualité de l'environnement de travail et ultimement sur leur performance. On commence à réaliser qu'une gestion éclairée de la transition dans toute réorganisation est cruciale pour le succès de cette dernière.

L'autre caractéristique que les entreprises cherchent à développer pour survivre et éventuellement se développer – dans ce nouvel environnement économique – c'est la *flexibilité*. Autrefois, la flexibilité recherchée était davantage liée au caractère plus ou moins cyclique de l'industrie dans laquelle évoluait une entreprise. De nos jours, toutes les entreprises sont à la recherche de flexibilité pour pouvoir répondre rapidement aux modifications dans la composition même de la demande en terme de produits et de services. Cette recherche de flexibilité a eu, bien sûr, une incidence considérable sur le type de machinerie et d'équipements utilisés dans le secteur manufacturier. À ce niveau, on a trouvé des moyens de satisfaire, à faibles coûts, des marchés restreints et de répondre rapidement aux exigences changeantes de la clientèle et/ou aux menaces des concurrents. Dans cette même industrie et dans tout le secteur des services, on cherche aussi à accroître la flexibilité par le contenu des contrats de travail des employés au coeur de l'entreprise, par le recours au travail à temps partiel, par la sous-traitance et par l'impartition. Sans entrer dans le détail de chacune de ces modalités, qu'il nous suffise de souligner à quel point la flexibilité des heures travaillées par période de temps devient de plus en plus présente dans les contrats de travail de plusieurs pays industrialisés. L'Allemagne a ouvert depuis longtemps la voie à cet égard en liant la baisse des heures travaillées à l'augmentation de la flexibilité des horaires qui s'adaptent de plus en plus à la variabilité des besoins de production et des temps de fourniture des services. Au Canada, une étude récente montrait qu'« entre 1981 et 1993, la proportion d'hommes ayant une semaine normale de travail [i.e. entre 35 et 40 heures par semaine] a chuté de 77 % à 69 % alors que la proportion correspondante pour les femmes s'est repliée de 68 % à 61 %. Alors que ce recul est associé en partie à l'augmentation des emplois à temps partiel, il découle également de l'accroissement de la proportion de personnes travaillant de « longues heures ». Au cours de cette période, la proportion des hommes travaillant 50 heures ou plus par semaine est passée de 9 % à 13 % et celle

des femmes de 2 % à 4 % »<sup>1</sup>. Cette opération est, toutefois, loin d'être simple et exige souvent, comme le démontrent plusieurs expériences européennes, des transformations radicales de l'organisation du travail avec tous les compromis et la collaboration qu'elles requièrent autant des travailleurs que des employeurs.

En somme, il faut nous attendre à ce qu'une partie croissante de l'incertitude vécue par les entreprises soit reportée sur les travailleurs. D'abord, la notion de la permanence d'emploi – au sens traditionnel du terme – est en voie de disparition pour une proportion croissante de travailleurs et sera remplacée par le maintien de l'employabilité du travailleur. Entre 1979 et 1993, la moitié des emplois créés étaient des emplois à temps partiel. Si bien qu'en 1993, 23 % des emplois étaient à temps partiel. Le nombre d'emplois à temps partiel auraient pratiquement doublé au cours des vingt dernières années. De même, on embauche un nombre croissant de gens dans des emplois temporaires d'une durée déterminée<sup>2</sup>. Selon Statistique Canada, en 1994, environ la moitié des travailleurs âgés de 15 à 24 ans occupaient un poste à temps partiel ou travaillaient à titre temporaire ou à contrat; 55 % des travailleuses de cette tranche d'âge occupaient un poste non normalisé<sup>3</sup>. Le maintien de l'employabilité imposera des exigences et à l'employeur et aux travailleurs. La première de ces exigences portera sur la nécessité d'une formation continue autant en terme de qualifications génériques que de qualifications spécifiques. Tout le monde le dit. Le problème arrive lorsque l'on tente de préciser le contenu de cette formation continue, les modalités de son acquisition et les sources de son financement. On a souvent constaté que lors de transformations majeures des modes de production d'une entreprise, le problème n'était pas la formation spécifique que l'on devait donner aux travailleurs mais les défaillances de la

<sup>1</sup> « Heures de travail hebdomadaire au Canada : Le point sur la situation » René Morisset et Deborah Sunter, Statistique Canada, Juillet 1994.

<sup>2</sup> *Rapport du groupe Consultatif sur le temps de travail et la répartition du travail*, Développement des ressources humaines Canada, Déc. 1994, pp. 33-36.

<sup>3</sup> L'emploi et le revenu en perspective, automne 1995, p. 46., Statistique Canada, Cat. 75-001F.

524

formation générale de ces derniers qui en rendait plusieurs inaptes à acquérir cette nouvelle formation spécifique. À titre d'exemple, dans une étude récente de Statistique Canada, on trouve qu'en 1994, 48 % des travailleurs canadiens utilisaient un ordinateur au travail comparativement à 35 % en 1989<sup>4</sup>. Plus concrètement, on apprenait récemment par les journaux que la fonction traditionnelle de caissier à la Banque de Montréal disparaîtrait d'ici 1996. On ferait maintenant affaire à des *agents-services financiers plus*. Les caissiers et les caissières sont actuellement en formation mais il y a évidemment des gens qui ne veulent ou qui ne peuvent passer par ce processus de recyclage à cause d'une formation générale insuffisante. Cette redéfinition des tâches résulte évidemment de l'automatisation croissante des services bancaires traditionnels et se produit sûrement dans l'ensemble du secteur bancaire. Il ne faut donc pas être grand devin pour imaginer ce que nous réserve l'avenir à cet égard et les habilités et la formation générale qui seront requises de la majorité des travailleurs. Sachant que la fréquence d'acquisition de nouvelles formations spécifiques s'accroîtra dans l'avenir, on doit absolument se soucier de l'entretien et du développement de la formation générale des travailleurs. C'est un préalable au maintien de leur employabilité.

Les modes de rémunération et les régimes d'avantages sociaux sont déjà et seront de plus en plus affectés par ce nouveau contexte dans lequel évoluent les entreprises. Les employeurs voudront de plus en plus relier une partie croissante de la rémunération à la performance de l'individu et de l'organisation. En contrepartie, il faut s'attendre à ce que l'imputabilité de la direction quant à la performance de l'organisation dépasse le conseil d'administration et les actionnaires. On minimise souvent les problèmes que pose la rémunération partiellement variable reliée à un indicateur quelconque de performance. Quel est le principe de cette rémunération ? On rend d'abord incertain une partie du revenu du travail de l'individu en la liant à une évaluation personnelle,

---

<sup>4</sup> Statistique Canada, op. cit.

d'équipe ou à la performance globale de l'entreprise. On fait alors l'hypothèse que pour être mieux évalué ou pour accroître la performance de l'organisation, l'individu accroîtra sa propre performance. Cette hypothèse est raisonnable sauf que son opérationnalisation pose des problèmes souvent négligés. D'abord, il faut savoir que les individus ne réagissent pas tous de la même façon à l'incertitude. Dès lors, si le lien entre plus grande incertitude sur le revenu et augmentation de la performance peut être vérifié en moyenne, il pourra être très variable d'un individu à l'autre. De plus, il n'est pas exclu, si le processus est poussé trop loin, que la relation devienne négative. Par ailleurs, s'il advient qu'une proportion importante des employés considèrent que l'évolution de l'indicateur de performance sur lequel repose la partie variable de leur rémunération dépend peu d'eux et beaucoup des autres, le système de rémunération variable risque d'être rapidement remis en cause. En effet, tant et aussi longtemps que la performance de l'entreprise s'améliore et que les employés en bénéficient, tout ira bien. Mais lorsque le retournement se fera et que les employés verront diminuer ou disparaître la partie variable de leur revenu, les tensions apparaîtront et les blâmes seront jetés. Le système pourra alors avoir un effet démobilisant et réduire la performance des employés. Tout cela pour dire que dans un monde où les modes de production de biens et de services sont de plus en plus complexes et où l'impact direct du travail de chacun sur la performance d'une organisation est de plus en plus difficile à mesurer, il faut se méfier des systèmes de rémunération variable trop simples et trop prometteurs. Enfin, on doit toujours retenir que la rémunération n'est qu'une composante de l'environnement de travail et qu'il n'y a pas nécessairement de substitution possible entre cette composante et les autres. Il est donc essentiel de situer la rémunération et les avantages sociaux dans l'ensemble de l'environnement de travail.

Du côté des avantages sociaux, on peut s'attendre à ce qu'ils soient de plus en plus personnalisés et que leur caractère de transférabilité augmente.

---

## Conclusion

Que retenir de ce rapide voyage dans le temps ?

D'abord, que le problème majeur que nous avons vécu au cours de la dernière décennie en est un de croissance économique. Passer d'une croissance réelle moyenne supérieure à 5 % à une croissance inférieure à 3 % n'est pas sans conséquences sur l'emploi, le chômage, l'évolution des revenus des individus et des gouvernements, etc. On affirme souvent que de nos jours la croissance se fait sans création d'emplois. Non. Le vrai problème, c'est que nous avons une croissance plus faible. Je le répète, imaginer ce que serait le marché du travail avec les taux de croissance des années 1960.

526

Ceci dit, dans le nouveau contexte économique international dans lequel nous vivons et avec la décroissance inéluctable de la part des gouvernements dans l'activité économique, la relance de la croissance économique forte dans un pays comme le nôtre va exiger des modifications majeures dans nos modes d'organisation et de fonctionnement. Si difficile soit-elle, cette voie est la seule possible si l'on ne veut pas se repartager dans un climat de conflits sociaux croissants un gâteau de plus en plus petit.

# The Canadian Payments Association and its Mandate: Is Canada Lagging Behind

by

Ani M. Abdalyan\*

*Nous remercions Mme Abdalyan, juriste spécialisée en droit bancaire, pour son aimable autorisation de publier son étude portant sur l'étendue du mandat confié, en 1983, à l'Association canadienne des paiements en vertu de la Loi sur l'Association canadienne des paiements. Après avoir rappelé les lignes directrices du mandat confié à l'Association, à savoir sa mission d'établir et de mettre en oeuvre un système national de compensation et de règlement mais encore de planifier le développement du système national de paiement, l'auteure examine comment l'Association s'est acquittée de son double mandat, depuis quinze ans, dans un contexte économique en constante évolution.*

527



## Introduction

The purpose of this paper is to study how the Canadian Payments Association ("CPA") has met its mandate since assuming the operation of the payments system on February 1, 1983. The CPA was established on December 1, 1980, with a two-fold mandate, by the Canadian Payments Association Act ("CPA Act"):<sup>1</sup> "to establish and operate a national clearings and settlements system and to plan the evolution of the national

---

\* Ms. Ani M. Abdalyan is a consultant at Cassels Brock & Blackwell. She wishes to express thanks to Claude Gingras, Department of Finance for his helpful commentary.

<sup>1</sup> The Canadian Payments Association Act ("CPA Act") was part IV (sections 54 to 89) of the Banks and Banking Law Revision Act, 1980, S.C. 1980-81, c.4.

---

payments system".<sup>2</sup> These have come to be known as the "first mandate" and "second mandate" of the CPA. For the purpose of carrying out its objects, the CPA has natural person powers.<sup>3</sup>

528

Canada, as a member of the Group of Ten ("G-10") Countries, has the reputation of having one of the finest payments systems in the world. There may be ways, however, to further improve Canada's payments system. Issues which are fundamental in the current debate regarding the payments system relate to (i) risk containment and risk allocation and (ii) access and control. These issues tie in with broader policy questions of systemic risk,<sup>4</sup> i.e. ensuring that the failure of a financial institution does not cause the failure of another financial institution, as well as competitiveness and the future of Canada's financial services industry. It appears that the focus of the CPA has been on the minimization of risk in clearing and settlement systems so as to preserve the soundness and integrity of the payments system. Such initiatives led to the neglect of the second mandate i.e. planning the evolution of the national payments system. The CPA, since its inception, appears to have exercised limited power to plan or appears to have planned only part of the evolution of the payments system. The thesis of this paper is that the supervision of the development of the payments system in Canada should be implemented in a different fashion so as to provide equitable access to the system.

Canada's financial institutions legislation was overhauled in 1992 so as to dismantle the traditional four pillars. The driving force behind the federal government's reform package was the hope that the ensuing competition among financial institutions would lead to broader choice, improved service and lower prices for consumers. It has been stated, however, that the oligopolistic structure of the payments system, in fact, prevents Canada's

---

<sup>2</sup> CPA Act, R.S.C. 1985, c.21, s.5.

<sup>3</sup> *Ibid.*, s.6(2).

<sup>4</sup> M. Andrews & J. McGinn, *Current Issues in Payment, Clearing and Settlement Systems*, Conference Board of Canada, January 3, 1993, 5-6, (hereinafter "Current Issues"). The essence of systemic risk is the "domino effect".

financial institutions from competing on a level playing field.<sup>5</sup> Such allegations have been made by both members and non-members of the CPA. While the federal government's financial sector reform of 1992 attempted to "remove barriers to competition in the financial services marketplace, new barriers to competition are being erected by private interests through their growing control of the nation's payment and settlement systems".<sup>6</sup> Payments systems are the lifeblood of an economy and efficient, low cost payments systems contribute to the efficiency of the Canadian economy.<sup>7</sup> It is my view that as a result of the lack of competition in the payment transactions business, economic efficiency may be threatened.

During the past number of years, we have seen the development of various private sector satellites of the national payments system. As has been pointed out by the Trust Companies Association of Canada ("TCAC"), "the design of these satellites will have, at the very least, an impact on the core activities of the CPA, yet they are being developed without CPA involvement or input".<sup>8</sup>

The current debate over development projects in the context of payments, clearing and settlement in Canada has focused on (i) Large Value Transfer System ("LVTS"), (ii) the Canadian Depository for Securities ("CDS") and (iii) Interac Association ("Interac"). This paper will deal with the regulatory issues of these development projects.

The delineation of which type of financial institution, i.e. banks and other deposit-taking institutions, sometimes referred

---

<sup>5</sup> "Pushing for Reform of the Canadian Payments System" [CLHIA] Impact (1994), 3, (hereinafter "Pushing for Reform"). Banks, trust and loan companies, insurance companies and securities dealers are the traditional four pillars.

<sup>6</sup> Trust Companies Association of Canada Position Paper on Access to the Canadian Payments System, November 1, 1991, (hereinafter "TCAC Position Paper on Access").

<sup>7</sup> N. Le Pan, "Technology and Teamwork in Canada's Payments System: A View from Ottawa" (Paper presented to the Canadian Payments Association Conference, April 27, 1993) 2.

<sup>8</sup> Letter of D.E. Burt, R.G. Gassien and R.C. Hodges to S. Vachon (November 1, 1991), (hereinafter "Letter of Burt to Vachon").

---

to as near-banks, may participate in the clearing and settlement system inherently characterizes the nature of competition in the financial services sector.<sup>9</sup> While the CPA was established to accept near-bank DTIs as participants in the payments system, Schedule I banks remain the key players in the Association and the satellite networks.

530

Yet, equitable access to the payments system, for the trust and loan industry, is said to be “the critical key to survival in the provision of retail or commercial banking services”.<sup>10</sup> If a financial institution is “precluded from having access to the payments system on the same terms and with the same costs as (its) competitors, then (the) chances of being successful in the most basic of banking services are remote”.<sup>11</sup>

Under the Insurance Companies Act which became effective July 1, 1992, insurance companies were given new corporate powers. Insurance companies are now allowed to provide “payment, credit and charge cards”, to provide money and portfolio management services and to issue travellers cheques. Life insurance companies may also provide consumer loans but they do not have the right accept deposits, not to mention chequable deposits. Without direct access to the payments system, however, insurance companies must depend on CPA members for clearing and settlement purposes. As a result, from the perspective of the life and health insurance industry, the new corporate powers of insurance companies are illusory. Not only are the intentions of the Insurance Companies Act frustrated but also the consumer is denied potential benefits from the provision of competitive services.<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> “Current Issues”, *supra* note 4 at 5.

<sup>10</sup> R.W. Fleming, “The Issues Surrounding Equitable Access to the Payment System” (Address to the Canadian Payments Association Conference, April 27, 1993) 1, (hereinafter “Issues Surrounding Equitable Access”).

<sup>11</sup> *Ibid.* at 2.

<sup>12</sup> “Pushing for Reform”, *supra* note 9 at 6.

---

## The establishment of the Canadian Payments Association — Background

The Report of the Royal Commission on Banking and Finance (“The Porter Commission”), released in 1964, contained the following recommendation regarding Canada’s payments system:

the clauses of the Canadian Bankers’ Association Act which gave the Association the right of operating the cheque-clearing system be repealed and an association of all clearing institutions be formed to manage the system and allocate costs equitably among all members in relation to the work done by each.<sup>13</sup>

531

In 1975, the federal government released the Blue Book entitled “Towards an Electronic Payments System: An Elaboration of Government Policy”. The “common user communication network” contemplated consisted in payments network with the following characteristics:

- (i) nationwide in extent,
- (ii) publicly accessible, with no artificial barriers placed on its use by qualified users,
- (iii) a shared facility, the user paying only for his actual use of the facility,
- (iv) easy to plug into, regardless of the brand of computer equipment owned by the financial institution and the specifications of how to build compatible computer equipment should be public and easily available to hardware companies,
- (v) the common network would not preclude the development of private networks, but the private networks would not be permitted to carry payment messages.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> The Order in Council, P.C. 1962-1484, Royal Commission on Banking and Finance (1964) Report (Ottawa: Queen’s Printer), 382.

<sup>14</sup> Le Pan, *supra* note 7 at 6.

The policy paper further commented as follows:

The movement away from a paper-based system of payments will result in the eventual linking of a variety of institutions, financial, retail and government, and ultimately affect the day-to-day transactions of the individual customer. It is important that this evolution be such as to protect the rights of individual Canadians to enhance the competitive environment for deposit-taking institutions and the computer/communications service industry, and to ensure the development of an efficient and equitable payments system.<sup>15</sup>

532

A federal government policy paper, released in 1976, provided as follows:

In the evolution of the payments system of today into the payments system of tomorrow, the economic interests of Canada will be served best by a national clearing system in which all the institutions directly involved may participate and share the requisite rights and obligations in an equitable manner.<sup>16</sup>

It is my view that the payments system has not developed in the manner envisaged by these policy papers of the federal government.

It is beyond the scope of this paper to give a detailed account of the historical developments leading to the creation of the CPA in 1980. In 1983, the CPA took over from the Canadian Bankers Association ("CBA") the administration and operation of the Canadian clearing and settlement system.<sup>17</sup> With the decennial review of the Bank Act in 1980, the establishment of

<sup>15</sup> Fleming, *supra* note 10 at 5.

<sup>16</sup> Government of Canada, Minister of Finance, White Paper on the Revision of Canadian Banking Legislation, (August, 1976), 18.

<sup>17</sup> An Act to Incorporate the Canadian Bankers Association Act, S.C. 1900, 63-64 Vict., c. 93 gave the Canadian Bankers Association the permissive power to "establish in any place in Canada a clearing house for banks, and make rules and regulations for the operations thereof" subject to the approval of the Treasury Board. The objects and general powers of the CBA is to "promote generally the interests and efficiency of banks". (See section 5 of the CBA Act).

---

the CPA enabled near-bank DTIs to participate in the clearing system.<sup>18</sup> With the growing role of near-banks in the financial services marketplace, it was felt by policymakers that it was desirable that such institutions be given direct access to the payments system.

The CPA was established "to give the non-banks an equal voice in the planning, control and development of the national payments system, and to ensure that the public interest was represented and protected".<sup>19</sup> The CPA now has four classes of member institutions consisting of banks, credit unions, centrals and federations, trust and loan companies and other deposit-taking institutions. The lack of membership in the CPA by insurance companies is a major concern from the perspective of the insurance industry, especially in view of the new payment powers that such institutions were given in 1992.

533

### **The CPA Act and the "Second Mandate"**

An analysis of the phrase which has come to be known as the "second mandate" of the CPA, ("... to plan the evolution of the national payments system"), reveals ambiguity in language. In fact, it has been suggested that it is an oxymoron.<sup>20</sup> In the context of financial policy, "evolution" appears to imply leaving everything to the market. "Planning the evolution" appears to imply guiding "market forces so that competition among competing suppliers results in the widest array of payments services at the best price, subject of course to necessary measures to protect the integrity of the system".<sup>21</sup>

The debate, over the years, has revolved around (i) the scope of authority conferred by the mandate "to plan", (ii) the extent of the CPA's responsibility to ensure "equitable access" to the payments system, and (iii) the exclusivity of jurisdiction of

---

<sup>18</sup> C. Gingras, "Collection of Cheques - Issues in the Processing and Clearing Systems" (1986) *Current Issues in Canadian Business Law*, 472, Carswell, 1986.

<sup>19</sup> TCAC Position Paper on Access, *supra* note 6 at 2.

<sup>20</sup> *Le Pan*, *supra* note 7 at 9.

<sup>21</sup> *Ibid.* at 10.

the CPA as a result of the use of the term "the national payments system".<sup>22</sup>

While it has been suggested that the ambiguity in the statutory language of section 5 of the CPA Act "may have been a deliberate and reasoned attempt to avoid any premature constraints on the Association",<sup>23</sup> the Legal Department of the CPA has recommended that the CPA Act be amended to set out in a much more concise fashion the policy objectives and powers entailed in the mandate of the CPA.<sup>24</sup>

534

### The Activities of the CPA

The payments system is in a constant state of modification and refinement. In recent years, the concern over the level of risk in Canada's payments and settlement system has heightened as a result of deregulation, securitization, internationalization and advances in computing and communication technologies. The payments system in Canada is in the process of gradually evolving from almost exclusive reliance upon cash and paper-based transactions toward the use of electronic forms of payments and data exchanges.

With the developments, testing and innovation in information processing and telecommunications technologies, we have witnessed the emergence of third party suppliers of non-financial services with expertise in technology. These third parties carry messages to financial institutions but "the actual exchange of payments and final settlement are performed entirely within the core of the financial system".<sup>25</sup>

As has been pointed out in the CPA Legal Department submission to the Department of Finance, the CPA, between

---

<sup>22</sup> CPA Legal Department, "CPA Payments System Development Planning: A Review of Legislative Impediments and Issues" (Consultative Committee Meeting with Department of Finance, May 13, 1993), 5-6.

<sup>23</sup> Ibid at 6.

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Department of Finance, "Third Party Processing in the Production of Financial Services", November, 1993, (i).

---

1983 and 1985 fulfilled many of the responsibilities entailed in its first mandate. It carried out projects pertaining to the transfer, integration and automation of the clearings and settlement system, the revision of rules governing this system and address matters pertaining to the administration and organization of the CPA. In 1983, the CPA established and continues to administer the Automated Clearing and Settlement System ("ACSS") for processing cheques. The CPA developed and maintains the rules, standards and guidelines for the exchange of payment instruments. It established standards for new electronic payments systems including automatic banking machines ("ABM") transactions, Consumer Pre-Authorized Debit Plans and Electronic Funds Transfer at the Point of Sale ("EFT POS").<sup>26</sup>

535

The distinctive feature of the ACSS rests in the fact that virtually all items in Canada's paper-based payments system, i.e. cheques, are cleared on the day they are presented. Settlement occurs the following day on a back-dated basis on the books of the Bank of Canada.<sup>27</sup>

The inherent drawback of overnight settlement is that there is a short period of exposure between clearing and settlement. The postponement of settlement until the following day creates the concern that a financial institution may possibly be creating additional payment obligations with an institution whose payments from the previous day will not be settled. If a financial institution fails in the interim period, transactions with the failed institution are subject to being reworded".<sup>28</sup> Such lack of finality of payment of a cheque remains an unresolved issue in Canada. It is well recognized that if cheques are to be commercially acceptable in lieu of money, the principle of finality of payment is as important as the very negotiability of the cheque.

---

<sup>26</sup> "Current Issues", *supra* note 4 at 2.

<sup>27</sup> *Ibid.* at 7.

<sup>28</sup> *Ibid.*

---

## Large Value Transfer System

In Canada, as in the United States and Italy, cash and cheques predominate as methods of payments. In contrast, Germany and Switzerland have electronic methods of payment while Japan and the Netherlands are somewhere in the middle.<sup>29</sup> Smart cards, as a means of payment, are commonplace in Europe and Japan while merely in infancy stage in Canada. Only recently, debit cards came into general usage in Canada. Canada is the last of the G-10 countries to develop an LVTS.<sup>30</sup>

536

In 1992, large-value transfers in Canada, i.e. all payments of \$50,000 and above, averaged \$68.1 billion per day, representing 93.4% of the value of transactions flowing through the ACSS.<sup>31</sup> It is possible to characterize large-value payments in three broad categories: (i) international payments, (ii) payments representing transactions in the Canadian securities markets and (iii) commercial and governmental payments.<sup>32</sup>

International payments are processed, on a net basis, through the International Interbank Payments System ("IIPS") which was begun in October 1976. IIPS is "a system for sending Canadian dollar credit transfer messages", and the operating procedures, management of IIPS and access criteria are determined by a committee of the CBA.<sup>33</sup> The IIPS also facilitates correspondent banking transactions, third party domestic payments of large-value and the settlement of transactions in the domestic interbank deposit market.<sup>34</sup> Paper-based transactions as well as electronic transactions flow through

---

<sup>29</sup> *Supra* note 7 at 4.

<sup>30</sup> *Ibid.* at 5.

<sup>31</sup> Bank for International Settlements, "Payment Systems in the Group of Ten Countries", Basle, December, 1993, 62, (*hereinafter* "BIS").

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> TCAC Position Paper on Access, *supra* note 6 at 7. In 1991, there were 23 direct participants in IIPS consisting of the Bank of Canada, 20 banks, Royal Trust and the Caisse Centrale Desjardins du Quebec. 47 other financial institutions consisting mainly of foreign banks and including two trust companies were indirect participants using direct participants as agents.

<sup>34</sup> "BIS", *supra* note 31 at 62.

---

the IIPS. The Society for Worldwide Interbank Financial Telecommunications ("SWIFT") is used as a service provider, to carry payment messages in the form of credit transfers.

The IIPS lacks finality of payment because paper inter-member debit vouchers are used for settlement which depends on clearing the debit voucher.<sup>35</sup> As a result, there is the risk that if the participating institution fails, the transactions with these inter-member debit vouchers will be rewound.<sup>36</sup> Currently, "a default situation might force the unwinding of transactions that had taken place ... possibly leaving the receiving institution, and the recipient of the funds, in financial difficulty".<sup>37</sup>

537

The CPA has carried out extensive activity with regard to the LVTS. It is intended that the LVTS will replace IIPS in 1996. The objectives of the proposed LVTS consist of the mitigation of risk associated with payments, providing finality of payments and ensuring certainty of settlement on the same day.<sup>38</sup> The reduction of risk and the ability to offer certainty of payment will enhance Canada's payment system in the international marketplace.

In order to qualify as a settling participant in the LVTS, a financial institution must be "a CPA member, have a reasonable level of participation in the system as measured by modest daily value and volume criteria, be a user of SWIFT in Canada and demonstrate technical competence".<sup>39</sup> Financial institutions that do not meet the foregoing criteria will be able to participate in

---

<sup>35</sup> "Current Issues", *supra* note 4 at 16.

<sup>36</sup> *Ibid.*

<sup>37</sup> "CPA Twelfth Plenary Meeting Generates Lively Discussion" [CPA] Forum (December, 1994) 1, (*hereinafter* "CPA Meeting").

<sup>38</sup> *Ibid.*

<sup>39</sup> "Chairman Focuses on Progress in the Development of a Canadian LVTS" [CPA] Forum (June, 1993) 1, (*hereinafter* "Canadian LVTS"). Apparently, as a result of ongoing discussions, there is no longer to be value and volume criteria to be imposed on settling participants in the LVTS.

---

the LVTS through agency arrangements with settling participants.<sup>40</sup>

Although the LVTS has been under discussion since 1985, "its development has not been addressed in conjunction with the development of other satellites".<sup>41</sup> The lack of involvement by the CPA in coordinating the development of the various parts of the payments system is perhaps a result of the uncertainty as to where the mandate of the CPA begins and ends.

538

The insurance industry would likely benefit from implementation of the LVTS. Life and health insurance companies conduct a significant number of large securities and foreign exchange transactions and would likely use the LVTS to a great extent.

### **Reduction of Systemic Risk In Clearing and Settlement Systems**

In a policy paper, released by the Department of Finance in February 1995, entitled "Enhancing the Safety and Soundness of the Canadian Financial System" ("White Paper"), the federal government proposed that "federal legislation be developed to give Bank of Canada a more explicit role in the oversight of clearing settlement systems from a point of view of controlling systemic risk".<sup>42</sup>

The White Paper also provided as follows:

With respect to the LVTS, for which financial institutions themselves will be posting sufficient collateral to cover the single largest possible default, the Bank of Canada would have the power to guarantee settlement of transactions on the system in the extremely unlikely event that the collateral posted by the institutions is insufficient to cover

---

<sup>40</sup> S. Vachon, "Opening Remarks" (Canadian Payments Association Conference, April 27, 1993), 3.

<sup>41</sup> "Letter of Burt to Vachon", supra note 8 at 2.

<sup>42</sup> *Ibid.* at 19.

---

the losses arising from multiple participant failure at the same time.<sup>43</sup>

As a result of the implementation of the proposals in the White Paper, participants in the clearing and settlement systems will be able to offer intra-day finality of payment to customers. It is believed that this will substantially reduce the level of risk in the Canadian clearing and settlement system.

The White Paper also suggested that Canada's payments system be harmonized with current internationally agreed-upon standards for risk containment.<sup>44</sup>

539

### **Canadian Depository for Securities**

CDS, a private company created in 1970, is owned by the members of the Toronto Stock Exchange, the Montreal Stock Exchange, the Investment Dealers Association, six banks and five trust and loan companies. It provides processing services, i.e. trading and lending of securities transactions for clients. To do so, it operates a book-entry clearing and settlement system for securities. Specifically, the key role of CDS is "to immobilize or dematerialize security transactions by substituting electronic book entries and electronic funds transfer payments to security certificates and cheque payments".<sup>45</sup>

The activities of CDS have been described as follows:

CDS receives and processes information on debt and equity transactions using a batch-based computer system and sends reports to participants on their delivery and payment organizations, as calculated by CDS. Each participant makes a net payment to, or receives a net payment from, CDS in each of the two daily settlement cycles.

Participants can make book-entry deliveries without the physical movement of certificates, which reduces the need

---

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> "Current Issues", *supra* note 4 at 13.

---

for participants to maintain a physical stock of securities certificates, and therefore cuts the costs of safe-keeping and record-keeping, and eliminates the messenger and banking costs of certificated deliveries.<sup>46</sup>

540 The current CDS system, however, is unable to realize intra-day settlement of money market transactions. As a result, CDS has been active in the development of the new Debt Clearing Service ("DCS"). DCS, when implemented, will "replace paper handling and delivery of money-market and longer-term debt securities with an automated book-entry system".<sup>47</sup>

Collateralization will be used as a risk-containment mechanism.<sup>48</sup> At the outset, Government of Canada bonds will be the only securities eligible for DCS, with the intention that the service will be extended to other money market instruments including treasury bills, bankers' acceptances, bearer deposit notes, commercial paper, provincial and municipal bonds and notes, corporate bonds, term deposits and guaranteed investment certificates.<sup>49</sup>

Ultimately, CDS is intended to be a satellite of the LVTS. Accordingly, uncertainties about the LVTS have resulted in difficulties in "finalizing the risk proofing mechanism for DCS".<sup>50</sup>

The membership of the CPA has not been invited nor was involved in the design of the DCS for CDS. It has been suggested that the design of the CDS system is properly within the CPA's mandate of planning the evolution of the national payments system.<sup>51</sup> As a result, this provides an example of where the CPA failed to meet its second mandate.

---

<sup>46</sup> "BIS", *supra* note 31 at 69.

<sup>47</sup> "Current Issues", *supra* note 4 at 13.

<sup>48</sup> "BIS", *supra* note 31 at 69.

<sup>49</sup> *Ibid.*

<sup>50</sup> "Letter of Burt to Vachon", *supra* note 8 at 3.

<sup>51</sup> "TCAC Position Paper on Access", *supra* note 6 at 11.

---

### Interac Association

Similarly, Interac, a major electronic payment and credit distribution system, set up in the spring of 1985, developed with only marginal involvement by the CPA.<sup>52</sup> Specifically, the role of Interac is to be a facilitator in the development of shared networks and services in support of banking and payment services to its members.<sup>53</sup>

Since the creation of Interac in 1985, a privately-owned shared cash dispensing service, i.e. a "service to exchange transactions originating from shared automated banking systems",<sup>54</sup> has been implemented. The network includes over 16,000 ABMs in Canada. Through Interac, a shared electronic funds transfer at point of sale (EFT POS) for members' debit cardholders and retail customers has also been developed.<sup>55</sup>

Since 1989, coincidentally when American Express was awarded a banking licence in Canada, the terms and conditions of access and control of Interac have been the subject of public debate. In fact, since 1991, the Bureau of Competition Policy has been investigating Interac for anti-competitive behavior. Deposit-taking institutions which are members of CPA i.e., banks, trust and loan companies and co-operative credit institutions, can become members of Interac. As of the end of 1992, Interac's membership consisted of nine charter members<sup>56</sup> and nineteen sponsored member financial institutions.<sup>57</sup>

It is possible to obtain access to Interac services only through sponsorship by one of the nine charter members. Sponsored members are able to receive service and have a passive role in the operation of the system.

---

<sup>52</sup> "Current Issues", supra note 4 at 16. CPA is involved in standard setting matters of Interac, i.e. cards, messages.

<sup>53</sup> "BIS", supra note 31 at 49.

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> "Current Issues", supra note 4 at 19.

<sup>56</sup> Interac's charter members are the six major banks, Canada Trust, Canadian Co-operative Credit Society and Confederation Desjardins.

<sup>57</sup> "BIS", supra note 31 at 49. Amex Bank of Canada is also a member.

---

Charter members of Interac have borne the costs and risks of establishing the shared networks. They therefore assert that "they have the right to control the activities of Interac and that in pricing access by non-members, they are entitled to a reasonable return on their investment".<sup>58</sup> However, institutions interested in joining the network do not want to pay more than reasonable entrance and user fees.

542

The TCAC which, in 1991, represented approximately 60 trust companies in Canada, stated that the development of a payment satellite such as Interac outside the CPA leads to concerns that "equitable access to the national payments system is in jeopardy and the maintenance of competition in the transactions business is critically threatened".<sup>59</sup>

Until 1989, to become a sponsored member of Interac, a reasonable fee was required. A number of non-bank deposit-taking institutions became sponsored members and hoped that "they would be able to convert to charter membership at a later date, upon payment of an equity share".<sup>60</sup>

However, the class of charter membership in CPA was closed to its existing members at the end of 1988 and the entrance fee for sponsored members was increased to the greater of \$100,000 or \$7.00 per card.<sup>61</sup>

With the introduction of EFT POS, access to the new structure was given a separate price. Sponsored members must now pay a new fee for the EFT POS network which is "the greater of \$100,000 or \$5.74 per card based on the estimated number of cards the sponsored member will have issued three years after joining the service."<sup>62</sup>

It has been suggested that the price of access to EFT POS is inappropriate primarily because of the valuation method which is

---

<sup>58</sup> "Current Issues" *supra* note 4 at 19.

<sup>59</sup> "TCAC Position Paper on Access", *supra* note 6 at 1.

<sup>60</sup> *Ibid.* at 3.

<sup>61</sup> *Ibid.*

<sup>62</sup> *Ibid.* at 4.

---

“an investment cost approach”.<sup>63</sup> The investment cost approach is used to value common stock rather than to a pay fee for service. The access fee to EFT POS, does not result in “an ownership share of the network , nor any of the benefits of ownership”.<sup>64</sup>

Just as financial institutions offered access to ABMs in order to remain competitive in the retail deposit business, the “major non-Interac financial institutions must be able to offer electronic point of sale payment to their clients if they are to retain their transactions business over the long run”.<sup>65</sup> While the entrance fees to the EFT POS system work as a major barrier to access, sponsored members also face uncertainty about additional costs which will be charged to admitted sponsored members.

543

From the perspective of the life and health insurance industry, Interac is of special interest because of its role in the context of the debit card system as well as the ABM network. Specifically, in the context of insurance retailing, if the banks are allowed to sell insurance through ABMs, the inability of insurance companies to be members of Interac will create competitive disadvantages. In addition, without access to Interac, the new powers in respect of payment, credit and charge cards given to life insurance companies given in 1992 remain useless.

### **Why Access to the Payments System Is Important**

In November 1990, John Crow in a speech to a Treasury Management Association of Canada conference set out four desirable features of clearing and settlement projects:

- (i) the minimization of systemic risk,
- (ii) the appropriate distribution of risk,
- (iii) the maintenance of equitable access to these systems,

---

<sup>63</sup> “Letter of Burt to Vachon”, supra note 8 at 3.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> “TCAC Position Paper on Access” supra note 6 at 6.

(iv) effective supervisory oversight of the systems.<sup>66</sup>

As Michael Porter of the Harvard Business School has pointed out, "domestic rivalry is critical to innovation and development of competitive advantage. Vigorous domestic rivalry encourages international success".<sup>67</sup>

544

With the 1992 reform package of financial institutions legislation, the Canadian landscape for the financial services industry changed fundamentally as the traditional four pillars crumbled. From the perspective of non-deposit-taking financial institutions, for the best interests of the consumer and sound public policy, the ability to compete with the banks and other deposit-taking institutions on a fair and equitable basis is vital to the continuing evolution of the financial services industry. Currently, life and health insurance companies cannot be members of CPA and as a result are barred from joining Interac.

Although life and health insurance companies are prohibited under the Insurance Companies Act from accepting deposits, many life insurance products in fact share the key attributes of deposits held by deposit-taking institutions. This is the case, for instance, in respect of annuity products during their accumulation period. It has been asserted that lack of access to the CPA by the life and health insurance industry has three key consequences:

- (i) it eliminates a powerful source of competition to the existing payments system providers,
- (ii) it denies the customers of life and health insurers the definite advantage of being able to access their funds on account with an insurance company whenever they need to, and
- (iii) it prevents life and health insurers from exercising all their corporate powers.<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> "Issues Surrounding Equitable Access", *supra* note 9 at 9.

<sup>67</sup> *Ibid.* at 11.

<sup>68</sup> "Pushing for Reform", *supra* note 5 at 4.

---

It has been stated by the Canadian Life and Health Insurance Association ("CLHIA") that the inability of life and health insurance companies to have direct access to the CPA has competitive implications and prevents life and health insurance companies from building on established relationships<sup>69</sup> with their present clients, an important strategy in the context of intense competition and shrinking profit margins.

As an example, when a life insurance policyholder dies, the beneficiary will be paid the proceed which will be deposited in an account at a bank, trust company or credit union. As a result, the existing relationship is abruptly halted and insurance companies lose customers to banks because they are unable to provide the full range of services required by the customer, including convenient access to funds for payment purposes.

545

If a new class of membership, i.e. non-deposit-taking financial institutions were implemented within the CPA, then a life and health insurance company would be able to offer a much broader range of services to a beneficiary. As a result of membership in CPA, a life and health insurance company "could hold the funds for the beneficiary in a money market account ... at competitive interest rates and provide a chequebook and plastic payment card acceptable at ABMs and debit terminals".<sup>70</sup>

The exclusion of life and health insurance companies from CPA also brings about the awkward scenario that where a life and health insurance company develops an innovative new product that includes a new payment method, the company must provide full product details to its payments system sponsor, e.g., a bank for approval, before being able to market the new product. This is particularly troublesome because the sponsor is likely also a competitor of the life and health company, and the information being processed may in fact be more valuable than the processing itself.

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> "Need for Payment System Reform in Canada: The Perspective of Life and Health Insurers", CLHIA, (submitted to the Department of Finance, Ottawa) 6.

---

From the perspective of the life and health insurance industry, membership in the CPA would preserve the life and health insurance industry as a powerful source of competition to the deposit-taking institutions, ultimately leading to more innovation in the payments system. The life and health insurance industry wants "an open system, with full disclosure and full participation in setting and amending rules governing the payments system."<sup>71</sup>

546

In Japan, the Nippon Life Insurance Company enhanced the features of the Nissay Card in 1990. Policyholders who have the Nissay Card can now take out loans and withdraw accumulated dividend receipts by using ABMs throughout Japan.<sup>72</sup> If a life and health insurance company in Canada wants to develop a card with equivalent features, it would likely face competitive disadvantages because of lack of membership in the CPA and restricted access to the Interac network.

### Conclusion

This paper has attempted to examine the extent to which the CPA has fulfilled, since its establishment in 1980, the original Parliamentary intent, i.e., that the "non-bank deposit-taking institutions be brought in as partners with the banks in the management, administration and development of the payments system".<sup>73</sup> It is questionable, however, the extent to which the partnership has been a reality. The paper has also discussed the need to open up membership in the CPA.

It has been suggested that because of lack of agreement on the interpretation of the CPA's second mandate, the banks by default have imposed their own, almost exclusive, interpretation of how the payments system in Canada must evolve.

As a result of technological and regulatory changes, CPA is now operating in a changing environment. It has been

---

<sup>71</sup> "Pushing for Reform" *supra* note 5 at 4.

<sup>72</sup> Nippon Life Insurance Company, Annual Report, 1991, 13.

<sup>73</sup> Letter of J.L. Evans to S. Vachon, (August 16, 1991) at 2.

---

recommended that CPA develop a Strategic Plan, focusing on the future rather than on the past.<sup>74</sup> The recommendation provides as follows:

(CPA) must clearly identify the factors and forces that are driving change in the sector and assess how these will likely shape the payments system of the future. The Association must outline what the fully electronic payments system should be by the year 2001, describe all its components, and strategically plan, in stages, how it will arrive at its objectives.<sup>75</sup>

547

Strategic Planning Guidelines<sup>76</sup> have been drafted for the CPA and include the following items: mandate, mission, issues, objectives, strategies, actions, etc. The mission could address a number of issues including minimization of systemic risk, appropriate distribution of risk, equitable access for all CPA members, effective supervisory oversight of the systems, integrity and professionalism, protection of the rights of the consumers and other users of the clearing systems and promotion of the efficiency of clearing systems.<sup>77</sup>

The CPA is subject to statutory regulation or supervision. The Superintendent of Financial Institutions reports annually to the Minister of Finance whether or not the CPA is operating in conformity with the CPA Act and the by-laws.

It is my view that the activities of privately-owned groups discussed in this paper as well of those of the CPA must be examined and implemented bearing in mind the Parliamentary intent in the establishment of the CPA. Indicators of progress of a payments system include speed of settlement, cost-effectiveness, security and acceptability to all stakeholders. The CPA "must play the strong role it was intended to play in maintaining healthy competition among its many member

---

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Ibid. at 6.

institutions by keeping the payments highway open for all those who qualify to use it".<sup>78</sup>

Fifteen years after its enactment, the CPA Act is in dire need of in-depth review in my opinion if the legitimate goals set above are to be achieved. Without such a review, the financial institution legislative reform of 1992, which gave each of the classes of institutions the general right to provide all financial services, will remain incomplete to the disadvantage of Canadian consumers of financial services.

---

<sup>78</sup> Trust Companies Association of Canada, "Position Paper on Equitable Access to the Canadian Payments Systems" submitted to the Board of Directors of the Canadian Payments Association, February 3, 1992, 9.

## L'assurance dans la tourmente\*

par

Robert Parizeau\*\*

*At the 35th annual meeting of the Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec, held last November, Mr. Robert Parizeau gave a general overview of the profound changes that have been affecting the insurance industry since 1980. The first part of his speech focused on government reforms, the global market and the emergence of new conglomerates. In the second part, the author looks at the immediate future: the arrival of banks in the insurance industry and the new challenges for intermediaries, such as direct marketing, new technology, employee training, target market strategies and new methods of distributing products and services. Mr. Parizeau states that the near future will not only bring much change for insurance intermediaries, but also new opportunities.*

549

Depuis 1980, le portrait de l'assurance au Canada a bien changé. Entre 1980 et 1995, 104 compagnies d'assurances générales ont cessé leurs activités, dont 53 depuis 1990. En assurance-vie, le nombre d'assureurs a chuté depuis 1980, de 170 à 148 en 1993.

En septembre dernier, au Canada seulement, deux fusions d'importance ont eu lieu. En assurance de personnes, ManuVie et la Nord-Américaine créent la Financière ManuVie avec un actif de 47 milliards de dollars. En assurance de dommages, ING Canada, qui possède notamment le Groupe Commerce, acquiert

---

\* Texte d'une allocution prononcée à l'occasion du 35e Congrès des Intermédiaires en assurance de personnes du Québec.

\*\* Président de Sodarcac inc.

---

la Wellington et devient ainsi le deuxième assureur en importance au Canada.

Nous ne sommes pas le seul secteur économique à être touché par la vague de fusions et le mouvement de concentration. Au troisième trimestre 1995, 260 transactions, représentant un montant record de 18 milliards de dollars, ont été enregistrées au Canada, soit une augmentation de 46 % par rapport à la même période l'an dernier.

550

Le mouvement s'accélère, dans la foulée de la globalisation des marchés et de la formation de groupes fortement capitalisés.

Les mutations sont donc profondes. À quoi peut-on les attribuer ?

Il y a d'abord la volonté gouvernementale de décloisonner et de libéraliser le secteur financier. Le gouvernement du Québec amorce le mouvement par la refonte de la *Loi sur les assurances du Québec*, en 1984, un décloisonnement axé sur un élargissement des pouvoirs des assureurs. Du côté fédéral, le livre bleu du ministre Thomas Hockin, intitulé *Le secteur financier : nouvelles directions*, fixe le cadre de la réforme. En 1992, les dernières législations fédérales entrent en vigueur ; de leur côté, les provinces, particulièrement le Québec et l'Ontario, s'harmonisent avec le nouveau cadre fédéral.

Par cette démarche, les gouvernements veulent favoriser la formation de grands groupes financiers capables d'affronter la globalisation des marchés. Les quatre piliers traditionnels du secteur financier (banques, fiducies, courtage en valeurs mobilières et assurances) peuvent dorénavant s'intégrer et unir leurs forces, et ainsi concurrencer les grands groupes européens, japonais et américains, fortement capitalisés.

Politiquement et économiquement, la tendance est aussi à la formation de grands ensembles dans le monde entier. En Amérique du Nord, l'Accord de libre-échange nord-américain, l'ALENA, est signé le 17 décembre 1992 entre le Canada, les États-Unis et le Mexique. De l'autre côté de l'Atlantique, la Communauté européenne et l'Association européenne de libre-

---

échange concluent une entente, signée le 14 février 1992, qui institue l'Espace économique européen, une vaste zone de libre-échange de 380 millions d'habitants. En Amérique du Sud, plusieurs pays ont des accords de libre-échange, tels le Brésil, l'Argentine et l'Uruguay, ou encore le Chili et le Mexique qui se sont liés en 1990. Même phénomène en Asie où s'est créée une zone de libre-échange, l'Association des nations du Sud-est asiatique. Si les négociations sont parfois difficiles, nous assistons à un mouvement de fonds qui modifie en profondeur l'économie mondiale.

551

Dans le même temps, la révolution technologique impose son rythme au milieu financier. Globalisation des marchés est aussi synonyme de rapidité et de fiabilité des transferts électroniques de fonds et d'information. Coûteuse à implanter et à maintenir, la technologie permet par la suite de réduire considérablement les coûts de transaction. La progression des transactions électroniques est phénoménale : à titre d'exemple, le nombre de transactions par paiement direct sur le système Interac a quintuplé entre août 1994 et septembre 1995, passant de 7 millions à 35 millions de transactions. Quant aux banques, elles enregistrent deux fois plus de transactions électroniques qu'il y a trois ans.

Ces vagues de fond ont eu des conséquences importantes dans le secteur de l'assurance en accélérant la concentration des entreprises. Rappelons-nous quelques exemples :

**En assurance-vie :**

Pensons à la fusion de l'Alliance et de l'Industrielle. Pensons aussi à La Sauvegarde, l'Assurance-vie Desjardins, La Laurentienne et l'Imperial Life, ou encore à la fusion toute récente de la Manufacturers Life et de la Nord-Américaine.

**En assurance autre que Vie :**

Mentionnons le Groupe AXA qui regroupe Provinces-Unies, Gibraltar, Anglo-Canada, Home of New York et, tout récemment, Boréal (l'ex-Laurentienne Générale), qui était elle-

---

même la fusion d'au moins sept compagnies d'assurance. Rappelons-nous aussi de la fusion des opérations canadiennes, de Zurich et de Travelers, sans oublier celle de General Accident et de la Prudentielle de Londres.

552 Concentration des entreprises, certes, mais aussi diversification en dehors des activités de base. Grâce aux nouveaux pouvoirs donnés par le législateur, les assureurs-vie décident, vers 1985, d'entrer massivement dans le secteur des fiducies. Dans notre milieu, pensons à l'acquisition du Trust Général par l'Industrielle-Alliance. La crise immobilière et la dernière récession ont ébranlé dans leurs fondements la plupart des fiducies ; que l'on pense au Royal Trust, au Guarantee Trust et au Montreal Trust. Les assureurs-vie qui ont acheté ou créé des fiducies ont pour la plupart subi de très lourdes pertes à un moment où la rentabilité de leur produit de base était en chute libre.

De nombreux assureurs-vie ont dû rapidement trouver une façon de se recapitaliser. Dans certains cas, le trou était trop important ; pensons à la faillite des Coopérants ou de La Confederation Life. D'autres ont fait des mariages de raison : ManuVie et Nord-Américaine, à titre d'exemple.

Comme toujours dans ces grands chambardements, les groupes les mieux capitalisés et les plus rentables ont pu en profiter pour acquérir les portefeuilles d'assurance des compagnies en difficulté (Maritime Life, Sun Life ou ManuVie au niveau de La Confédération). D'autres institutions en ont profité pour entrer dans un secteur complémentaire à leurs activités. C'est ce qu'ont fait les banques canadiennes qui ont ramassé en quelques années plus de 65 % de l'actif des sociétés de fiducie au Canada. Dernière en date, la Banque Laurentienne qui vient d'acquérir la Fiducie Nord-Américaine, ajoutant quelque 2,5 milliards à son actif. C'est pour les banques un remarquable coup de filet après avoir acquis, au milieu des années 80, la majeure partie des activités de courtage en valeurs mobilières.

Depuis la dernière révision de la Loi des banques en 1992, le secteur bancaire s'intéresse maintenant de près aux assurances. Il n'y a eu à ce jour que de petites transactions : à titre d'exemples, la Banque Royale a acquis la compagnie d'assurance Voyageur, la CIBC a acheté La Personnelle et la Banque Nationale, Canassurance-vie. Pour le moment, à l'exception de C.I.B.C., elles semblent généralement vouloir davantage s'intéresser à la distribution de produits bien ciblés, complémentaires à leurs produits financiers, et ceci en collaboration avec des assureurs. Ceci leur permet de se familiariser graduellement avec la culture des assurances, qui est totalement différente de la leur. Bien entendu, j'exclus ici le Mouvement Desjardins qui œuvre, avec un succès remarquable, dans l'assurance depuis 50 ans.

553

Si le législateur a décloisonné le secteur financier, il n'a pas allégé les mécanismes de surveillance. Bien au contraire. Les autorités de contrôle ont posé des exigences accrues, contribuant, par le fait même, au regroupement des entreprises. De nombreux assureurs étrangers, par exemple, se sont retirés du marché canadien. Certes, ils procédaient eux-mêmes à leur rationalisation, mais il faut bien constater que la lourdeur de la réglementation canadienne augmente les coûts d'opération et rend le marché canadien moins attirant pour des étrangers qui n'ont pas l'intention d'avoir des opérations importantes au Canada. En plus de favoriser les regroupements de sociétés, la mise en place de plusieurs nouvelles exigences par le législateur, telle la certification des réserves en assurances I.A.R.D., a contribué à assainir bien des politiques du marché.

Les agences de crédit ont aussi joué leur rôle dans l'assainissement du marché en forçant des recapitalisations ou des fusions. La cotation du crédit n'est pas un phénomène nouveau en soi : Moody's a publié son premier guide en 1859 et Standard & Poors a été créé en 1941. La dette de nos gouvernements et les faillites de grandes corporations ont mis en valeur le rôle de ces agences. Si certains, comme A.M. Best, estiment que l'industrie de l'assurance canadienne est financièrement très saine, d'autres pensent que certaines sociétés

---

pourraient encore subir une décote. Cette fragilité relative de certains membres de notre industrie bénéficie au secteur bancaire.

554

La concentration des entreprises a également atteint le secteur de la réassurance où l'on a assisté à des transformations considérables depuis une dizaine d'années. Selon Standard & Poor's, 16 réassureurs professionnels américains et quelque 100 compagnies de réassurance pour le reste du monde ont disparu du marché depuis 1990. Alors que durant la décade 1983-1992, The Reinsurance Association of America rapportait les résultats de 129 réassureurs, le nombre chutait à 52 en 1994. Parmi les grandes fusions récentes, mentionnons l'acquisition par la General Re de Cologne Re et l'achat par Employers Re de la Frankona. Tout récemment, AXA a fait l'acquisition de Abeille Réassurances.

Les opérations de réassurance sont de plus en plus effectuées par des groupes financiers qui sont indépendants des compagnies d'assurance ; elles doivent donc avoir une plus forte capitalisation et, surtout, un taux de rentabilité suffisant pour attirer des capitaux et satisfaire les agences de cotation.

Dans ce monde qui est devenu un grand village, les institutions financières ont d'énormes besoins de capitaux. D'abord, pour supporter les opérations courantes ; ensuite, pour réaliser des acquisitions qui leur permettront d'atteindre une taille qui permette d'investir massivement dans le développement technologique et le développement de réseaux de distribution électronique, un impératif de gestion et de service à la clientèle qui conditionne aujourd'hui notre existence. Les banques, notamment, investissent des sommes très importantes à ce poste. Les assureurs, s'ils veulent rester concurrentiels, devront faire de même. Déjà, des produits différents, innovateurs, sont mis sur le marché. La technologie, qui modifie les réseaux de distribution, influence maintenant la conception d'un nombre accru de produits d'assurance dont l'éventail s'étend du plus simple au plus complexe.

---

Ceci m'amène à parler des changements qui touchent notre clientèle. Ils sont tout aussi importants.

En assurance de dommages et responsabilité, le contexte juridique américain a déstabilisé l'industrie de l'assurance et de la réassurance. Les réclamations de plusieurs milliards de dollars ne nous étonnent plus. De nouveaux risques, nés des entreprises de haute technologie, sont apparus ; d'autres sont devenus plus complexes : l'amiantose, les risques environnementaux, la responsabilité de produits et la responsabilité professionnelle.

À titre d'exemple, rappelons qu'en septembre 1994 un recours collectif intenté contre un fabricant américain de prothèses mammaires a mené à une entente de plus de 4 milliards de dollars américains. On estime par ailleurs à 61 milliards de dollars le montant des poursuites qui pèsent contre les cabinets d'experts-comptables à travers le monde. Au Québec seulement, les poursuites contre les cabinets s'élevaient, en 1994, à quelque 200 millions de dollars.

555

La réassurance est frappée de plein fouet par des sinistres individuels qui atteignent un niveau rarement égalé dans son histoire, mais aussi par le montant des dommages consécutifs aux catastrophes naturelles. À titre d'exemples : le cyclone Andrew du 23 août 1992 arrive en tête de liste pour le montant des dommages, soit plus de 15 milliards de dollars ; quant aux dommages causés par le tremblement de terre de Los Angeles en janvier 1994, ils sont évalués à près de 12 milliards de dollars, et ce n'est pas terminé.

En assurance-vie, plusieurs vagues de fond sont à modeler la société de demain. Elles se répercuteront sur notre industrie.

D'ici l'an 2031, le pourcentage de personnes âgées pourrait s'élever à 22% de la population, soit 7,5 millions de Canadiens et de Canadiennes comparativement à 12 % environ en 1994.

L'espérance de vie atteint aujourd'hui 80 ans pour les femmes et 73 ans pour les hommes. Le vieillissement de la population se reflète notamment dans la répartition des revenus des compagnies d'assurance de personnes. En 1970, 23 % des

---

revenus provenaient des rentes. En 1990, la proportion est de 64 %, un renversement complet de situation. La convergence entre produits d'assurance et produits financiers ne peut donc que s'amplifier.

556 En même temps, l'État doit comprimer ses dépenses. Ainsi, en santé, le budget au Québec doit être maintenu constant au cours des trois prochaines années. En clair, cela signifie réduire les dépenses et se désengager d'un certain nombre de services de santé : c'est le mot d'ordre. Le virage ambulatoire est amorcé. Des hôpitaux ont été fermés en Alberta ; des projets précis sont en cours en Ontario et, au Québec, le réseau de la santé est en réorganisation.

Le citoyen comptera donc de plus en plus sur le secteur privé pour compléter ses besoins d'assurance. S'il travaille dans une entreprise qui offre une assurance collective, il demandera à son employeur un élargissement de couverture. S'il est travailleur autonome, il demandera des produits concurrentiels et à bon prix. Pensons aussi à l'apparition de nouveaux produits en assurance santé pour les soins de longue durée, qui couvrent les mensualités dans un centre d'hébergement ou le coût des soins à domicile. Ces concepts sont nouveaux mais prometteurs.

Que nous réserve un futur rapproché ?

En bref, la concentration des entreprises s'accélère chez les assureurs et de nouveaux joueurs feront leur entrée. En Europe, selon une étude de la firme McKinsey, sur plus de 2 000 compagnies d'assurance recensées actuellement, seule la moitié devrait s'en sortir. Au Canada, tous les observateurs s'entendent sur une accentuation de la concentration dont j'ai déjà fait état.

L'élément le plus déterminant à court terme est l'arrivée des banques qui seront des joueurs majeurs dans notre industrie sur certains produits.

En décembre 1993, l'actif des banques au Canada totalise quelque 730 milliards de dollars ; en comparaison, l'actif des compagnies d'assurance-vie s'élève à environ 160 milliards et

---

celui des sociétés d'assurance de dommages, à quelque 30 milliards de dollars.

En Europe, les banques ont réussi des percées importantes en assurance-vie : 40 % des primes en France, dû en bonne partie à une fiscalité incitative, 20 % en Allemagne et 15 % aux Pays-Bas selon des chiffres de 1992. Par contre, en assurance de dommages, elles n'ont accaparé qu'une très faible part des ventes : en France et en Allemagne, celles-ci ne représentaient, en 1993, que 2 % et 5 % respectivement du marché ; les Pays-Bas font exception avec un taux de pénétration de 13 %.

557

Dans l'ensemble, les banques européennes affichent un taux de croissance en assurance-vie deux fois supérieur à celui que connaît le marché. Plus encore, elles affichent une structure de coûts en assurance-vie qui représente quelque 70 % de celle d'un assureur traditionnel. À noter que la vente d'assurance de dommages par l'entremise de succursales bancaires en Europe ne présente, actuellement, aucun avantage pour le consommateur quant au prix. Par contre, la technologie peut changer ce portrait. Pour le moment, cependant, on peut dire qu'il y a peu de synergie entre produits financiers et produits d'assurance de dommages.

La révision de la Loi des banques au Canada en 1997 est cruciale pour notre industrie et pour le développement des banques en assurance. La vente en succursale et l'utilisation de leurs banques de données pour fins d'assurance sont au centre des discussions.

Par ailleurs, d'autres réseaux de distribution se profilent aussi à l'horizon : les magasins de détail d'envergure internationale comme Wal-Mart, par exemple. Cette entreprise a connu une croissance annuelle de 27 % en moyenne au cours des dix dernières années ; son chiffre d'affaires atteint 67 milliards de dollars US. Avec plus de 2 300 magasins en Amérique du Nord, Wal-Mart rivalise avec n'importe quel réseau de succursales bancaires. En Grande-Bretagne, Marks & Spencer procure déjà à ses clients des prêts personnels, des fonds mutuels, des polices d'assurance-vie et même des régimes de

---

retraite. Il est clair que les entreprises qui disposent d'un réseau de distribution étendu vont vouloir en maximiser l'efficacité et la rentabilité.

Dans un tel environnement, quel est notre défi, à nous, intermédiaires de marché ?

558 Les changements que je viens de décrire vont nous toucher et avoir des conséquences majeures. Rappelons qu'au Québec, il y a quelque 21 600 intermédiaires de marché, soit 13 000 en assurance de personnes et 8 600 en assurance de dommages ; dans ce dernier cas, une augmentation de 8 % entre 1992 et 1994. Des chiffres qui reflètent par contre des réalités assez différentes depuis l'élargissement de la définition d'intermédiaire de marché.

Chez les courtiers, le nombre de détenteurs de permis est en augmentation bien que le nombre de cabinets soit en décroissance. Les chiffres nous indiquent qu'en 1986, il y avait au Québec 2 600 cabinets de courtage. Aujourd'hui, il y en a 1 800. Combien en restera-t-il à l'aube de l'an 2000 ?

En 1994, les vingt plus importants courtiers mondiaux ont vécu leur meilleure année en termes de revenus depuis 1990, une augmentation de 8,7 %. Elle est due principalement aux acquisitions et aux fusions pratiquées chez les grands bureaux qui s'achètent entre eux et acquièrent des firmes plus petites, spécialisées ou à vocation régionale. Nous n'avons pas échappé au Canada au mouvement général de consolidation chez les courtiers, et ce phénomène s'accélère.

L'intermédiaire deviendra-t-il agent ou représentant d'un assureur, d'une banque ou d'un grand magasin ? Que deviendra le courtier ?

Il faut, à mon avis, distinguer les clientèles et les types de risques ; d'abord les risques simples : il s'agit de produits d'assurance-vie simple comme l'assurance temporaire-5 ans ou 10 ans, d'assurance-accident ou d'assurance de dommages très simples. La clientèle est d'abord le particulier et les petits commerces.

---

Ces produits peuvent être vendus par marketing direct. Les banques et les assureurs directs utilisent leurs listes de clients qu'ils croisent au besoin afin d'offrir des produits ciblés, distribués en misant sur toutes les ressources des nouvelles technologies de l'information et en s'appuyant sur leurs représentants lorsque nécessaire. Il est possible qu'un risque sur deux de cette catégorie glisse vers le mode direct.

Les assureurs vont choisir des stratégies diverses de distribution, selon leur vocation. En assurance de dommage, un nombre accru d'assureurs décideront de devenir des assureurs directs sans courtiers. D'autres continueront de s'appuyer sur un réseau de courtiers en leur offrant un soutien technique, un soutien de marketing et même un appui financier. Les produits devront alors pouvoir concurrencer en termes de service et de prix ceux de l'assureur direct, ce qui comprend les banques. Pour ce faire, il faudra réduire les coûts nés de la duplication des tâches sous toutes ses formes entre le fabricant de produit et le distributeur. Ainsi, il sera possible de livrer un produit et un service de qualité au prix du direct tout en offrant au consommateur le conseil impartial de l'intermédiaire indépendant.

559

Dans un tel environnement, les entreprises d'intermédiation de demain seront celles qui auront créé des ensembles de professionnels et de grands réseaux de distribution extrêmement efficaces à tous points de vue et capables de distribuer, auprès de clientèles-cibles bien étudiées, des produits financiers variés.

Dans certains cas, la vocation du courtier pourrait évoluer pour prendre en charge non seulement l'aspect commercial de la transaction, mais aussi, dans un cadre prédéterminé et en s'appuyant sur une technologie de pointe, la souscription et le service après vente, incluant la gestion de la majeure partie des sinistres, l'assureur assumant alors pleinement son rôle spécialisé qu'est la fabrication du produit d'assurance. Il y aura des évolutions surprenantes au cours des prochaines années.

Pour sa part, le risque complexe continuera de se transiger par le courtier. Les enjeux dans ce domaine résident beaucoup

---

plus dans la façon d'exercer la profession que dans le mode de distribution. La nature même des risques demande des solutions mixtes de rétention et de transfert de risques, et son évaluation exige du courtier des compétences très précises qui font appel à des disciplines aussi variées que l'ingénierie, l'actuariat ou l'expertise financière. Il en est de même pour les produits-vie complexes et les planifications financières et fiscales qui demande une expertise pointue.

**560** La révolution technologique vient appuyer et stimuler les restructurations de notre industrie.

Rappelez-vous, il y a 15 ans, qui parlait d'ordinateur personnel ? Aujourd'hui, ce ne sont plus seulement les données mais aussi l'image et la voix qui sont transmis à travers le monde. Une augmentation de capacité qui s'accompagne d'une diminution radicale des coûts : entre 1987 et 1993, le coût réel de traitement et de transmission a chuté de 100 %, celui d'emmagasinage des données de 20 %. Non seulement la technologie diminue-t-elle les coûts, elle crée aussi de nouveaux réseaux de distribution.

L'introduction des systèmes vidéo, de la télévision et du service téléphonique interactif modifiera l'environnement de la distribution électronique dans les foyers de même que la qualité des services : le consommateur pourra obtenir de la documentation sur les différents produits d'assurance ou encore renouveler ses assurances via son appareil téléphonique, son téléviseur ou Internet. Nouveaux réseaux de distribution donc, et moins chers. Aux États-Unis, le service bancaire téléphonique interactif est 50 % moins coûteux que le même service offert aux consommateurs dans une succursale.

L'enjeu est fondamental. Distinguons bien le contenant du contenu. Le contenant, c'est l'infrastructure à plusieurs paliers (satellites, fibre optique, logiciels interactifs, services de courrier électronique, etc.) qui nous permet de transmettre et de recevoir l'information et d'effectuer une multiplicité de transactions. À côté d'Internet, que les observateurs se plaisent à appeler le « réseau des réseaux », se multiplient les inforoutes publiques et

privées. Comme intermédiaire, comme courtier, nous allons devoir circuler sur ces inforoutes si nous voulons rejoindre notre clientèle.

Le second volet m'apparaît plus crucial encore : le contenu. L'infrastructure est d'abord au service des producteurs d'information. Les entreprises gagnantes de la nouvelle économie du savoir, bâtie sur les technologies de l'information, seront celles qui produiront et maîtriseront l'information diffusée sur les réseaux d'échange. Nous, intermédiaires, détenons une information essentielle sur notre clientèle, ses besoins présents et futurs, l'analyse et la gestion des risques, la tarification, etc. Le contrôle de cette information me semble être la condition de notre survie et la clé des futurs partenariats dans lesquels nous nous engagerons.

561

En conclusion, nous sommes à nouveau à la croisée des chemins. À nouveau parce que ce n'est pas la première fois que le rôle d'intermédiaire de marché est remis en question. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à notre succès dans ce monde en mutation : mentionnons la vision de l'avenir et la solidité financière. Nous devons mettre l'accent sur l'augmentation de notre capacité de vendre et d'accroître la valeur ajoutée de nos produits et services. Pour réussir cela, nous devons miser sur notre personnel parce que les entreprises que je viens de décrire regroupent des professionnels, structurés en équipes multidisciplinaires, capables d'offrir une gamme très variée de produits et de services. La formation du personnel, en particulier aux nouvelles technologies, est un défi majeur. L'environnement technologique de demain ouvre des horizons que nous pouvons encore difficilement définir ; la révolution technologique ne fait que commencer. Chacun va trouver sa niche de spécialisation et s'y développer. La condition du succès repose sur notre capacité d'adaptation au changement, un changement dont le pas s'accélère. La clé de la réussite, j'en suis convaincu, repose toujours sur les personnes. Nous devons être conscients des enjeux, faire les choix appropriés et ne pas hésiter à les remettre régulièrement en question.



# La protection des consommateurs et l'assurance

par

Rémi Moreau

*The rise of consumerism as a powerful force is one of the major social developments in insurance in the last two decades, particularly since the 1974 insurance law reform and the 1994 new civil code. The author describes several legislative provisions and recent decisions regarding consumer protection and their possible impact on insurance principles. The thrust of the consumerist movement focuses on the discrepancy between insurance policies and their application, the distinction between insurance coverage and scope of coverage, the insured's reasonable expectation and many others court interpretations in favor of the insured.*

563



## Introduction

La notion de protection des consommateurs ne date pas de la réforme du nouveau Code civil, au début des années quatre-vingt dix. Bien au contraire, cette préoccupation suit de près l'évolution de la société, de l'époque médiévale à nos jours. On peut dire que c'est au Moyen Âge que commence à s'articuler véritablement le désir de protéger la partie contractante la plus vulnérable. On instaure alors des règles contre l'usure, la fraude et l'abus des marchands et on commence à réglementer, de façon plus ou moins stricte, les modes de vie commerciaux.

Que ce soit au civil ou au pénal, l'ordre public de la consommation veille intégralement à maintenir l'équilibre dans les rapports acheteurs/vendeurs, propriétaires/locataires, professionnels/profanes, assureurs/assurés. Sous l'impulsion de la réforme du Code civil, le nouveau droit de la consommation

est maintenant bien implanté bien que son parcours puisse parfois sembler chaotique. Le principe civiliste de la liberté contractuelle a été amputé depuis un quart de siècle par une multitude de textes épars protégeant les consommateurs. En conséquence, il s'en trouve totalement supplanté par un corpus globalement protecteur des consommateurs. Du reste, cette globalité n'est pas sans poser quelques problèmes, particulièrement dans le domaine des assurances où la jurisprudence fait preuve d'une grande sévérité à l'égard des assureurs.

564

Le contrat d'assurance doit rester soumis à cette notion capitale qu'est la bonne foi. D'une part, celle qui oblige l'assuré à ne pas dissimuler d'informations, car l'assureur s'engage en fonction des déclarations faites par l'assuré et d'autre part, celle qui oblige l'assureur, l'autre partie au contrat, à respecter ses engagements.

Le nouveau Code civil du Québec est né, tel que l'exprime le ministre de la Justice qui l'a parrainé, du désir de favoriser « un nouvel équilibre en matière contractuelle où, tout en respectant les principes d'autonomie de la volonté et de libéralisme dans les conventions, il prévoit des tempéraments importants visant à protéger la partie la plus vulnérable ». Quelles en sont les conséquences pour l'assurance ? La protection des consommateurs d'assurance est-elle outrancière ? Le problème est délicat puisqu'il touche l'équilibre entre la protection de l'assuré et l'importance d'une parfaite adéquation, fondée sur le contrat, entre les risques assumés par l'assureur et les indemnités versées.

### **La protection du consommateur : une réalité**

Au moment de la réforme du droit des assurances en 1974, la protection des consommateurs d'assurance fut l'objet d'une préoccupation majeure du législateur. Certains attribuent cette protection à l'hermétisme du contrat d'assurance. Mais on pourrait en dire autant de la plupart des contrats commerciaux, bancaires, fiduciaires ou hypothécaires. Il ne faut pas exagérer

---

l'importance du mystère et si le vocabulaire du contrat d'assurance rebute, c'est trop souvent une boutade qui témoigne qu'on n'a pas pris la peine de lire les polices d'aujourd'hui qui sont mieux articulées et définies qu'autrefois, ni même de lire les notes explicatives du courtier, généralement jointes aux documents de l'assureur.

Cependant, nous admettons que l'assurance est une activité empreinte d'une forte technicité et qui s'adresse souvent à une clientèle non avertie. Il importait donc aux légistes d'imposer certaines balises. En voici plusieurs preuves élaborées au fil de deux réformes consécutives : celle de 1976, qui modifiait la *Loi sur les assurances*, et celle de 1994, promulguant le Code civil du Québec :

565

1. la règle de l'interprétation des clauses qui joue contre le rédacteur du contrat-type, en cas de doute<sup>1</sup> et en faveur du consommateur (art. 1432 C.c.Q.) ;
2. les règles d'interprétation, applicables aux contrats d'adhésion, qui portent sur les clauses illisibles ou incompréhensibles (art. 1436 C.c.Q.) ou sur les clauses abusives (art. 1437 C.c.Q.) ;
3. les clauses légales auxquelles le contrat ne peut déroger lesquelles priment sur les dispositions du contrat : ce sont les dispositions d'ordre public (art. 2414 C.c.Q.) ; elles ont pour but de protéger l'assuré, car toutes clauses qui accordent moins de droits à l'assuré est nulle ;
4. le devoir de conseil des entreprises d'assurance, tant du côté du souscripteur que du côté de l'intermédiaire ; ce devoir, qui prend ses racines dans les lois professionnelles régissant les assureurs ou les intermédiaires de marché, est sanctionné rigoureusement par les tribunaux ;

---

<sup>1</sup>Le mot « doute » nous semble plus subjectif que le mot « ambiguïté », autrefois utilisé sous l'art. 2499 C.c. La nouvelle règle d'interprétation, telle que rédigée à l'art. 1432 C.c.Q. n'est plus exclusive à l'assurance et les assurés y sont manifestement considérés comme des consommateurs.

566

5. le contrôle des entreprises d'assurance par les organismes de l'État, dévolu à l'Inspecteur général des institutions financières en vertu de la *Loi sur les assurances* ;
6. la charge de la preuve : toute restriction, telle une exclusion, incombe à l'assureur : pour être opposable à l'assuré, une restriction doit être énoncée dans le contrat (art. 2403 C.c.Q.) ;
7. les clauses dans lesquelles l'assureur stipule qu'il est libéré de ses obligations en cas de violation de la loi par l'assuré sont réputées non écrites, sauf les actes criminels (art. 2402 C.c.Q.) ;
8. les modifications aux contrats apportées par avenants, qui constatent une réduction des engagements de l'assureur ou un accroissement des obligations des assurés, lesquelles sont sans effet, à moins que le titulaire du contrat ait consenti à telles modifications (art. 2405 C.c.Q.) ;
9. les déclarations de celui qui adhère à une assurance collective ne lui sont opposables que si l'assureur lui en a remis copie (art. 2406 C.c.Q.) ;
10. l'obligation imposée aux preneurs de déclarer les circonstances du risque à assurer est réputée exécutée lorsque les déclarations ont été faites comme celles qu'aurait faites un assuré normalement prévoyant (art. 2409 C.c.Q.) ;
11. sauf si elles sont frauduleuses, les fausses déclarations n'annulent pas le contrat, mais l'indemnité est réduite proportionnellement à la prime que l'assureur aurait dû recevoir (art. 2411 C.c.Q.) ;
12. l'assuré n'est pas tenu de déclarer les circonstances notoires que l'assureur est présumé connaître (art. 2408 C.c.Q.) ;
13. les manquements de l'assuré aux engagements formels de la police qui aggravent le risque n'annulent pas la police ; ils ne font que suspendre la garantie jusqu'à ce que l'assuré respecte à nouveau ses engagements (art. 2412 C.c.Q.) ;

14. la priorité de la proposition d'assurance sur le contrat, dès lors qu'une divergence est constatée entre les deux documents (art. 2400 C.c.Q.) : le but de cette disposition, telle que nous la comprenons, est d'obliger l'assureur à respecter ses engagements formels (tel ou tel formulaire mentionné dans la proposition, tel montant d'assurance convenu ; telle franchise convenue ; ou tout autre clause particulière requise dans la proposition).

On mesure combien la protection des consommateur est un élément désormais incontournable. La liste qui précède démontre le souci du législateur de rétablir un juste équilibre face à un produit juridique complexe.

La protection du consommateur ne vise pas seulement l'assuré. Elle bénéficie largement aux tierces parties, en l'occurrence les victimes, comme l'a justement démontré Me Réjean Lizotte<sup>2</sup>, en commentant diverses dispositions tirées du Code civil du Québec. Notre confrère ne manque pas d'observer que les victimes, qui ne paient aucune prime, sont souvent mieux protégées dans le contrat d'assurance que les assurés eux-mêmes.

### Quelques distorsions

Le champ de la liberté contractuelle n'étant pas encore suffisamment rétréci, il a fallu qu'une interprétation judiciaire élastique s'ajoute à la notion de divergence (article 14 qui précède). Pour s'en convaincre, prenons un exemple récent : *Québec inc. c. Commercial Union Assurance Company et al*<sup>3</sup>.

Jusqu'ici, on pouvait concevoir que les clauses contractuelles précises, claires, n'avaient pas besoin d'être interprétées : seules les clauses ambiguës, abusives, imprécises, incompréhensibles, hermétiques ou alambiquées étaient un terrain fertile que les juges n'hésitaient pas à réduire ou à annuler, à cause de l'infériorité économique et de l'isolement du

---

<sup>2</sup>Les obligations de défendre et d'indemniser - « Impact sur les tierces parties », conférence prononcée le 16 novembre 1995 dans le cadre des conférences Insight.

<sup>3</sup>(1994).

---

consommateur d'assurance, particulièrement dans les assurances personnelles.

Mais il dépasse notre entendement lorsque des clauses claires et précises sont annihilées parce que le consommateur, qui est une entreprise commerciale, ne s'attendait pas raisonnablement (la notion d'attente raisonnable) à les retrouver, celles-ci n'ayant pas été portées à son attention ou expliquées par le courtier au moment de la demande d'assurance.

568

La Cour du Québec, présidée par le juge Lachapelle, dans l'affaire précitée, fut appelée à interpréter une exclusion de la police portant sur le défaut de verrouiller un véhicule à clé. Le tribunal examina cette affaire sous l'angle de la proposition. Le représentant de l'assurée avait demandé au courtier une assurance qui couvrait tous les risques de cette entreprise. Comme l'assureur avait fait défaut de signaler dans la proposition la présence de ladite restriction, d'ailleurs bien connue et retrouvée dans toutes les polices, le savant juge n'hésita pas à conclure à une divergence entre la police et la proposition. Son raisonnement a pu trouver un appui solide et fortifiant dans une jurisprudence large et qui ne cesse d'enfler, notamment par l'affaire *Faubert* (Cour d'appel), l'affaire *Ribo Construction* (Cour d'appel) et l'affaire *Robitaille* (Cour suprême).

Rappelons brièvement le dénominateur commun de cette triade : la prédominance de la proposition sur la police lorsque cette proposition ne répète pas toutes les garanties, les exclusions, les conditions ou les dispositions du contrat. Voici les divergences constatées :

- dans l'arrêt *Faubert c. L'Industrielle, Compagnie d'assurance sur la Vie*<sup>4</sup>, la proposition ne contenait pas une restriction relative à la négligence de l'assuré, alors que la police stipulait que la double indemnité ne s'appliquait que si un accident ne résultait d'aucune négligence de l'assuré ;

---

<sup>4</sup>(1987) R.J.Q., 973.

- dans l'arrêt *Robitaille c. Madill*<sup>5</sup>, la proposition ne contenait pas un engagement de l'assuré de recourir à un service d'entretien pour un service d'extincteurs, alors que la police prévoyait que le système devait faire l'objet d'une vérification au moins deux fois par année ;
- dans l'arrêt *Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo inc.*<sup>6</sup>, une simple demande verbale d'avoir une couverture complète tenait lieu de proposition. Comme la couverture n'était pas complète (la police contenait une exclusion relative à la malfaçon), le tribunal n'a pas hésité d'y voir une divergence avec la demande.

569

Dans l'affaire *Québec inc.*, le juge Lachapelle, sans égard au contrat d'assurance, constata que la proposition, en l'espèce, n'était pas suffisamment éclairante : l'assureur aurait dû y ajouter toutes les clauses dites restrictives de la police. Le magistrat blâma sévèrement l'assureur et le courtier pour ne pas avoir signalé à l'assuré que la police restreignait considérablement le besoin de sécurité de l'entreprise. Enfin, il ne manqua pas de façonner, de toute pièce, une règle d'interprétation : l'exclusion réduit nettement la couverture d'assurance de l'assuré qui, raisonnablement, ne s'y attendait pas, de sorte que la demande de l'assurée d'une couverture complète, au moment de proposition, a été bafouée.

Le jugement précité s'appuie, au plan légal, sur l'ancien article 2478 C.c. À notre avis, ce jugement demeure faible pour deux raisons :

- Premièrement, on ne peut, sans dénaturer les deux documents, mettre sur le même plan une police et une proposition. Ce sont deux documents distincts. L'objet de la proposition n'est pas de reprendre les dispositions de la police. Si tel était le cas, la proposition devrait reprendre intégralement le mot à mot du contrat, ce qui serait

---

<sup>5</sup>(1990) 1. R.C.S. 985.

<sup>6</sup>(1992) R.R.A. 959. Commenté dans *Assurances*, Juillet 1993, p. 325.

prématuré au moment d'une demande d'assurance, et surtout parce que la proposition écrite n'est pas obligatoire.

- Deuxièmement, l'attente raisonnable est une doctrine qui ne trouve aucun fondement dans notre droit. Même le nouveau Code, pourtant d'esprit consumériste, ne retient pas cette théorie, sauf en matière de clause abusive. Il nous semble inopportun, pour ne pas dire excessif, de qualifier d'abusives toute exclusion imprimée, d'autant que le formulaire d'assurance automobile, tel qu'utilisé par les parties en cause, est rédigé et approuvé par le surintendant des assurances, sans droit de modification de la part de l'assureur. Qu'il nous suffise de citer l'article de loi pour comprendre sa portée, limitée aux situations réellement abusives :

Art. 1437. La clause abusive d'un contrat de consommation ou d'adhésion est nulle ou l'obligation qui en découle, réductible.

Est abusive toute clause qui désavantage le consommateur ou l'adhérent d'une manière excessive ou déraisonnable, allant ainsi à l'encontre de ce qu'exige la bonne foi ; est abusive, notamment, la clause si éloignée des obligations essentielles qui découlent des règles gouvernant habituellement le contrat qu'elle dénature celui-ci.

Pour en revenir à la notion de divergence, l'article 2400 C.c.Q., du nouveau Code civil, ne résout pas entièrement le problème. Il se lit comme suit :

En cas de divergence entre la police et la proposition, cette dernière fait foi du contrat, à moins que l'assureur n'ait, dans un document séparé, indiqué par écrit au preneur les éléments sur lesquels il y a divergence.

Si le législateur estime que l'information précontractuelle est une pièce maîtresse et prédominante pour l'économie de notre droit et pour l'application d'un contrat d'assurance, nous croyons qu'il devrait le mentionner clairement, non pas en empruntant le canal de la divergence entre la police et la

---

proposition, mais en imposant, à l'instar de la nouvelle législation française, que l'assureur fournisse une fiche d'information et un exemplaire du projet de contrat.

Cette disposition de divergence, que le législateur n'a pas jugé bon d'affiner, est encore chaude. Elle extirpe au contrat d'assurance (ou à ce qui lui en reste) une partie de sa substance. Le comble est qu'on la marie à une théorie plutôt nébuleuse dans notre droit : l'attente raisonnable de l'assuré. Nous prévoyons que l'article 2400 C.c.Q. fera encore longtemps les délices des plaideurs, tout autant que l'ancien article 2478 C.c., pour plusieurs motifs :

- il ne définit pas ce que l'on doit entendre par « divergence » ;
- il ne traite pas des situations fort nombreuses où une simple demande verbale d'assurance est faite à l'assureur ;
- il ne prévoit pas le cas des polices, spécialisées ou non, négociées d'égal à égal entre des groupes importants d'assurés, de consultants et de représentants des assureurs ;
- il n'offre pas la souplesse nécessaire aux parties dans les transactions d'assurance.

Notre recherche des droits du consommateur nous amène à refuser toute assimilation entre la police et la proposition. Pour se convaincre qu'une proposition n'est pas une police, il ne suffit que de la lire. Les deux documents n'ont ni la même finalité, ni la même rédaction. Dans une proposition, on peut lire diverses questions, toutes numérotées, auxquelles le proposant doit répondre. Certaines portent sur le proposant lui-même, d'autres sur les objets de l'assurance ou encore sur les montants d'assurance demandés ou sur certaines garanties spécifiques requises.

Si le proposant, à qui il revient de compléter le formulaire, y inscrit une condition ou une mention particulière et si l'assureur l'accepte, aucune police ne saurait brimer ce droit. Il va sans dire que les garanties requises sont subordonnées au

contrat lui-même. Ils sont encore nombreux les magistrats qui affirment qu'il suffit qu'une proposition soit muette sur un point pour y voir une contradiction avec la police et pour refuser à l'assureur les droits que celle-ci lui confère.

572

Dans l'analyse du courant jurisprudentiel actuel sur la notion de divergence, il nous semble que les tribunaux ont négligé de s'interroger suffisamment sur le rôle du courtier, tant au moment de la demande d'assurance (bien connaître les besoins ou les intentions de son client) qu'au moment de l'émission de la police (bien renseigner son client sur la portée des restrictions contractuelles par rapport à la demande d'assurance). Là encore, la responsabilité du courtier n'est pas automatique. À titre de mandataire de l'assuré, la responsabilité du courtier repose sur une obligation de moyens et non de résultats. Nous croyons que son devoir de conseil est d'expliquer à l'assuré les principales garanties et restrictions, notamment, celles qui sont inhabituelles ou celles présentant des difficultés comme la règle proportionnelle, le bris de machines et les pertes d'exploitation. Ce dernier peut légitimement omettre d'attirer l'attention de ses clients sur toutes les restrictions qui sont imprimées dans les polices, lesquelles sont renouvelées d'année en année et présumées lues ou connues du responsable d'assurance qui oeuvre au sein de l'entreprise assurée. En outre, il n'est pas rare que les courtiers ou autres consultants suggèrent à leurs clients des formulaires plus restrictifs dans le but évident de réduire leurs primes. Enfin, l'assuré lui-même peut désirer assumer certains risques, en souscrivant des garanties réduites.

L'assurance doit s'appuyer sur des fondements contractuels bien définis, notamment la corrélation entre les garanties, les exclusions et la prime demandée. Le consommateur-client sait très bien que la problématique prime/qualité existe dans la société « assurancielle » tout autant qu'ailleurs.

Sans vouloir dénier le droit de l'assuré à l'information et sa légitime protection, nous croyons que d'imposer à l'assureur, par une série d'interprétations et de circonvolutions, des obligations auxquelles il n'a pas consenti dans la police, sape les fondements

mêmes de l'assurance et pénalise la mutualité que constitue l'ensemble des assurés.

### Applications de type consumériste

- a) **La description du risque assuré ou des activités de l'assuré, telle que décrite aux « Conditions particulières de la police », est assimilée à une garantie d'assurance**

La jurisprudence québécoise compte de plus en plus de jugements qu'on pourrait qualifier de « consumériste ». À titre d'exemple, cette interprétation qui décide de l'application de la police par référence à la description du risque assuré ou des activités de l'assuré, que l'on retrouve aux Conditions particulières de la police<sup>7</sup>, plutôt qu'en fonction d'une disposition contractuelle, telle qu'une garantie, une exclusion, une définition ou une condition. Contrairement à la jurisprudence citée dans la note infrapaginale, cette description est mentionnée dans la police uniquement à titre indicatif et principalement à des fins de souscription et de tarification. Elle ne peut, selon nous, être assimilée à une garantie d'assurance<sup>8</sup>.

573

- b) **L'attente raisonnable de l'assuré prime sur la garantie**

Il incombe à l'assuré de prouver que les dommages subis sont couverts par une clause de sa police d'assurance. Ainsi, dans une récente décision relative à l'effondrement d'une cheminée sur le toit d'une maison, le demandeur devait établir hors de tout doute que les dommages avaient été causés par une tempête de vent<sup>9</sup>. Il s'avéra impossible d'en faire la preuve.

Le tribunal donna néanmoins raison à l'assuré qui prétendait qu'il ne pouvait comprendre les dispositions de la police et qu'il croyait sincèrement être couvert pour ce genre de

<sup>7</sup>Voir à cet égard *Roger Pellerin c. Pièces d'auto Brousseau Ltée et Pièces d'auto Brousseau Ltée c. Scottish & York Co. Ltd.*, (1994) R.R.A., 847 à 851; *Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo inc.*, (1992) R.R.A. 959.

<sup>8</sup>Rémi Moreau, « L'assurance de responsabilité civile, cette incomprise », *Assurances*, Juillet 1995.

<sup>9</sup>*Salerio c. Wellington Insurance Co.*, L.P.J. 94-4680 (Q.).

risque. Le procureur n'a pas manqué de mettre en exergue la panoplie des nouvelles règles d'interprétation du Code civil du Québec en citant, entre autres :

- l'art. 1432 C.c.Q., concernant l'interprétation du contrat en faveur de l'assuré, en cas de doute ;
- l'art. 1436 C.c.Q., concernant les clauses illisibles ou incompréhensibles ;
- l'art. 1437 C.c.Q., concernant les clauses abusives.

574

Le tribunal ne précise pas la nature de l'ambiguïté alléguée par l'assuré et les arguments qui étaient sa démonstration ne permettent pas de comprendre les motifs de sa décision.

Il semble qu'il suffise au tribunal d'éprouver de la sympathie envers l'assuré, « qui était confiant d'être couvert par sa police » pour conclure « qu'il était difficile pour l'assuré, qui est une personne raisonnable, de comprendre les termes de sa police ». L'assureur est donc obligé d'indemniser l'assuré, même si celui-ci n'a pas fait la preuve irréfutable de l'origine des dommages assurés.

**c) L'engagement formel doit être rédigé clairement, sous peine de nullité**

Cité en garantie, l'assureur refusait de prendre fait et cause pour son assuré à la suite d'un incendie. Il invoquait que le demandeur n'avait pas respecté un engagement formel du fait qu'il avait utilisé du matériel non approuvé par l'Association Canadienne de Normalisation.

L'engagement formel, tel que décrit dans l'avenant numéro 30, concernait des travaux de dégel de tuyaux. Il prévoyait que « sous peine de nullité du contrat, l'assuré s'engage formellement à ce que en tout temps où des travaux de dégel de tuyaux sont effectués par lui ou pour lui, un équipement approuvé à cette fin par ACNOR soit utilisé en tenant compte des spécifications et du mode d'emploi du manufacturier ».

Dans cette cause<sup>10</sup>, le tribunal conclut à la nullité d'un avenant portant sur un engagement formel parce que l'avenant en question était rédigé en des termes trop généraux qui ne permettaient pas à l'assuré de comprendre la portée de cet engagement. Le tribunal constate qu'il est difficile pour un plombier de bien cerner l'étendue de ses obligations. Le tribunal ne manque pas de souligner que l'assureur n'a pas renseigné adéquatement son assuré sur le sens de l'avenant, lequel n'était pas clair.

**d) L'exclusion des actes volontaires est réduite en pièce**

575

Nous avons récemment attiré l'attention sur une cause citée dans la jurisprudence et qui nous semble pour le moins surprenante<sup>11</sup>. Il s'agit d'une compagnie d'assurance qui niait toute application de la garantie en cas de décès, en soutenant que le décès en cause était lié à une faute intentionnelle, donc non accidentelle. La compagnie alléguait en outre que le décès en question était survenu à la suite d'une participation à un acte criminel, ce qui lui permettait d'invoquer une autre exclusion de la police<sup>12</sup>. Le fils du demandeur était mort au volant de son automobile après avoir heurté un autre véhicule, alors qu'il circulait à grande vitesse sur une route de campagne. Le jeune homme tentait de dépasser un compagnon de travail qui, pour l'en empêcher, avait accéléré à un endroit où la déclivité de la route ne permettait pas de voir les véhicules venant en sens inverse.

Malgré le comportement plutôt téméraire du fils qui, alors âgé de 18 ans, aurait dû prévoir le danger, le juge a écarté l'exclusion de la faute intentionnelle. Au dire du tribunal, le jeune homme n'avait pas l'intention de risquer de perdre sa vie et il ne voulait pas mourir ; la conséquence prévisible de son

---

<sup>10</sup>L'Équitable, *Compagnie d'assurances générales c. L'Indemnité, Compagnie canadienne*, L.P.J.-95-5108 (No 500-05-017663-913).

<sup>11</sup>Chronique juridique, « La faute intentionnelle est-elle toujours exclue ? », *Assurances*, Juillet 1995.

<sup>12</sup>*Richard Lapointe c. La Personnelle-Vie, Corporation d'assurance*, (1994) R.R.A. 1052 à 1055.

dépassement n'étant pas la mort, celle-ci fut considérée accidentelle.

**e) L'ivresse au volant**

576 En vertu du même raisonnement que dans l'affaire qui précède, un automobiliste ivre qui endommage son véhicule automobile peut donc réclamer une indemnité de sa compagnie d'assurance automobile. Dans une décision rendue dans *Frappier c. Bélair, Compagnie d'assurances*<sup>13</sup>, le tribunal conclut que l'exclusion inscrite à la police et portant sur l'inaptitude de l'assuré à conduire sa voiture, ne s'interprète pas en regard de l'ivresse proprement dite. Il faudrait donc ajouter une exclusion spéciale à la police et portant sur l'ivresse, pour que l'assureur soit en mesure de refuser une indemnité à ce titre.

Faudrait-il rédiger, à l'instar des anciens contrats d'assurance, un exclusion spéciale portant sur l'ivresse pour que l'assureur puisse contester efficacement une action sous ce titre ? Il semble que la jurisprudence actuelle soit partagée, puisque la décision récente rendue dans *Duplessis c. Assurances Générales des Caisses Desjardins Inc.*<sup>14</sup> a rejeté, au nom de l'ordre public, l'action d'un assuré en état d'ivresse contre son assureur pour les dommages causés à son véhicule alors que l'alcoolémie dans son sang dépassait 225 milligrammes.

**f) La déclaration du risque se limite aux réponses données aux questions posées par l'assureur**

Dans la cause *Charles Gagnon c. M.J. Oppenheim*<sup>15</sup>, portant sur le refus de l'assureur de payer une réclamation à la suite du vol d'une motoneige, la Cour du Québec s'est prononcée sur les conséquences, pour l'assuré, d'avoir omis d'aviser l'assureur que son permis de conduire était suspendu au moment de la déclaration du risque. Selon le tribunal, la police de l'assuré ne pouvait être annulée pour le motif d'une fausse déclaration de

<sup>13</sup>L.P.J.-95-5206.

<sup>14</sup>Cour supérieure, No 500-05-006843-930, rendue le 1<sup>er</sup> novembre 1995.

<sup>15</sup>(1994), R.R.A. 1073 à 1077.

sa part, puisque la proposition ne posait aucune question en ce sens :

La prépondérance de la preuve est à l'effet qu'aucune question n'a été posée au demandeur lors de l'émission ou du renouvellement du contrat d'assurance de ses divers véhicules. Il ne peut donc avoir fait une fausse déclaration.

D'une part, ce jugement fait, à notre avis, une lecture erronée de l'ancien article 2485 C.c. qui oblige le preneur à déclarer de son propre chef toutes les circonstances qui, à sa connaissance, seraient de nature à influencer, dans l'appréciation et l'acceptation du risque, le jugement d'un assureur raisonnable.

577

D'autre part, le jugement sous-estime le principe de la plus haute bonne foi en assurance en vertu duquel l'assuré devrait déclarer spontanément à l'assureur les éléments du risque à assurer, qu'ils aient ou non fait l'objet d'un questionnaire. La déclaration des risques ne peut être limitée aux réponses données aux questions posées par l'assureur. Le professeur Lluelles explique bien l'obligation du preneur, laquelle fait partie de la tradition juridique tant française qu'anglaise<sup>16</sup>:

En l'absence même de toute question ou de tout questionnaire, le preneur a l'obligation positive de déclarer proprio motu un événement ou une donnée pertinent au risque : c'est le principe de la déclaration spontanée, fondée sur la notion de la plus haute bonne foi.

Assouplir cette règle conduirait à la longue à engranger dans la maison de l'assureur des risques anormalement plus élevés que la moyenne, aboutissant à une « spirale infernale », selon Laurent Homont<sup>17</sup>, et qu'il faut éviter à tout prix.

---

<sup>16</sup>Didier Lluelles, *Précis des assurances terrestres*, Les Éditions Thémis, p. 188; « La portée du questionnaire sur le principe de la déclaration spontanée, à la lumière du droit comparé des assurances terrestres », (1988) 67 *R. du B. can* 258, 264.

<sup>17</sup>Voir l'article « Secret médical et assurances de personnes », publié dans ce numéro.

---

## Conclusion

578 L'assurance repose principalement sur les éléments suivants : la transmission des informations préalables par le preneur, le maintien de la plus haute bonne foi tout au long de la relation contractuelle et l'adéquation entre les normes fondamentales. S'y ajoutent ensuite la volonté claire des deux parties qui s'engagent dans l'opération et le contrat qui imprime de façon satisfaisante le sens de cet engagement. Cependant, malgré la bonne volonté des parties, force nous est de conclure que le dialogue entre les assureurs et les assurés ne s'établit pas toujours dans l'harmonie désirée.

Ce sont les règles consuméristes de l'assurance qui légifèrent les pratiques de commercialisation et qui veillent à l'exactitude de l'information quant au contenu des contrats et à la rédaction des clauses. Elles visent également à assurer qu'il y ait concordance entre les besoins manifestés et les garanties exprimées.

C'est à compter de la législation de 1974 que cette nouvelle tendance du consumérisme en assurance commence à se manifester et qu'on note la présence de plus en plus active du pouvoir judiciaire. Cette transposition n'est pas sans engendrer la mouvance et l'incertitude. Elle crée des distorsions et dénature les relations contractuelles assureurs/assurés. Il faut garder à l'esprit que le souci de rétablir l'équilibre en faveur de la protection de l'assuré, démuni et impuissant face à l'assureur qui contrôle les opérations dans le contrat, demeure la pièce maîtresse de l'évolution de la jurisprudence. Cette préoccupation est particulièrement marquée dans les assurances dites personnelles où il faut protéger l'individu contre les grandes entreprises qui sont souvent instruites dans ce domaine par des employés efficaces ou des conseillers habiles.

Trop souvent, la jurisprudence fait état d'assurés qui abusent du pouvoir que leur procure le doute raisonnable en leur faveur et qui tentent de tromper l'assureur par de fausses déclarations ou par des explications erronées. La relation de confiance mutuelle s'avère primordiale en matière d'assurance et

---

touche l'ensemble des consommateurs. L'assurance relève d'un échange mutuel où chaque partie contribue en proportion des risques encourus et reçoit en fonction des garanties souscrites. L'assureur gère les fonds qu'il reçoit et il doit être en mesure d'assumer ses obligations en tout temps. Le droit consumériste, tel qu'affirmé par la législation et peaufiné par la jurisprudence, est né d'un besoin d'équilibre. Il ne doit surtout pas annihiler la loyauté de l'assuré envers l'assureur, depuis l'étape de la souscription jusqu'à celle de la présentation d'une réclamation.



## Arbitration in reinsurance

by

Mohez Remtulla\*

*Monsieur Remtulla, un consultant indépendant dans le domaine des opérations financières, nous livre le fruit de ses réflexions sur la résolution des conflits en réassurance par voie d'arbitrage. L'auteur analyse et commente la disposition standard portant sur l'arbitrage. Il trouve intéressante l'idée d'amender la clause en y ajoutant la résolution des conflits par voie de médiation. Les engagements réciproques entre les parties étant à la base même des conventions de réassurance, l'auteur conclut sur la nécessité de régler les différends à l'amiable, par arbitre interposé, plutôt que par voie judiciaire, et sur l'importance de bien connaître les règles arbitrales.*

581



The expression that a reinsurance agreement involves “utmost good faith” is not a hollow term, but serves as the cornerstone upon which decisions are made. It signifies that the people involved are conscious of their moral obligations and are individuals of integrity.

Most commercial businesses have tried to resolve disputes through the concept of *Alternate Dispute Resolution* — which refers to ways of resolving disputes outside the traditional methods of using court ordered judgments. There are a number of such methods available but the two most commonly used forms today in North America are *mediation* and *arbitration*.

It is important to understand the differences between arbitration and mediation. In an arbitration, the disputing parties

---

\* Mr. Remtulla is an associate with Fatimide Associates Inc, financial and systems specialists.

---

appear before a neutral third party (the arbitrator) who, upon hearing evidence under strict rules, makes a legally binding decision in favour of one side or the other. In virtually every circumstance, there will be a winner and a loser — no different from the traditional litigation format.

In mediation, the parties meet with a neutral third party (the mediator) who has absolutely no decision power at all. The goal of a mediator is to help the disputing parties reach a decision that they find acceptable. In this type of process, there are no losers at all!

582

The traditional method of resolving some insurance disputes and the vast majority of reinsurance disputes is by way of arbitration. Most reinsurance contracts contain an arbitration provision that refers disputes arising out of the contractual obligations to an arbitration panel instead of a court of law. The decision to arbitrate or litigate a dispute under a reinsurance contract must be based upon a consideration of the circumstances and issues applicable to each case, such as whether the designated locale for the proceeding is suitable, whether a court or a panel of arbitrators may be more inclined to accept one's claims or defence, whether the presence or absence of companies or witnesses who are not bound to arbitrate the dispute will advance or hinder each party's case and whether compulsory discovery of testimony and evidence from parties or witnesses is desired.

A standard arbitration clause reads as follows:

1. If any dispute shall arise between the Company and the Reinsurer in respect of the Agreement or the validity thereof, it shall be referred to Arbitration.
2. Arbitration shall be initiated by delivery of a written notice requesting Arbitration by one party to the other.
3. Each party shall then appoint an Arbitrator and the two so named shall, in writing, before they enter upon Arbitration, appoint an Umpire who has at their request agreed to act.

4. The Arbitrators and the Umpire shall be disinterested, active or retired executive officers of insurance or reinsurance companies.
5. In the event of one party failing to appoint an Arbitrator within 30 days of the other party requesting it to do so, or, in the event of the Arbitrators failing to appoint an Umpire within 30 days of their own appointment, the President of the Insurance Bureau of Canada or if this person is unwilling or unable then the Superintendent of Insurance for the Province where the head office of the Cedent is located, shall make the necessary appointment.
6. Each party shall, within 30 days of the appointment of the Umpire, submit its case in writing to its Arbitrator.
7. If an Arbitrator or Umpire, subsequent to the person's appointment, is unwilling to act, a new Arbitrator or Umpire shall be appointed to replace this person by the procedure established in this clause.
8. The Arbitration shall be held in a location agreed upon by the two Arbitrators and the Umpire.
9. The two Arbitrators shall consider from the written cases submitted to them what disputes exist between the parties and should they fail to agree on any point(s) they shall inform the Umpire of the point(s) on which they have agreed and shall consider with this person the point(s) still unresolved and shall generally make available to the Umpire all information in their possession relating to the Arbitration.
10. The Arbitrators and the Umpire shall make their award with regard to current insurance and reinsurance market practice rather than in accordance with a literal interpretation of the language of this Agreement. They shall interpret this Agreement as an honourable engagement rather than only as a legal obligation and may abstain from judicial formalities and from strictly following the rules of law.

- 
11. The Arbitrators, if they agree on all items in dispute or, otherwise the majority of the Umpire and one of the two Arbitrators shall make their award in writing within 60 days of the appointment of the Umpire, failing which, new Arbitrators and a new Umpire shall be appointed by the procedure established in this clause.
  12. The award agreed upon by the two Arbitrators or by the majority of the Umpire and one of the two Arbitrators shall be final and binding on both parties. The award shall direct by whom the cost of the Arbitration shall be paid.

584

By analyzing the standard clause, such as the one provided above, some clarification is necessary.

1. The arbitration agreement refers to all legal disputes arising out of a reinsurance contract addressed to an arbitration panel. It is designed to allow the arbitrators to judge both the facts of the issues and the legal consequences to be drawn therefrom. The right to arbitrate can be waived by conduct of the party that is inconsistent with a decision to proceed with arbitration.
2. The arbitration process provides for three individuals. The qualification for arbitrators and umpires often become the subject of dispute between the parties. Usually, each party appoints one person of its own choice, and the two arbitrators are then required to agree to an umpire. Should they fail to reach an agreement within a stipulated period, the umpire is appointed by a neutral authority. Commonly the tribunal comprises insurance or reinsurance practitioners. Such a provision stems from a belief that "market personnel" are more likely to reach an informed, commercially aware decision. In addition, having market practitioners as arbitrators reduces the need for, and therefore the cost of, expert witnesses.
3. Arbitration proceedings are relatively liberal and unrestricted. To initiate arbitration, either party to an agreement is only required to send a registered notice to the

---

other party. Litigation is an expensive exercise, especially for the loser who must not only pay his own costs, but also the majority of the winning party's costs. While there is often little difference in cost between litigation and arbitration, a perceived advantage of arbitration is greater flexibility.

4. Arbitration is governed by the jurisdictional law. Here in Canada, arbitration has been an integral part of the legal system for many years. Every province and territory has an Arbitration Act, and one has also been adopted by the Parliament of Canada for federal purposes.

585

The principles of law that apply to reinsurance are identical in most instances to those found in the law of insurance. When the Courts are called upon to construe reinsurance contracts, they utilize the same principle used in construing other contracts. Even though the Courts are desirous of giving effect to the intention of the parties, they will not add a new condition into a reinsurance agreement because of custom and usage. As a matter of custom and practice in the industry, parties generally agree on an exchange of documents and records and may even permit depositions of witnesses employed by them or under their control.

It is often said that one of the main advantages of this process is that it is quicker. The parties can agree the procedure to be adopted by the tribunal, and even where the procedure chosen is similar to that of commercial litigation, the parties may follow their own timetable rather than that imposed by the courts.

It has recently been recommended to add a preamble to the standard arbitration clause which would read as follows:

"If a dispute between the Company and the Reinsurer concerning the interpretation, performance or breach of this Agreement, including its formation or validity, and whether arising before or after termination, cannot be settled by

---

negotiation, both parties agree to try to settle it by non-binding mediation before resorting to arbitration.”

This recommended wording introduces the mediation concept which is now being used more and more by corporate Canada and to some extent by the insurance industry.

There are a number of issues that remain unresolved with regard to arbitration and more thought needs to be given than has traditionally been the case in some areas as outlined below:

586

Generally, it is difficult for parties to a reinsurance agreement with an arbitration clause to avoid arbitration, unless one party can show that there was fraud in the inducement of the clause itself. The availability of arbitration when one of the parties is in liquidation is unclear. The right to arbitrate may be nullified by the intervention of insolvency proceedings. A reinsurer may be unable to enforce an arbitration clause against its ceding company's liquidator based on an overriding public policy vesting the liquidation court with exclusive jurisdiction over all matters affecting the insolvent company. As a general rule, a liquidator of an insolvent company is not required to submit to arbitration under an arbitration clause in a reinsurance contract. To enable the liquidator to effectively and efficiently marshal the assets of the insolvent company in the forum specified by the liquidation statute, many courts have ruled that the liquidator is not bound by the arbitration clauses and that he can compel reinsurers to litigate their claims in the court presiding over the liquidation. A reinsurer or an insurer confronted by the insolvency of a cedent or a reinsurer should therefore seek legal advice on whether any dispute with the liquidator can be arbitrated or may only be heard by the liquidation court.

Often the parties to an arbitration want an arbitrator experienced in the area in which the dispute has arisen. Unfortunately, neither the arbitration clause nor the Arbitrations Act give any direction on how an arbitration is to proceed after the arbitrator is appointed. By contrast with domestic arbitration, procedures for the conduct of international arbitrations held in

---

Ontario are set out in great detail in the International Commercial Arbitrations Act. In domestic arbitrations the parties are free to agree on any procedure which meets their needs subject to the minimal requirements of the Arbitrations Act of the jurisdiction. In practice the parties often use a modified adversarial process though the arbitrators have the power and authority to follow any lawful procedure which meets the needs of the parties and the minimum requirements of procedural fairness.

As a matter of custom and practice in the industry, parties generally agree on an exchange of documents and records and may even permit depositions of witnesses employed by them or under their control. When a discovery agreement is not reached, there may be a question about whether the arbitrators have the authority to compel discovery. There is simply no guarantee that discovery, informal or otherwise, will be available in arbitration, which is a substantial risk.

587

Reinsurance agreements are based upon the concept of an honourable undertaking between the parties. As a result, the dispute resolution mechanism in the reinsurance industry has traditionally been arbitration rather than litigation. Reinsurance is a business relationship and, therefore, disagreements can arise. Choosing to arbitrate a future or present dispute may be wise, particularly where a dispute may arise in the context of an ongoing business relationship. Arbitration may be the most effective means of resolving disputes involving a highly technical area of expertise or an issue surrounding a custom as is so common in the insurance industry.

Being aware of various factors involved in the process of arbitration will at least enable a party to a reinsurance contract to make an informed decision about the best way to proceed.



## Secret médical et assurance de personnes

### Médecine asservie à l'assurance ou médecine au service de l'assurance ?\*

par

Laurent Homont

*The very nature of personal questions asked by insurers requires that the answers be given special treatment to ensure the individual and his or her private life are respected. Reconciling the requirements of medical secrecy and the information insurers require to assess a risk is not easy and has given rise to a mutual distrust between physicians and insurers. For physicians, medical secrecy is essential and no departure must be permitted. Insurers who fear anti-selection see it is an obstacle to equitable risk assessment.*

589

*In his article, Laurent Homont asks a fundamental question: is medicine subservient to insurance or is it at the service of insurance? He suggests establishing an impenetrable barrier between the medical and administrative spheres that come under the insurer. The delicate balance between the protection of insureds and insurers rests on the protection of the individual. To date, no report recommends departure from medical secrecy in favour of insurance companies. While the article deals with the French experience, it strikes a sensitive chord here in Canada.*



Comment lever la défiance des médecins envers des assureurs qui auraient tendance à se transformer en apprentis sorciers, mais aussi celle du Conseil de l'Ordre envers les

---

\* Texte publié dans le journal *L'assurance française* No 711 — Juillet 1995.

---

confrères conseils auprès des compagnies d'assurances ? En révisant la notion française de secret médical, ce qui paraît aujourd'hui impossible.

Délicat problème que celui de la conciliation des exigences du secret médical et des informations nécessaires à l'assureur pour évaluer son risque.

590 La déclaration du risque est une obligation légale : l'assuré se doit de « *répondre exactement aux questions posées par l'assureur (...) sur les circonstances qui sont de nature à (lui) faire apprécier les risques qu'il prend en charge* » (art. L 113-2 C. assur.). L'établissement du contrat est par conséquent soumis à la notion juridique de bonne foi. Bonne foi de l'assuré qui s'engage à ne pas dissimuler d'informations susceptibles de changer l'objet du risque. Bonne foi de l'assureur qui s'engage en fonction des déclarations faites par l'assuré. Pour mieux évaluer les risques, les assureurs ont élaboré des questionnaires santé et un système de contrôle médical intervient en appui, l'assureur ayant besoin des informations ainsi recueillies. C'est à ce niveau que les choses se compliquent car la nature même des questions posées font que leurs réponses nécessitent un traitement particulier afin de préserver le respect de la personne, son intimité et sa vie privée. Parallèlement, la mutualisation des risques passe par une connaissance parfaite de l'ensemble des données relatives au secteur considéré pour éviter l'écueil de l'anti-sélection.

Préserver les intérêts des assurés et permettre à l'assureur d'accéder aux informations indispensables à l'évaluation de son risque est un exercice d'équilibre complexe et délicat que la médecine d'assurance devrait a priori pouvoir assumer. Cependant, il s'est installé un climat de méfiance, pour ne pas dire d'incompréhension réciproque entre les médecins et les assureurs ; méfiance que la notion de secret médical cultive avec application. Pour les uns, le secret médical protège un droit essentiel de l'individu et ne doit souffrir aucune dérogation. Pour les autres il n'est qu'un obstacle à la juste évaluation des risques.

---

Nous allons voir que les relations entre les uns et les autres sont fortement affectées par ces deux conceptions.

### **L'effraction de la vie privée : pour écarter l'anti-sélection**

En assurance de personnes, l'assureur aborde les rapports de souscription dans une optique asymétrique. Le seul détenteur de l'information étant le futur assuré, le rapport de force est inévitablement à l'avantage de ce dernier. C'est cette situation qui explique, pour une large part, la psychose de l'anti-sélection. Psychose qui se traduit par une très forte intervention des assureurs dans la collecte, l'exploitation et le stockage des informations, même si le langage médical, ésotérique par nature, dépasse très largement leur compétence. La crainte est constante de ne pas maîtriser l'ensemble du risque et probablement de s'en remettre à un organe extérieur dont la fiabilité reste incertaine.

591

### **La psychose de l'anti-sélection**

#### ***La « bête noire » des assureurs...***

On peut dire sans exagérer que l'antisélection est la « bête noire » de l'assureur. C'est le phénomène qui voit affluer vers l'assurance, ceux qui justement présentent les risques les plus lourds. Schématiquement, une personne de cinquante ans qui a des antécédents cardio-vasculaires va souscrire des produits décès-invalidité pour garantir son avenir et celui de sa famille en cas de récurrence. Alors qu'un jeune homme de trente ans en pleine santé ne souscrira rien du tout. Sans contrôle ni sélection médicale à l'entrée, les premiers seraient acceptés sans problème et sans surprime, sans que ces mauvais risques puissent être compensés par les bons. Au final, le portefeuille ne serait composé que de mauvais risques, sans mutualisation possible.

Le phénomène est pernicieux. Les tarifs sont définis en fonction de la fréquence et de la valeur moyenne des sinistres et des données objectives dont dispose l'assureur. Si les mauvais risques ne sont pas complètement déclarés, ou que l'assureur a mal évalué ses taux, les sinistres se multiplient et le rapport

592

sinistres à primes devient négatif. Afin de remédier à cette situation, les tarifs sont revus à la hausse. Conséquence, les cotisations, déjà élevées pour les personnes à faibles risques, deviennent tout à fait dissuasives et conduisent à renoncer au produit. Parallèlement, le portefeuille continue à engranger des risques anormalement plus élevés que la moyenne et sa qualité ne cesse de s'altérer. C'est une spirale infernale qu'il faut éviter à tout prix. La seule thérapie possible s'applique donc en amont. Avec des questionnaires destinés à collecter, traiter et stocker toutes les informations nécessaires, y compris lorsqu'elles ont un caractère confidentiel.

*... alimentée par le secret médical à la française*

En France, pour être médecin il faut non seulement être docteur en médecine, mais également être inscrit au Conseil de l'Ordre. Et « *le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». Ce secret « *couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession* » (art. 11 du Code de déontologie). Pour le Conseil de l'Ordre, il ne souffre aucune dérogation. En principe donc, le futur assuré et lui seul aurait la libre disposition des données médicales. Il devrait être en conséquence le seul à en informer le médecin de la compagnie. En effet, il n'y a pas de secret partagé entre le médecin traitant et le médecin conseil et aucune dérogation légale n'est prévue au profit des assureurs. Le seul moyen d'obtenir des informations en toute légalité est donc de s'adresser directement à l'intéressé.

**La thérapie des questionnaires de santé**

On ne sait si ces formulaires doivent être appelés « questionnaire de santé » ou « questionnaire médical ». En principe les informations contenues dans le second seraient frappées du sceau du secret médical, alors que le premier ne devrait contenir, au plus, que des données dites confidentielles. Mais cette nuance subtile est surtout une vue de l'esprit.

En tout état de cause, afin d'éviter les dérapages, il est apparu très vite nécessaire de fixer quelques orientations.

***Les orientations vers la pratique d'une bonne conduite : la convention du 3 septembre 1991***

Une convention sur l'assurabilité des personnes séropositives a été signée le 3 septembre 1991 entre les pouvoirs publics et les assureurs. Un code de bonne conduite sur les règles de confidentialité du traitement des informations médicales par l'assureur y est annexé. Ce code est de « portée générale » et ne concerne pas seulement les problèmes liés à la séropositivité. Il fait partie intégrante de la convention et doit à ce titre être respecté par les organisations signataires. S'agissant des problèmes liés plus particulièrement à la séropositivité, la convention prévoit que les assureurs ne fassent, dans les questionnaires de risques, aucune référence au caractère intime de la vie privée et notamment à la sexualité. Les seules questions qui peuvent être posées dans les questionnaires de risques sont les suivantes :

*« Avez-vous ou non subi un test de dépistage de la séropositivité ? Si oui indiquer le résultat du test et sa date. »*

*« Avez-vous eu une infection conséquence d'une immuno-déficience acquise ? »*

Les recours au test doivent rester exceptionnels et notamment recueillir l'accord préalable de l'assuré. Sur la collecte des informations, il est précisé que le questionnaire est remis en même temps que les documents de souscription. S'agissant de leur transmission, la convention précise qu'elle se fait sous forme confidentielle à l'établissement de crédit qui l'envoie à l'assureur.

***La pratique désorientée de la bonne conduite***

Les recommandations du Gap et la convention de 1991 précisent et tentent d'harmoniser une série de comportements. Les intentions sont louables, mais elles restent nettement

insuffisantes. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter aux questionnaires des compagnies, aux modes de transmission, de traitement et de stockage des informations.

Nous nous sommes procurés neuf questionnaires actuellement en circulation (2 Société générale/Fédération continentale ; 2 Crédit lyonnais/UAP et AGF ; 1 CCF/Mutuelles du Mans Assurances ; 2 CNP ; 1 BNP/UAP ; 1 Banques populaires/Fructivie.). À l'exception d'une seule compagnie (Fructivie), le même formulaire comporte à la fois les renseignements administratifs à l'usage du seul assureur et le questionnaire de santé simplifié.

594

Penchons-nous sur lesdites questions :

- en raison de votre état de santé, êtes-vous soumis à un traitement ou un contrôle médical régulier ?
- êtes-vous actuellement atteint ou avez-vous été atteint au cours des dix dernières années : d'une maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, de diabète d'une affection neuro-psychique, de dépression nerveuse ou d'une affection tumorale ?
- êtes-vous atteint d'une maladie grave ou chronique ?
- êtes-vous atteint d'une infirmité (congénitale ou acquise) ?

À chaque question l'assurable doit répondre par oui ou par non. En cas de réponse positive, il doit préciser selon les cas la pathologie, les causes, les motifs, les traitements suivis, etc. Il doit également se soumettre à un questionnaire complémentaire appelé « questionnaire médical » qu'il pourra trouver très facilement sur la page suivante ou au verso du formulaire. Enfin et dans le seul but de traiter plus rapidement le dossier, certains assureurs invitent très cordialement à transmettre « *tous documents médicaux relatifs à votre état de santé* ». Pour finir, l'assuré signe un document qui parfois comporte la mention suivante : « *je sais que le rapport qui est administratif sera à l'usage des services administratifs des compagnies* ». Dans la mesure où l'assurable est le seul détenteur des informations

médicales et puisque son banquier ou son agent d'assurances aura mis pour lui toutes les croix dans les cases correspondantes, cette formule prend toute sa signification. Un seul formulaire autorise expressément « *si vous le désirez à mettre ce document (questionnaire), après l'avoir rempli, dans une enveloppe avec la mention « confidentiel secret médical » à l'attention du médecin-conseil de la Direction Groupe* ». Un seul produit présente une « fiche santé » comportant en surimpression la mention « document confidentiel », devant être transmis sous enveloppe « confidentiel secret médical » à la seule attention du médecin conseil. Les renseignements administratifs sont portés sur un autre formulaire.

595

Que reste-t-il, dans ces pratiques, des recommandations du Gap et de la convention de bonne conduite?

### **Pratiquer l'assurance de personnes dans le respect de la personne**

C'est la devise de l'Association des médecins conseils en assurance de personnes (Amcap). Mais après enquête, il semble que la situation actuelle ne soit pas satisfaisante. Il faudrait voir évoluer cette volonté d'asservissement qui a conduit des assureurs à s'immiscer dans un domaine qui devrait en principe rester purement médical. Un asservissement qui permet le traitement et le stockage d'informations confidentielles dans des conditions qui n'offrent pas toutes les garanties de préservation de la confidentialité. L'assureur a besoin d'informations ? Soit. Mais la nature personnelle et intime de ces renseignements font que la médecine doit être à son service. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer le fonctionnement du système actuel, mais de le modifier en réanimant des textes et des bonnes intentions qui ont trop rapidement sombré dans un état comateux profond. Outre les solutions récentes proposées par l'Amcap, deux rapports avaient également alimenté le débat, celui de la commission Jolivet en 1990 et celui de la commission René en 1994.

Unique conclusion : un équilibre doit être trouvé afin que le médical reste de la seule compétence du médecin et que

l'administratif revienne au seul assureur. À l'heure où ces derniers s'intéressent de près aux progrès de la génétique, il devient essentiel qu'une prise de conscience collective survienne, même si un moratoire de 5 ans a été décidé sur ce point. Elle peut se faire, avec le Conseil de l'Ordre, autour du médecin conseil.

#### **Le médecin conseil : un praticien comme les autres**

596

Le Conseil de l'Ordre est particulièrement méfiant à l'égard des médecins d'assurances qui seraient moins vigilants que d'autres sur le respect du secret médical. À ce titre le rapport Jolivet précisait que le médecin mandaté par une compagnie ne peut fournir que des conclusions administratives et ne pas indiquer les raisons médicales qui les motivent. Ce rapport rappelait également l'assujettissement de ces personnels aux règles du Code de déontologie.

#### **Faire du médecin conseil le gardien de la confidentialité**

La confidentialité des données ne peut être garantie que par l'instauration d'une cloison étanche entre la sphère médicale et la sphère administrative.

#### **La protection de l'assurable et de l'assuré**

Il faut renforcer les circuits de confidentialité. Pour ce faire il est nécessaire de rendre destinataire naturel et obligatoire le seul médecin conseil. Les compagnies devront préalablement identifier ce médecin dans le questionnaire. Il utilise les éléments qui lui sont transmis, peut demander des explications ou des examens complémentaires. Il rédige ensuite un avis à l'attention de l'assureur en ne lui communiquant que les éléments administratifs strictement nécessaires à l'évaluation de son risque. L'avis peut être « barémisé » (évaluation en pourcentage de surmortalité). Il n'est absolument pas indispensable que l'assureur connaisse la nature de la pathologie. Contrairement aux apparences, la compagnie ne se bornera pas à enregistrer les décisions du médecin conseil. Ce dernier ne donne qu'un avis, à

---

charge pour cette dernière de décider de l'opportunité d'une souscription et du taux à retenir. Enfin en cas de sinistre, s'il y a une contestation, l'assureur peut toujours demander une expertise amiable ou judiciaire. Une décision de justice pourra en effet contraindre tout médecin intervenant à communiquer le dossier médical de l'assuré.

### ***La protection de l'assureur***

En laissant le médecin recevoir, traiter et stocker toutes les informations à caractère médical, l'assureur prévient le risque de divulgation interne ou externe de documents. Quant à la protection de l'assureur contre le risque d'anti-sélection, elle doit être appréhendée en concertation avec le corps médical. Parler de l'anti-sélection sans évoquer au préalable l'auto-sélection revient à occulter une partie de l'analyse. Or, avant de s'assurer, l'assurable sélectionne le produit. Outre une sélection préliminaire sur les garanties, il opère une seconde sélection en fonction des questions et des tests exigés à l'entrée. À la différence de l'anti-sélection l'auto-sélection n'altère pas les résultats techniques des assureurs. Elle est à la mesure de la qualité des questionnaires médicaux.

597

### **Le secret médical doit-il rester général et absolu ?**

Ni le rapport Jolivet, ni le rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel, présidée par le docteur Louis René, ne préconisent de dérogation au secret médical pour les compagnies d'assurances. Sur ce point cependant, il conviendrait de nuancer le caractère général et absolu afin de ne pas favoriser la fraude.

Tous les fondements juridiques et administratifs existent pour permettre aux assureurs et aux médecins de s'entendre et de faire bénéficier les assurés d'un accès plus sécurisant aux assurances de personnes. Certaines compagnies ont d'ores et déjà pris conscience des exigences particulières de confidentialité que nécessite leur activité. Nous pouvons regretter qu'elles ne soient pas plus nombreuses. Dans moins de cinq ans les assureurs

relanceront le débat sur l'utilisation des tests génétiques dans l'évaluation de leur risque. Si les problèmes liés au circuit de confidentialité des informations médicales n'est pas réglé à cette date, il y a fort à parier que de sérieuses difficultés surviendront.

## Chronique actuarielle

par  
divers collaborateurs  
de MLH + A inc.

### Options de transfert dans le cadre des régimes de pension agréés

Vu la mobilité accrue de la main-d'oeuvre, une même personne peut acquérir, au cours de sa carrière, des prestations en vertu de plusieurs régimes de retraite. Advenant la cessation d'emploi d'un participant ayant acquis droit à une rente différée, il est généralement prévu que la valeur de la prestation qui lui est acquise puisse être transférée vers un véhicule d'épargne-retraite prescrit.

599

Les options de transfert offertes varient en fonction de la législation applicable au régime de retraite, des caractéristiques du participant au moment de la cessation de participation et des dispositions du règlement du régime de retraite. L'administrateur du régime se doit de présenter au participant, lors de la cessation de participation, toutes les options de transfert disponibles.

Des dispositions semblables sont applicables à la prestation payable au conjoint survivant en cas de décès du participant.

### Loi de l'impôt sur le revenu

Dans un premier temps, c'est la *Loi de l'impôt sur le revenu* qui permet, sous certaines conditions, le transfert direct de sommes provenant d'un régime de pension agréé (RPA) vers un autre RPA ou vers un régime enregistré d'épargne-retraite (REER).

Également, des modifications à cette loi permettent maintenant le transfert direct de sommes provenant d'un RPA à

---

un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR). Initialement, le FERR avait été créé afin d'offrir une option de liquidation aux sommes accumulées dans un REER. Les dispositions antérieures ne permettaient donc pas le transfert direct entre le RPA et le FERR mais bien uniquement entre le REER et le FERR. On devait donc d'abord transférer les sommes au REER, puis au FERR.

600

Sans la possibilité d'effectuer un transfert direct du régime de retraite, la valeur de la prestation payable sous forme de montant unique serait pleinement imposable dans l'année du transfert. Grâce au transfert direct, ce sont plutôt les prestations qui sont payables éventuellement à partir de ce transfert qui sont imposables.

### **Législations applicables aux régimes de retraite**

Bien que la *Loi de l'impôt sur le revenu* prévoit le transfert direct de la valeur des prestations acquises en vertu d'un RPA, les législations applicables aux régimes de retraite sont celles qui établissent le droit au transfert et qui prescrivent les options de transfert offertes aux participants. Les dispositions de ces lois sont donc plus restrictives.

En effet, les législations applicables ont défini des options de transfert qui répondent obligatoirement aux exigences de la *Loi de l'impôt sur le revenu* mais qui doivent également répondre à des caractéristiques bien précises. C'est, entre autres, le cas de l'immobilisation des prestations, soit l'obligation pour les prestations acquises de pourvoir un revenu à la retraite. Les véhicules d'épargne-retraite prescrits vers lesquels les sommes sont transférées doivent respecter les restrictions contenues dans les lois applicables aux régimes de retraite.

Le tableau présenté à la fin de cet article résume les options de transfert prescrites en fonction des différentes législations applicables aux régimes de retraite.

Toute prestation payable qui n'est pas immobilisée en vertu des dispositions du règlement du régime peut, en plus de

toutes les options prévues pour les prestations immobilisées, être remboursée au comptant ou être transférée directement à un REER. La législation québécoise prévoit également le transfert vers un régime d'intéressement différé.

Toutes les législations provinciales et fédérale permettent le transfert vers un autre RPA, si les stipulations du règlement de ce dernier régime le permettent. Les sommes ainsi transférées sont généralement considérées comme des cotisations volontaires lorsqu'elles ne servent pas au rachat d'années de service antérieur en vertu d'une disposition du règlement du régime ou d'une entente de transfert. Elles sont toutefois soumises aux règles d'immobilisation applicables au régime de retraite d'où elles proviennent.

601

Toutes les législations permettent également l'achat d'un contrat de rente viagère ou immédiate, selon le cas. La rente de retraite achetée auprès d'un assureur doit, entre autres, répondre aux caractéristiques suivantes :

- Rente viagère établie pour la durée de vie du participant seul ou pour celle du participant et de son conjoint.
- Rente viagère établie en fonction de dispositions ne faisant pas de distinction fondée sur le sexe, et ce, en vertu des législations qui prescrivent l'utilisation de telles dispositions pour le calcul de la valeur de la prestation transférée. Ce sont les législations de la Colombie-Britannique, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, de la Saskatchewan et du fédéral.
- Rente viagère ne pouvant être versée avant le premier âge prévu pour la retraite anticipée en vertu des dispositions du règlement du régime, et ce, en fonction des législations de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et de l'Ontario. Pour les législations du Nouveau-Brunswick, de la

---

Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard, il est prévu que la rente viagère ne puisse être versée avant les 10 années précédant l'âge normal de la retraite prévu au règlement du régime.

- Prestation payable au conjoint ou, à défaut, aux ayants droit du participant en cas de décès de ce dernier avant le début des versements de la rente. Généralement, la prestation payable est au moins égale au capital transféré à l'assureur accumulé avec les intérêts à un taux prescrit. En vertu des législations de l'Alberta, du Manitoba et du fédéral, la prestation payable au conjoint survivant doit servir à l'achat d'une rente viagère ou être transférée vers un véhicule d'épargne-retraite prescrit qui prévoit l'immobilisation de la prestation.
- Prestation payable au conjoint survivant, s'il n'y a pas eu renonciation de sa part, à la suite du décès du participant après le début des versements de la rente. La prestation minimale correspond à celle établie par la législation applicable au régime de retraite d'où proviennent les sommes.
- Renonciation possible du conjoint à la prestation de décès minimale prescrite.

En plus de l'option de transfert vers un autre RPA ou de l'achat d'un contrat de rente viagère, le participant peut généralement bénéficier d'un transfert vers un compte de retraite immobilisé (CRI) ou vers un REER immobilisé, le cas échéant, ou vers un fonds de revenu viager (FRV). Ces différents véhicules d'épargne-retraite sont décrits dans les sections suivantes.

### **CRI ou REER**

Les législations de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et du fédéral permettent le transfert direct vers un REER immobilisé. Ce dernier doit répondre à des exigences

prescrites. Préalablement, le REER immobilisé était le seul véhicule d'épargne-retraite prescrit dans les cas de transfert de prestation immobilisée, et ce, en vertu de la plupart des législations.

Le CRI maintenant prescrit en vertu de toutes les législations, à l'exception de celles mentionnées ci-dessus, est un véhicule qui s'apparente au REER immobilisé. Le CRI doit d'ailleurs satisfaire aux exigences de la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour le REER. De plus, le CRI doit répondre à des exigences beaucoup plus strictes de la part des différentes législations.

603

La convention établissant le CRI doit être conforme à un contrat type préalablement enregistré auprès de la législation provinciale applicable au régime de retraite. Les caractéristiques de ce contrat type sont définies dans la réglementation. Ce faisant, les sommes accumulées dans un RPA enregistré en vertu de la législation québécoise ne pourraient être transférées dans un CRI répondant aux exigences de la loi ontarienne. De plus, on requiert généralement des autorités provinciales qu'elles établissent la liste des institutions financières ayant fait enregistrer un CRI.

Le solde du CRI ou du REER immobilisé qui est ultérieurement converti en rente viagère garantie par un assureur doit respecter les dispositions relatives aux rentes viagères énoncées à la section précédente.

De plus, le solde devra être converti en rente, au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant atteint son 71<sup>e</sup> anniversaire de naissance, et ce, en vertu des dispositions de la *Loi de l'impôt sur le revenu* applicables au REER.

En cas de décès du participant avant la conversion en rente, le solde accumulé des intérêts, est payable au conjoint ou, à défaut, aux ayants droit. La qualité de conjoint est établie au moment du décès. Les législations de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de la Saskatchewan ainsi que la

---

législation fédérale prévoient que la prestation payable au conjoint survivant soit immobilisée. Il est également prévu, en vertu de la législation de la Colombie-Britannique, que le conjoint survivant puisse renoncer à la prestation de décès.

En cas d'invalidité physique ou mentale ayant une incidence sur l'espérance de vie, il est possible de verser un ou des paiements au comptant du CRI, sans avoir à effectuer une conversion du solde en rente viagère. La certification du médecin est nécessaire. La législation de l'Alberta prévoit également qu'il est nécessaire d'obtenir le consentement du conjoint, s'il en est.

604

L'administrateur du CRI est tenu légalement de transmettre un relevé annuel au participant l'informant, entre autres, de la valeur du fonds. De plus, il n'est pas possible à l'administrateur de modifier les conditions du contrat établissant le CRI sans émettre d'avis. Toute modification ne pourra généralement avoir pour effet de réduire les droits acquis.

### **FRV et FERR**

Les législations applicables aux régimes de retraite prescrivent que les prestations acquises soient payables sous forme de rente viagère dont le montant ne peut généralement varier annuellement.

Toutefois, la plupart des législations permettent qu'un participant ou conjoint ayant acquis droit à une rente viagère au titre d'un RPA puisse la remplacer temporairement par une rente dont le montant varie annuellement. Le montant annuel de rente payable est établi sur la base de dispositions prescrites. Le fonds de revenu viager (FRV) est le véhicule prescrit par les différentes législations pour pourvoir au remplacement temporaire de la rente viagère.

La législation fédérale fut amendée récemment afin de permettre le transfert vers un FRV. Toutefois, à ce jour, la réglementation n'a pas été publiée.

Comme pour le CRI, le remplacement de la rente viagère n'est autorisé que si le contrat établissant le FRV est

conforme au contrat type préalablement enregistré auprès de l'autorité provinciale compétente. L'Ontario ne requiert pas un tel enregistrement pour le FRV.

Le FRV s'apparente au FERR défini dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Il doit d'ailleurs satisfaire les exigences que requiert cette loi pour être un FERR. Les principales distinctions entre le FRV et le FERR sont les suivantes :

- Le montant minimum pouvant être retiré du FERR au cours d'une année est :

nul dans l'année du transfert;

égal à un pourcentage du solde du fonds au début de l'année pour les années postérieures à celle du transfert. Ce pourcentage varie en fonction de l'âge atteint du rentier ou de son conjoint.

- Le montant minimum pouvant être retiré du FRV est nul au cours de l'année du transfert et, au cours d'une année postérieure à celle du transfert, calculé de la même façon que pour le FERR, ou en fonction de l'âge du rentier seulement, comme suit :

solde du fonds au début de l'année

(90 - âge atteint du rentier au début de l'année)

Ce dernier ratio est prescrit en fonction des réglementations du Québec et du Nouveau-Brunswick. Il s'apparente aux anciennes règles établissant le retrait minimum du FERR.

- Le FERR n'est sujet à aucun retrait annuel maximum.
- Le FRV prévoit la conversion en rente viagère au plus tard le 31 décembre de l'année où le rentier atteint son 80<sup>e</sup> anniversaire de naissance. Ce faisant, le FRV prévoit une formule de retrait annuel maximum correspondant au ratio suivant :

solde du fonds au début de l'année

valeur présente d'une rente temporaire de 1 \$ payable au début de chacune des années entre le 1er janvier de l'année visée et la fin de l'année au cours de laquelle le rentier atteint son 90<sup>e</sup> anniversaire de naissance

Lors de la conversion en rente, les dispositions énoncées quant aux rentes viagères doivent être respectées.

606

L'exemple ci-dessous illustre le revenu de retraite annuel minimum et maximum, s'il y lieu, qui peut être versé en vertu du FERR ou du FRV, et ce, à certains âges. Nous utilisons l'hypothèse que le montant retiré annuellement correspond au montant minimum et que le FRV répond aux exigences de la réglementation québécoise.

Fonds initial à 55 ans : 100 000 \$

Intérêts du fonds : 9 % / an

**Retrait de l'année**

Âge atteint	Retrait minimum (\$)		Retrait maximum (\$)	
	FERR	FRV	FERR	FRV
55	2 857	2 857	s.o.	8 248
60	4 425	4 425	s.o.	11 432
65	6 862	6 862	s.o.	15 699
70	10 660	10 660	s.o.	21 295
75	18 166	16 608	s.o.	28 354
80	20 729	26 012	s.o.	37 186
85	23 610	s.o.	s.o.	s.o.
90	26 828	s.o.	s.o.	s.o.

### Caractéristiques des FRV

La réglementation québécoise fut la première en 1990 à offrir le FRV comme option de transfert. Depuis, presque toutes les législations ont emboîté le pas. Bien que le principe général du FRV soit le même dans toutes ces juridictions, chacune d'elles y va de ses particularités dont, entre autres choses :

- En cas de décès du rentier avant la conversion en rente viagère, le solde est versé au conjoint ou, à défaut, aux ayants droit. La qualité de conjoint est établie au moment du décès. La législation de la Colombie-Britannique prévoit que la prestation payable au conjoint survivant, s'il en est, soit immobilisée. Il est également prévu que le conjoint puisse renoncer à cette prestation.
- Le taux d'intérêt annuel utilisé pour le calcul du montant de retrait maximum ne peut être supérieur à 6 %. Toutefois, il est possible d'utiliser, pour la période de 15 ans suivant la date d'évaluation, un taux d'intérêt prescrit supérieur à 6 %. Ce taux varie en fonction de la législation applicable.
- En vertu des législations de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et de la Saskatchewan, le transfert au FRV ne peut être effectué sans obtenir le consentement du conjoint, s'il en est.

En cas d'invalidité physique ou mentale ayant une incidence sur l'espérance de vie du rentier, les législations, à l'exception de celle de l'Ontario, prévoient qu'il est possible que celui-ci reçoive un ou des paiements au comptant du FRV, sans avoir à effectuer une conversion du solde en rente viagère. La certification du médecin est nécessaire. La législation de la Colombie-Britannique prévoit également qu'il est alors nécessaire d'obtenir le consentement du conjoint, s'il en est.

### Fonds de revenu de retraite Immobilisé (FRRI)

Les législations de l'Alberta et de la Saskatchewan prévoient une option de transfert additionnelle, soit le fonds de revenu de retraite immobilisé (FRRI). Cette option s'apparente à la fois au FERR et au FRV. Comme pour le FERR, en vertu du FRRI, il n'existe aucune obligation de transformer ultérieurement le solde du fonds en rente viagère. Toutefois, le contrat du FRRI doit permettre une telle conversion.

608

Tout comme le FRV, le FRRI prévoit que le retrait annuel effectué soit sujet à un minimum, celui du FERR, et à un maximum. Le montant de retrait maximum correspond au plus élevé des trois éléments suivants :

- la valeur du fonds au début de l'année moins la valeur nette des sommes investies;
- la valeur des rendements réalisés au cours de l'année civile précédant celle de l'évaluation;
- 6 % de la valeur du fonds au début de l'année.

Ce dernier élément n'est applicable que pour les première et deuxième années d'évaluation. De plus, s'il advenait que le maximum déterminé en vertu des dispositions ci-dessus soit inférieur au minimum établi par la *Loi de l'impôt sur le revenu* pour le FERR, le minimum prévaudrait.

### Transferts ultérieurs entre les différentes options

La *Loi de l'impôt sur le revenu* prévoit qu'il est possible d'effectuer un transfert direct entre un REER et un autre REER ou un FERR ainsi qu'entre un FERR et un autre FERR ou un REER.

Les législations applicables aux régimes de retraite prévoient généralement les transferts entre les différentes options, à condition que les caractéristiques applicables aux prestations transférées soient respectées.

---

De	Vers
CRI / REER immobilisé	RPA (s'il le permet) Autre CRI / REER immobilisé FRV / FRRRI
FRV	CRI / REER immobilisé (avant le 31 décembre de l'année du 71 <sup>e</sup> anniversaire de naissance) Autre FRV
FRRRI	Autre FRRRI CRI (avant le 31 décembre de l'année du 71 <sup>e</sup> anniversaire de naissance)

---

### Formulaires

609

Lors d'un transfert direct, il est suggéré de remplir les formulaires élaborés par Revenu Canada, soit le T2151 ou T2033, selon le cas.

Chacun des deux formulaires est utilisé dans les circonstances suivantes :

- T2151 - Utilisé par l'administrateur du RPA afin d'effectuer un transfert direct vers un autre RPA, un REER ou un FERR.
- T2033 - Utilisé par l'émetteur d'un REER afin d'effectuer un transfert direct vers un autre REER, un FERR ou un RPA.

Bien que souvent les formulaires soient remplis, plusieurs renseignements reliés aux prestations transférées sont manquants. Il est du devoir des administrateurs des régimes de retraite de s'assurer que toutes les informations requises afin de conserver les caractéristiques des prestations transférées soient clairement indiquées. Aucune législation applicable aux régimes de retraite n'a encore élaboré de formulaire afin de faciliter ce transfert d'information.

### Conclusion

Les participants des régimes de retraite se doivent d'être de plus en plus informés sur les options de transfert et de remplacement de rente viagère qui leur sont offertes.

De cette façon, ils réussiront à mieux gérer leur revenu à la retraite et s'assureront de trouver l'option qui répond le plus adéquatement à leurs besoins.

### Options de transfert offertes par les législations canadiennes applicables aux régimes de pension agréés

610

Jurisdiction	Options de transfert offertes
Colombie-Britannique	- Autre régime de pension agréé ; ou - REER immobilisé ; ou - Fonds de revenu viager <sup>1</sup> ; ou - Contrat de rente viagère <sup>1</sup> .
Alberta	- Autre régime de pension agréé ; ou - Compte de retraite immobilisé ; ou - Fonds de revenu viager ; ou - Fonds de revenu de retraite immobilisé ; ou - Contrat de rente viagère <sup>1</sup> .
Saskatchewan	- Autre régime de pension agréé ; ou - Compte de retraite immobilisé ; ou - Fonds de revenu viager ; ou - Fonds de revenu de retraite immobilisé ; ou - Contrat de rente viagère différée <sup>1</sup> .
Manitoba	- Autre régime de pension agréé ; ou - Compte de retraite immobilisé ; ou - Fonds de revenu viager <sup>2</sup> ; ou - Contrat de rente viagère <sup>3</sup> .
Ontario	- Autre régime de pension agréé ; ou - Compte de retraite immobilisé ; ou - Fonds de revenu viager <sup>1</sup> ; ou - Contrat de rente viagère différée <sup>1</sup> .

<sup>1</sup>Aucun paiement ne peut être effectué avant l'âge prévu pour la retraite anticipée en vertu du règlement du régime.

<sup>2</sup>Applicable aux dispositions à cotisation déterminée et, si prévu au règlement du régime, aux dispositions à prestations déterminées.

<sup>3</sup>En cas de terminaison totale du régime de retraite seulement.

## Chronique actuarielle

---

Québec	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	Compte de retraite immobilisé ; ou
	-	Fonds de revenu viager ; ou
	-	Contrat de rente viagère différée.
Nouveau-Brunswick	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	Compte de retraite immobilisé ; ou
	-	Fonds de revenu viager ; ou
	-	Contrat de rente viagère <sup>4</sup> .
Nouvelle-Écosse	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	REER immobilisé ; ou
	-	Fonds de revenu viager <sup>4</sup> ; ou
	-	Contrat de rente viagère différée <sup>4</sup> .
Île-du-Prince-Édouard <sup>5</sup>	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	Véhicule d'épargne-retraite prescrit <sup>6</sup> ; ou
	-	Contrat de rente viagère différée <sup>4</sup> .
Terre-Neuve <sup>7</sup>	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	Compte de retraite immobilisé ; ou
	-	Fonds de revenu viager ; ou
	-	Contrat de rente viagère.
Fédéral	-	Autre régime de pension agréé ; ou
	-	REER immobilisé ; ou
	-	Fonds de revenu viager <sup>8</sup> ; ou
	-	Contrat de rente viagère.

---

---

<sup>4</sup>Aucun paiement ne peut être effectué avant les 10 années précédant l'âge normal de la retraite prévu au règlement du régime.

<sup>5</sup>Cette loi n'est pas encore en vigueur.

<sup>6</sup>Pas encore défini au règlement.

<sup>7</sup>La législation fut amendée récemment, rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 1995. Précédemment, aucune option de transfert n'était prévue par la législation. Toutefois, le transfert vers un autre RPA ou un REER était permis, si prévu au règlement du régime.

<sup>8</sup>La législation fut amendée récemment. Toutefois, la réglementation n'est pas encore publiée.



## Faits d'actualité

par

R.M.

### 1. Les parts de marché des assureurs directs et des assureurs représentés par les courtiers

Dans son édition d'octobre 1995, le *Journal de l'Assurance* publie une analyse des parts de marché détenues par les assureurs au Québec depuis les trois dernières années, soit de 1992 à 1994. On y apprend que le nombre des assureurs directs est, depuis 1987, en constante remontée. En décembre 1994, leur part de marché était de 27,9 % comparativement à 26,8 % en décembre 1993 et 26,6 % en décembre 1992.

613

Toutefois, dans la branche des assurances aux entreprises, l'assurance demeure toujours la chasse gardée des assureurs qui opèrent via les intermédiaires de marchés que sont les courtiers d'assurance. La part de marché de ces assureurs était de 72,1 % à la fin de 1994, de 73,2 % à la fin de 1993 et de 73,4 % à la fin de 1992.

À titre indicatif, les primes d'assurance totales perçues par les assureurs au Québec, pour l'année 1994, totalisaient 3,9 milliards de dollars, soit 2,8 milliards de dollars du côté du marché de l'intermédiation et 1,1 milliard de dollars du côté du marché direct. Voici une ventilation des primes tirée du rapport de l'Inspecteur général des institutions financières, en prenant en compte l'assurance des entreprises, l'assurance automobile et l'assurance habitation :

- en assurance des entreprises, la part des assureurs avec intermédiation représentait 85,4 % et elle générait un revenu-primes de 1,0 milliard \$, alors que la part des assureurs directs représentait 14,6 %, générant un revenu-primes de 181,3 millions \$ ;

- en assurance automobile, la part des assureurs avec intermédiation était de 34,0 %, soit un revenu-primés de 641,8 millions \$, alors que la part des assureurs directs était de 66 %, soit un revenu-primés de 1,2 milliard \$ ;
- en assurance habitation, la part des assureurs avec intermédiation représentait 66,4 % et un revenu-primés de 570,5 millions \$, alors que la part des assureurs directs représentait 33,6 % et un revenu-primés de 288,1 millions \$.

614

## 2. L'assurance mondiale en 1993

*Sigma*, numéro 5/95, publiée par la Suisse de Réassurances, se consacre à l'assurance mondiale en 1993. Voici quelques statistiques qui ressortent de cette étude.

En 1993, à l'échelon mondial, les compagnies d'assurance ont encaissé 1 803 milliards de dollars de primes, sans prendre en compte des opérations de réassurance. Ce résultat représente une amélioration de 2,3 points par rapport à l'année 1992. Le secteur vie a dominé, principalement dans les pays à niveau de vie élevé, atteignant 56,1 du marché global, une progression de 7,2 %, alors que le secteur non-vie a connu une progression plus lente, soit 4,6 %.

Sur le plan des dépenses d'assurances privées par habitant, c'est le Japon qui détenait la première place en 1993 (4 395 \$), suivi de la Suisse (3 097 \$) et des États-Unis (2 192 \$). Le Canada se classait au douzième rang ; l'importance des dépenses d'assurance privée par habitant étant de 1 240 \$, (664 \$ en assurance non-vie et de 576 \$ en assurance vie).

## 3. Les premiers assureurs en 1994

Sur le répertoire des cinquante plus grandes sociétés d'assurance dans le monde, pour l'année 1994, les Japonais occupaient les quatre premières positions, la cinquième place étant occupée par les Américains. La première société

d'assurance canadienne se classe au quarante septième rang : il s'agit de la Sun Life.

Assureurs	Actifs*	Revenus nets
1. Nippon Life	348,5 \$	3,0 \$
2. Zenkyoren	247,7 \$	319 \$
3. Dai-ichi Mut. Life	245,9 \$	2,1 \$
4. Sumitomo Life	214,8 \$	2,2 \$
5. Prudential Ins.	211,9 \$	- 1,1 \$
47. Sun Life	42,9 \$	non publiés

\* En millions de dollars - (Classification par *Worldscope* selon les actifs - *Wall Street Journal*).

615

#### 4. La réassurance mondiale en 1993

La revue *Experiodica* (no 5/95), également publiée par la Suisse de Réassurances, constate que la structure des marchés est appelée à se transformer radicalement, à cause de l'importance de la sinistralité et de la concurrence accrue. Elle signale la venue d'un processus impitoyable de sélection et de concentration des réassureurs de même qu'une politique de souscription rigoureuse, notamment par la multiplication des audits sur la souscription et les sinistres de leurs cédantes .

Une étude de Standard & Poor's, publiée dans ce numéro, présente les 100 premiers réassureurs mondiaux ; elle est basée sur leur volume de primes nettes en 1993. Voici les 5 premiers réassureurs :

	Pays	Primes nettes *
Münchener Rück	Allemagne	8 103,8 \$
Suisse de Réassurances	Suisse	4 552,0 \$
General Reinsurance	USA	2 068,8 \$
Employers Re	USA	2 029,6 \$
Kölnische Rück	Allemagne	1 776,2 \$

\* Primes en millions de dollars - U.S. - Source : *ReActions*, mars 1995.

Toutefois, selon *Business Insurance*, cette liste diffère un peu pour l'année 1994. Voici le plus récent classement des grands réassureurs pour l'année 1994 :

	Pays	Primes nettes *
Münchener Rück	Allemagne	9 966,6 \$
Suisses de Réassurances	Suisse	8 230,3 \$
General Reinsurance	USA	5 551,0 \$
Employers Re	USA	3 484,3 \$
Assicurazioni Generali	Italie	3 257,2 \$
Hannover ReEisen & Stahl Re	Allemagne	3 097,0 \$

\* Primes en millions de dollars - U.S. - Source : *BI Survey*.

### 5. Une série d'ouragans frappent les côtes des États-Unis, du Mexique et des Caraïbes en août, septembre et en octobre

En août, l'ouragan Félix frappa les Bermudes et frôla les côtes de la Caroline du Nord causant des dommages assurés évalués à 2 millions de dollars.

En septembre, les 5 et 17, les ouragans Luis et Marylin ont successivement ébranlé les Caraïbes. Selon l'annonce faite en début d'octobre par l'Office du tourisme des Caraïbes, les pertes économiques s'élèveraient à 875 millions de dollars.

À la mi-septembre, dans le nord-ouest du Mexique, l'ouragan Ismaël, qui a fait 38 morts et 5 000 sans-abri, causa des dommages estimés à plus 800 millions de dollars.

Au début d'octobre, l'ouragan Opal, dont les vents ont atteint la vitesse impressionnante de 230 km/h, a ravagé quatre États côtiers des États-Unis (Floride, Caroline du Nord, Georgie et Alabama). Les autorités ont confirmé que les dommages assurés s'élèveraient à 2,1 milliards de dollars. Il semble que cet ouragan se classerait au troisième rang des grands ouragans

américains, en ce qui concerne les dommages assurés, le premier étant Andrew en 1992 avec 7 milliards \$ et Hugo en 1989 avec 4,2 milliards \$. Opal aurait fait 18 morts. Quelque 100 000 personnes ont dû être évacuées.

## 6. Un séisme fait 48 morts au Mexique

Le 9 octobre dernier, un violent séisme a frappé deux États de la côte ouest du Mexique, faisant 48 morts, 166 blessés et quelque 9 500 sinistrés. La secousse tellurique, d'une amplitude de 7,3, aurait duré plus d'une minute. Il s'agit du deuxième tremblement de terre d'une telle ampleur en un mois, dans ce pays, après celui du 14 septembre 1995 qui avait provoqué la mort de 5 personnes. Le plus meurtrier tremblement de terre survenu au Mexique dans la ville de Mexico, mesurait 8,1 sur l'échelle de Richter. Il remonte au 19 septembre 1985 et avait fait 10 000 morts.

617

## 7. Résultats de l'industrie de l'assurance canadienne IARD - le deuxième trimestre de 1995

Au cours du deuxième trimestre de l'année, l'industrie de l'assurance IARD canadienne a généré des primes gagnées totalisant 4,2 milliards de dollars, alors que les sinistres nets se chiffraient à 2,9 milliards de dollars. Selon la Revue *The Quarterly Report* (second trimestre, 1995) le rapport sinistre à primes du second trimestre (69,3 %) serait le meilleur rapport enregistré depuis les huit dernières années.

### Deuxième trimestre - 1995

(en millions de dollars)

	1994	1995
Primes nettes émises	4 414 \$	4 650 \$
Primes gagnées	3 847 \$	4 244 \$
Sinistres nets	2 681 \$	2 940 \$
Rapport sinistres à primes	69,7 %	69,3 %
Pertes techniques avant impôt	- 121 \$	- 68 \$
Rapport combiné	- 3,1 %	- 1,6 %

---

Revenus de placement avant impôt	545 \$	605 \$
Gains de capital	12 \$	58 \$
Revenus d'opération après impôt	362 \$	481 \$

---

## 8. Les leçons du tremblement de terre de Kobe

618

Les terribles ravages provoqués par le tremblement de terre de Kobe, survenu le 17 janvier 1995, ont définitivement été mesurés et chiffrés. Les registres font mention de 5 500 morts, de 41 500 blessés et de 320 000 sans-abri. Quant aux dégâts matériels, ce séisme aurait provoqué la destruction de 210 000 maisons, de 9 400 routes, de 320 ponts et occasionné des interruptions massives des services publics.

Les pertes économiques ont été évaluées à 100 milliards de dollars, largement supérieures à celles découlant du tremblement de terre de Northridge, en Californie, un an plus tôt, lesquelles sont évaluées à 25 milliards de dollars.

Les dommages assurés à la suite du tremblement de terre de Kobe s'élevèrent à 750 millions de dollars (assurance de dommages) et à 57 millions de dollars (assurance maritime).

Quelles leçons en tirer en matière de tarification ? Dans son édition de mars 1995, *The Review* publie deux études fouillées, l'une de Robert Muir-Wood, intitulée "Probabilities of the seismic Cycle", l'autre de John Doornkamp, "A Hazard too hot to handle".

Les auteurs mentionnent que le grand tremblement de terre de Kobé a mis en évidence des enseignements dont les assureurs pourraient tirer profit : notamment l'importance d'une classification détaillée sur le plan des risques, sur le plan des concentrations de valeurs dans les zones à risque (par exemple, les zones maritimes) et sur le plan des caractéristiques en fonction de la nature des sols et des types de construction.

L'étude de Muir-Wood fait valoir que les personnes et les entreprises devraient avoir un comportement rationnel et ne devraient décider de s'installer dans certaines régions sensibles qu'après un tremblement de terre. Les séismes ne seraient pas

fortuits. Ils ne se produiraient à des endroits donnés, qu'après une libération d'énergie accumulée pendant des décennies. Si les assureurs pouvaient adapter leur tarification aux probabilités sismiques et en prenant en compte le choix d'une résidence, fait strictement après un sinistre, le taux de primes serait très faible.

## 9. Les attentats de l'été parisien

L'été parisien a connu une série d'attentats meurtriers, dont les effets sont dévastateurs tant sur le plan des dommages corporels, personnels et moraux que sur le plan des dommages matériels.

619

Les attentats ont frappé le coeur de Paris, notamment celui perpétré dans le RER place Saint-Michel (7 morts, 117 blessés), celui de la place de l'Étoile (17 blessés), celui du marché du XI<sup>e</sup> arrondissement (4 blessés), et celui survenu dans le réseau du métro express (29 blessés). En tout huit attentats qui se soldent par un total de 7 morts et de 180 blessés.

Il existe en France un fonds de garantie contre les victimes d'actes terroristes. Ce fonds a été créé en 1986, en pleine période d'attentats. Il est alimenté par un prélèvement de 10 francs sur toutes les assurances de dommages aux biens souscrites en France. Outre les dommages matériels, ce Fonds indemnise aussi, depuis 1990, les atteintes corporelles graves.

En 1994, le fonds de garantie français a ainsi dépensé 1,3 millions de francs mais n'a récolté que 550 millions de francs. Depuis la création du fonds, les résultats de 1995 risquent d'être, et de loin, les plus importants.

## 10. Feux de forêts : un été canadien mémorable

L'été 1995 : « un été dont on se souviendra ». Tel est le titre d'un rapport publié par le ministère fédéral de l'Environnement qui évalue à 500 millions de dollars les conséquences de l'été chaud de 1995 au Canada. Le ministère évalue à 250 millions \$ les dommages causés par les incendies qui ont ravagé les forêts canadiennes et à 250 millions \$ les

dommages causés par les tempêtes qui ont balayé, entre autres, les provinces atlantiques. Ceci n'inclue pas les coûts indirects : les pertes de récolte, les pertes liées à l'industrie des pâtes et papiers et les diminutions de cargaisons subies par les compagnies maritimes, à la suite de l'abaissement du niveau du Saint-Laurent.

620 Au Québec, après les incendies dramatiques de l'année 1991 qui ont détruit plus de 380 000 hectares de forêt (ou 3 800 kilomètres carrés), les feux de forêts de 1995 s'étendent, selon un relevé d'Environnement Canada, sur plus de 1 800 kilomètres carrés.

Pour tout le Canada, on a calculé que 70 000 kilomètres carrés de forêts ont été réduits en cendres.

#### **11. Le Rendez-vous de septembre, édition de 1995**

Le Rendez-vous annuel de septembre 1995 de Monte-Carlo, trente-neuvième du genre, a été marqué par trois thèmes majeurs : la concentration du secteur de la réassurance, les tarifs et les alternatives à la réassurance.

Après les années noires des dernières années sur le plan des sinistres, on assiste, depuis deux ans, à une vague de concentration des grands réasureurs. Le marché est actuellement dominé par quatre géants : l'allemand Munich Re, la Suisse de Ré, et les américains General Re et Employers Re. (Voir le troisième titre de cette chronique) Selon les spécialistes, le marché devrait passer de 100 à 120 aujourd'hui à une cinquantaine de grands réasureurs d'ici l'an 2000.

Parallèlement, les prix ont fait l'objet d'un intérêt particulier. Parmi les préoccupations majeures, figurent la nécessité des réasureurs d'être profitables, pour ne pas disparaître, à moyen terme, et les possibilités de faire face à la demande de capacité de plus en plus importante. Pour répondre à ces préoccupations, on a mis l'accent sur l'importance des fonds propres et la constitution de réserves d'égalisation.

Enfin, un autre thème, provocateur, fut proposé : les marchés financiers internationaux remplaceront-ils les réassureurs traditionnels ? Les exemples, à cet égard, sont nombreux : la montée des traités financiers et des formes de réassurance alternative (tel le *finite risk*), ainsi que l'absorption de certains marchés traditionnels par les financiers, le plus connu étant celui du marché à terme des contrats d'assurance lancé en 1992 par le *Chicago Board of Trade* (mécanisme des *futures*).

**12. Les grands risques techniques - une analyse de la Munich Re**

621

La Munich Re participe à la réassurance de presque toutes les grandes réalisations techniques. Elle est aussi le leader mondial de la couverture des satellites. Depuis des décennies, et encore plus particulièrement ces dernières années, elle a intensément soutenu le développement de la technique en réassurance de grands projets considérables.

À cet égard, on peut citer : l'érection, sur le Grand Belt, du plus long pont suspendu du monde, la construction de l'eurotunnel reliant la France et la Grande-Bretagne et mis en service en 1994, la construction de l'aéroport du Kansai près d'Osaka dont le coût a atteint 23 milliards de DM, la construction du nouvel aéroport de Hong Kong bâti sur un terrain artificiel gagné sur la mer, la fabrication d'énormes turbines de centrales hydrauliques construites en Europe, au Canada, en Asie et en Amérique du Sud ainsi que la construction d'usines de semi-conducteurs, d'un nombre et d'un prix en constante progression, installées dans le nombreux pays du monde.

La Munich Re se prépare dès maintenant à pouvoir faire face aux exigences futures — nécessairement encore plus complexes — en ce qui concerne le savoir-faire, la connaissance du marché, la faculté de prendre des risques et la capacité de participation aux risques de ses cédantes. Cela implique, entre autres, une analyse rétrospective intelligente de la foule de données recueillies sur les risques acceptés et sur les sinistres

enregistrés, ainsi qu'une appréciation prospective spécifique des risques, également sur le terrain.

622 Les changements significatifs, auxquels sont confrontées les compagnies d'assurance directe et de réassurance, ne résultent pas seulement de la taille croissante des risques techniques, mais aussi de ce que les pouvoirs publics, dans de nombreux pays, se retirent de plus en plus du financement des projets d'infrastructure dans les domaines suivants : transports et circulation, distribution urbaine, évacuation et traitement des déchets, énergie et télécommunications. Dans de vastes régions du globe, les investisseurs privés et les institutions financières constituent des consortiums pour le financement de grandes réalisations classiques ou innovantes. Pour garantir ces investissements, les consortiums ont besoin de formules d'assurance fiables et de longue durée, qui les exemptent d'éventuelles pertes pécuniaires résultant de dommages matériels, immatériels ou de responsabilité civile. S'étendant parfois sur 10, voire 25 ans, de telles conventions d'assurance sous-entendent une appréciation minutieuse et prévoyante des risques, des inspections d'experts et un savoir-faire spécifique de haut niveau pour l'établissement des prix et des conditions ainsi que pour l'instruction des sinistres. (Extrait tiré d'une documentation destinée à la presse - *für die Presse* - 12 octobre 1995).

**13. Le programme d'assurance responsabilité professionnelle des avocats : une diminution de la prime à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1996**

Le Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec a annoncé une baisse de primes annuelles, de 1200 \$ à 1000 \$, et l'abolition de la franchise de 5 000 \$. Ces changements sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Par voie de comparaison, au regard d'une protection équivalente ou comportant dans certains cas des conditions plus sévères, la prime annuelle est de 2 200 \$ en Colombie-Britannique, de 5 600 \$ en Ontario (la prime passe à 10 000 \$ dans les grands cabinets d'avocats) et une moyenne de 2 700 \$ dans certains

États américains, exception faite de la Californie, où la prime annuelle se situe à 10 000 \$ environ.

Le Fonds d'assurance responsabilité professionnelle des notaires semble bénéficier d'une performance comparable à celui des avocats. Toutefois, la prime de 1 700 \$ exigée des notaires est supérieure à celle exigée des avocats, car on ne compte que sur 2 900 notaires cotisants, sur un total de 3 500, pour amortir les frais du Fonds. Le Fonds d'assurance du Barreau du Québec, quant à lui, compte sur 9 761 cotisants, sur un total de 16 500 avocats. On observe que les avocats oeuvrant dans le secteur public ne sont pas assujettis à ce Fonds.

623

Selon M<sup>c</sup> Langlois, directeur général du Fonds depuis ses débuts en 1988, divers facteurs expliquent cet heureux scénario : la portion réglée des réclamations depuis l'origine du Fonds le fut à meilleur compte, une bonne sinistralité, depuis les dernières années, sur les plans qualitatifs et quantitatifs. Si la tendance se maintient, il se pourrait que l'exercice en cours se solde par un excédent de 10 à 12 millions \$.

#### **14. Naissance du deuxième assureur de dommages au Canada**

En septembre dernier, ING Canada annonçait qu'elle venait d'acquérir la société Wellington, formant ainsi le deuxième plus important assureur canadien, récoltant 6 % de parts de marché et des revenus de primes de 1 milliard de dollars. Le coût de cette transaction s'élèverait à 130 millions \$. On se rappellera que le holding néerlandais ING avait acheté, plus tôt cette année, les actifs de la banque britannique Barings, en état d'insolvabilité à la suite d'une gigantesque fraude de l'un de ses employés.

#### **15. Bancassurance : union de deux géants entre le premier banquier et le premier assureur en Suisse**

Le coup d'envoi de la bancassurance a été donné en Suisse d'une façon éclatante, grâce à la fusion de deux géants, premiers dans leur domaine d'activités : le banquier UBS (Union

---

des Banques Suisses) et l'assureur Swiss Life, une mutuelle qui doit être démutualisée et transformée en société anonyme. La date de naissance annoncée : le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Le nom choisi : UBS SWISS LIFE. Le financement de l'opération est estimé à 110 millions de francs suisses.

La première banque et le premier assureur helvètes font ainsi cause commune pour attaquer le marché européen. Le nouveau groupe espère, dès la première année d'opération, un résultat technique d'un milliard de francs suisses.

624

## 16. Les *Names* gagnent un nouveau procès

Les investisseurs privés que sont les *Names* gagnent un nouveau procès sur les Lloyd's, cette prestigieuse institution britannique qui est en voie de restructuration, après avoir connu une mauvaise performance, dans la gestion des sinistres, entre 1988 et 1992. Au cours de cette période, les pertes cumulées, attribuables aux sinistres catastrophiques, ont totalisé 12,8 milliards de dollars U.S.

En octobre dernier, près de 2 000 *Names* du syndicat Merrett ont gagné devant la Haute Cour de Londres le procès qu'ils avaient intenté contre certains spécialistes qui géraient les affaires du Lloyd's dans les années 1980 et contre des firmes de comptables qui ont vérifié les comptes du syndicat.

Ces *Names* alléguaient également une mauvaise gestion remontant à l'émission de polices datant des années 1940, alors que les Lloyd's avaient accepté de souscrire certains risques dus à la contamination par l'amiante aux États-Unis.

Depuis un an, les *Names* du syndicat Gooda Walker et du syndicat Feltrim ont également remporté leurs poursuites judiciaires.

Dans le cadre de la restructuration en cours, mentionnons que les Lloyd's ont proposé, en mai dernier, aux 30 syndicats regroupant 17 000 *Names*, une offre de règlement de 4,5 milliards de dollars (U.S.). Cette offre est trois fois plus importante que celle faite et rejetée l'an dernier. Cette dernière

offre est subordonnée à l'arrêt de toutes les procédures judiciaires en cours.

**17. L'appel des victimes de la MIUF est rejeté**

La Cour d'appel du Québec rejetait, en octobre dernier, l'appel des propriétaires des maisons isolées à la mousse isolante d'urée formaldéhyde. Quelque 80 000 maisons avaient été isolées à la MIUF, dans les années 1970, à l'aide d'une subvention fédérale.

Les trois juges n'ont pas accepté l'argumentation des victimes d'en appeler du volumineux jugement qui compte 1 100 pages, prononcé en 1991 par le juge René Hurtubise de la Cour Supérieure. Dans cette décision, le magistrat en vint à la conclusion que la dangerosité du produit n'avait jamais été démontrée.

625

Les juges de la Cour d'appel n'ont pas pu se convaincre de l'existence d'atteintes, au moins mineures, qui auraient affecté les occupants. Ils ont également rejeté, du même coup, les dommages intérêts réclamés pour la diminution de valeur de leur maison, difficile à revendre, selon les allégations, à cause de l'existence des risques pour la santé de leurs occupants.

**18. Nouveau programme d'assurance contre les risques d'insolvabilité des assureurs**

À la fin de l'été 1995, un groupe d'assureurs de personnes montréalais annonçait la mise sur le marché d'un nouveau programme d'assurance, constitué en vue de répondre aux besoins de personnes désireuses de se protéger contre le risque de solvabilité des compagnies d'assurance : il s'agit d'une assurance dite « Risque partagé ».

Ce contrat inédit prévoit une garantie variant entre 500 000 \$ et 5 000 000 \$. Suivant le défaut de l'un des trois assureurs participant au programme, et en tenant compte du montant de 200 000 \$ garanti par la SIAP, l'entente stipule que

---

l'excédent de cette somme sera annulé chez l'assureur en défaut et réparti également entre les deux autres assureurs.

**19. Distributeurs automatiques bancaires : une escroquerie de 1,2 million de dollars**

626 Voici une escroquerie à l'Italienne, mais qui pourrait bien se répéter dans notre pays. À Rome, sept escrocs ont inventé un moyen pour prendre l'argent des déposants dans les distributeurs automatiques. Comment ont-ils agi ? Simplement en bloquant l'entrée des cartes de débit avec une pellicule photographique. Lorsque l'appareil était ainsi bloqué, en dehors des heures ouvrables, l'utilisateur ne parvenait ni à obtenir l'argent désiré, ni à récupérer sa carte. Un escroc entraînait alors en scène en proposant d'aider la malheureuse victime. Il lui suggérait de recomposer son numéro confidentiel, qui était alors mémorisé, puis il lui suggérait de revenir le lendemain matin récupérer sa carte bloquée. Entre-temps, celle-ci était récupérée à l'aide de pincettes et utilisée pour prélever le maximum d'argent autorisé. La carte était ensuite détruite. Le tour était joué.

**20. Le typhon Angela**

Angela, ce puissant ouragan qui, les 2 et 3 novembre 1995, a dévasté Manille, la capitale des Philippines, et l'extrémité sud de l'île de Luzon, a fait plus de 250 morts et 250 000 sans-abri. Les dégâts matériels causés par le passage du typhon sont estimés à plus de deux millions de pesos (76,9 millions \$). Angela est le pire ouragan qu'ait connu l'archipel philippin depuis Nina, qui avait fait un millier de morts en 1987.

## Reinsurance Dialogue

between

Christopher J. Robey<sup>1</sup>

and

David E. Wilmot<sup>2</sup>

December 4, 1995

627

**Re:           Unregistered Reinsurance  
              The Cost of Capacity  
              Sources of New Capacity**

Dear Mr. Robey:

I congratulate you on the introduction of what must be your most audacious suggestion to date in your letter of September 6, 1995, you recommended that the Office of the Superintendent of Insurance create a new "acceptance" or "approval" category for those foreign reinsurers who wish to write Canadian business without the hassle of actually becoming licensed. You propose that financially acceptable foreign reinsurers who meet OSFI-set criteria should be allowed to enjoy a licensed or quasi-licensed status for certain classes of Canadian reinsurance such as Catastrophe Excess of Loss.

The mind reels at the thought of a torrent of cheap and unquestioning reinsurance capacity, from Armenia to Zaire, flowing into Canada. I can visualize the reinsurance broker gleefully posting his newest treaty offering on the internet at 8:10 pm to find it fully subscribed by 8:18 pm and 200%

---

<sup>1</sup>Mr. Christopher J. Robey is an executive vice president of B E P international, member of the Sodarcac Group.

<sup>2</sup>Mr. David E. Wilmot is Manager and Chief Agent for Canada, Frankona Reinsurance Company.

---

over-placed by 8 25 pm. I can imagine bidding wars, such as take place in hot real estate markets, in which reinsurers in Chad pitch potentially suicidal reinsurance terms on the basis of their soaring currency, or some other temporary, localised advantage. I picture myself starting a new career in vacuum cleaner sales.

628 These images notwithstanding, I may surprise you by supporting your suggestion - at least in part. Easy access to world-wide catastrophe reinsurance capacity may solve problems for Canadian insurers and Canadian reinsurers alike. There is no doubt that available insurance and reinsurance fall far short of the potential \$9 to \$12 billion insured loss that could arise out of a Vancouver earthquake.

However, I must question the reason for this "shortfall" in available capacity presented in your letter. I will introduce, as a new topic, the real reasons for this shortfall in capacity. Only then can I address your recommendation and propose a refinement that may encourage acceptance. I will then touch on alternate approaches to catastrophe capacity which recognise today's advances in technology and communications.

### **Unregistered Reinsurers and Earthquake Capacity**

Your suggestion to ease the regulatory rules for unlicensed reinsurers is motivated by a shortfall in capacity for British Columbia and Quebec earthquake exposures. No one can dispute that a shortage of earthquake capacity creates a serious problem for Canadian policy holders and insurers. However, it would be totally incorrect to suggest that the declining number of local reinsurers has reduced the availability of catastrophe capacity and increased the price of protection.

True, the number of reinsurers has declined, and, coincidentally or not, reinsurers have experienced better results over the last two years in the absence of severe catastrophe losses. (But I trust you do not begrudge reinsurers *some* return on the capital they put at risk for our mutual clients.) Nevertheless, neither the shortage of capacity nor the rising cost of catastrophe protection can be explained by the decreasing number of

domestic reinsurers. Had the 57 reinsurers of seven years ago survived and maintained their individual underwriting offices, it is unlikely that they would exceed the capacity now offered by the stronger, healthier reinsurers who remain.

There are two clear and overwhelming reasons for Canada's capacity shortfall reasons which have nothing to do with the number of local reinsurers: awareness of the exposure and cost of the capacity.

The shortage of capacity is not a recent phenomenon. The exposure has always been present. Remarkably, the Canadian market simply failed to recognise its accumulated exposure to earthquake in the populated areas of British Columbia until the late 1980s and early 1990s. In our ignorance, catastrophe protection was purchased to woefully inadequate limits, and reinsurers gleefully sold catastrophe treaties without adding up their own enormous accumulations. Those reinsurers providing pro rata capacity gave their earthquake exposures very little thought at all. Often unaware that insurers could fill these surplus treaties with penny-and-a-half Vancouver HPR risks, reinsurers were often oblivious to these billions of dollars of ceded earthquake exposure for which no premium had been contemplated or charged. At best, reinsurers relied on cheap and abundant retrocessional capacity—often from markets who themselves had no idea of the risks they had assumed or the exposures they were aggregating.

629

Had a major earthquake occurred five or six years ago, a large number of Canadian insurers would have been bankrupted. The unexpected magnitude of the loss would have swept through the limited reinsurance protection of most insurers and, in many cases, continued to climb through capital and surplus, leaving thousands of insureds with only fractional claim recoveries. In addition, many reinsurers would have become insolvent, creating gaps in reinsurance covers capable of pushing even more insurers into bankruptcy.

Fortunately, today's catastrophe reinsurance capacity is considerably greater than that available five years ago. More

importantly, it is far more controlled and secure than it has ever been in the past. But our concern for catastrophe capacity has been brought to the fore not by a loss of reinsurers, but by a loss (to some extent at least) of our naiveté .

The second and more immediate reason for Canada's capacity shortfall is based on economics as much as it is on underwriting.

630

At the core of the problem is Canada's geography. British Columbia and Quebec present the insurance industry with inordinately large exposures in relation to the country's modest premium base. A Vancouver earthquake could well produce an insured loss greater than two or three times the property premiums generated across the entire Canadian industry<sup>3</sup>.

Due to this imbalance, a considerable amount of additional, foreign capacity is required. However, this capacity is only available at a price. You yourself noted that it is only with the increase in the pricing of catastrophe treaties that new markets have made their capacity available to Canada. There is a price for earthquake capacity (which I will attempt to measure in a moment), because it is commercially impossible for Canada-based capital and surplus to meet the industry's capacity requirements no matter how many licensed reinsurers there may be.

This last statement requires a somewhat more detailed explanation.

---

<sup>3</sup>The imbalance is so great that it should be addressed by a broad range of solutions including loss control, loss mitigation, coverage limitations and loss sharing with insureds and government. Only one of the possible solutions is increased capacity to insure anticipated losses. However, reinsurance is probably the most expensive solution of all. It is certainly more expensive (per dollar of loss exposure) than the cost of reducing loss by means of flexible buried gas lines, new fire boats or sea-water pumps for Vancouver's water supply. Insurance capacity is undoubtedly more expensive than underwriting against earthquake-prone construction or developing industry plans for loss mitigation temporary accommodation and building material controls. It is important to realise that only when the true cost of insurance capacity becomes fully understood, will alternate solutions become economically attractive so that they are more aggressively pursued.

### The Cost of Capacity

The cost of capacity is driven either by an expected minimum return on equity or by a technical method of exposure rating. Since you and I are discussing *additional* catastrophe capacity, I will assume we are dealing with 200-year to 500-year loss events. From the perspective of pure technical exposure, this means a "technical" rate of from 0.5%, or payback in 200 years, to as low as 0.2%, or payback in 500 years.

While these rates may sound attractive to a reinsurance buyer, they are not practical to the capacity "lender." Reinsurers around the world expect a reasonable return from the capital they commit to catastrophe underwriting. Even though Canada has a relatively low earthquake *frequency* it nevertheless offers a loss *severity* that matches or exceeds most other parts of the world. International reinsurers will be disinclined to favour us without a reasonable return.

631

A reinsurer risks its capital in anticipation of a better return on equity, and because the owners have the option to invest in alternative activities in any part of the world, they have a right to expect a much better pretax return on money used for the risky business of catastrophe reinsurance. A pretax return of 20% is frequently cited. Some would consider that to be low.

Since the reinsurer must match potential liabilities with actual funds, reinsurance premiums and capital must *at least* equal the capacity provided. Catastrophe capacity of \$100 million would require a combination of premiums and capital totalling at least \$100 million. In reality, additional premium is needed in order to cover acquisition expenses, salaries, potential claims handling fees, margins of safety and other costs. The \$100 million of premiums and capital, if invested cautiously, will return, perhaps, 7%. Therefore, a further 13% return is needed to reach the target of 20% ROE. This 13% must come from reinsurance premiums.

The problem is this: If a Canadian reinsurer uses its capital to write additional earthquake exposures in British

632

Columbia, then the mathematics becomes brutally unkind. In our example, we need at least \$11.5M<sup>4</sup> of reinsurance premium in order to protect \$100M of additional earthquake exposure. This equates to a very “untechnical” rate of 11.5% “on line,” or the equivalent of less than a seven year payback. If domestic reinsurers were asked to fill a \$4 billion shortfall in British Columbia earthquake capacity at this rate on line, then the required minimum net reinsurance premiums would amount to \$460 million. Gross reinsurance premium would be more like \$540 million, and primary policy premium required, after commissions, taxes and other operating expenses, would bring the required premiums to about \$770 million. Assuming there are one million homes and businesses in the earthquake effected areas of British Columbia, each policyholder would have to pay a further \$770 just for the *additional* earthquake protection. Annually.

I think it should be clear that Canada’s domestic reinsurers, no matter how plentiful, cannot address the earthquake capacity problem without recourse to world-wide capital resources.

Fortunately, international reinsurers are able to use their capital over and over again by selling catastrophe treaties in many seismically distinct parts of the world. If such a reinsurer can apply its capital to eight or ten points on the globe, then each region can be charged a lower premium, so long as total collected premiums still equal 13% of Capital. Thus, the rate on line in any one location could drop from 11.5%, in our example above, to perhaps 2% or so, and still produce the necessary ROE.

There is a temptation to conclude that, through easy access to more and more unlicensed reinsurers, Canadian

---

<sup>4</sup>Premium P plus capital C must at least equal exposure of \$100M

Premium P must be at least 13% of capital C

$$\begin{array}{rcl}
 P + C & = & \$100M \\
 P & = & 0.13 C \\
 \text{Therefore} & & 0.13C + C = \$100M \\
 \text{Therefore} & & C = \$88.5M \\
 \text{and} & & P = \$11.5M
 \end{array}$$

insurers could benefit from world-wide spread and enjoy even lower catastrophe rates. Could a reinsurer protecting 20 locations reduce its rate on line to 1%? The answer is no, because theoretically speaking, the technical rate overtakes the ROE rate somewhere around eight or ten locations. By writing in ten earthquake regions, we saw the reinsurer get its rate on line down to 2%. However, by reinsuring ten regions, each with a technical 500-year payback, the reinsurer's portfolio of catastrophe treaties has itself climbed to a theoretical payback of 50 years (500÷10). This 50-year payback equates to 2% on line, and so we discover that the minimum technical rate crosses the minimum investment rate at that point and is prevented from going any lower. This is why we see the widespread use of 2% rate on line for most top layer catastrophe treaties - in Canada and in those other parts of the world that do not command more.

633

(When I see a rate on line of less than 2%, I must conclude that the quoting market is prepared to live with a lower ROE despite the considerable risk, that the reinsurer is making a short-term concession for commercial reasons, that no one has explained the cost of capacity to the individual underwriter, or perhaps some combination of these possibilities. But I digress.)

It must be appreciated that Canadian reinsurers cannot survive on an exclusive diet of 2% premium-to-capital ratios. Even with access to overseas parents and foreign retrocessionaires, domestic reinsurers cannot satisfy their shareholders' demands with such inefficient use of their Canadian-based capital. The highest layers of catastrophe reinsurance must remain the domain of international reinsurers, and for that reason, international reinsurance capacity should be made as accessible to Canadian insurers as possible. This is why your proposal deserves serious study.

I agree with the concept of creating a defined "acceptance status" for unlicensed reinsurers wishing to write Canadian catastrophe exposures. I also agree with you that carelessly opening the doors to quasi-licensed reinsurers could create problems if guidelines are not carefully defined and

---

monitored. I do not want to discover the quasi-licensed catastrophe writer suddenly quoting automobile excess and property surplus treaties. You suggest that OSFI would find it hard to define the point at which a "catastrophe specialist" had crossed the line and become a "general reinsurer." However, I disagree. Or rather, I offer a simple solution that establishes unequivocal parameters while accomplishing precisely what you set out to achieve.

**634** The special licence should apply solely to the class of Earthquake Reinsurance.

I see no problem in the fact that there is no such class within OSFI's current definitions. Certainly, that fact has not prevented reinsurance brokers from marketing "earthquake only" catastrophe covers for the last two or three years. The description leaves no room for ambiguity, and there is no possibility of the unlicensed reinsurer dropping down into the "all perils" catastrophe layers where such unneeded capacity could be counter-productive. Personally, I think this is an elegant solution. I leave it to brokers, OSFI and industry lobbyists to work out the details and the financial qualifications for acceptable earthquake writers.

### **Sources of New Capacity**

Earlier in this letter, I described how the insurance/reinsurance industry has calculated the price of capacity. Unfortunately, 2% on line may still seem rather expensive. Even at this rate, a further \$4 billion of British Columbia earthquake protection could require additional premiums of \$140 from every policy holder in Vancouver. Although this is no longer a ridiculous price, it is still too high.

A government-sponsored earthquake pool, devoid of premium taxes, brokerage and most other acquisition costs, could address some of the capacity shortfall. The pool would be efficient to the extent that most premium collection costs are eliminated. But it must be understood that, until the fund is built

up over the next 200 years, its “capital” is simply a government promise that taxpayers will pay any loss.

More promising solutions will come from imaginative new ways of buying and selling risk. The Chicago futures market hints at faster and more efficient means of sharing and transferring catastrophic risk. If our industry does not find creative ways of financing and trading capacity, then other financial industries may soon step in and offer less expensive alternatives to reinsurance. We must explore more efficient ways of balancing exposures and spreading the investment risk over wider areas and longer periods of time. These steps would reduce costs and could introduce balance safety sufficient to justify lower ROEs. This, if you accept the mathematical arguments above, would allow a significant reduction in the minimum acceptable rate on line for the highest additional layers of earthquake reinsurance.

635

At the very least, technological advances will make the world-wide distribution of reinsurance far more efficient and correspondingly less expensive than it is today. I was only partially joking about treaty proposals on the internet.

Yours sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "David E. Wilmot". The signature is fluid and elegant, with a large initial 'D' and 'W'.

David E. Wilmot



# Études techniques

par

Rémi Moreau

## **Résumé de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* et certains exemples liés à la pratique de l'assurance**

### **Application de la Loi**

637

La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* fut adoptée et sanctionnée le 15 juin 1993. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1994. Cette loi s'applique à toutes les entreprises privées ou institutions financières qui, directement ou indirectement, recueillent, détiennent, utilisent des renseignements de nature personnelle ou communiquent des renseignements personnels à des tiers. Le terme « entreprise » utilisé dans la Loi englobe les institutions financières et les autres types d'institutions, qu'elles soient ou non à caractère commercial. Les sociétés d'assurance et les cabinets de courtier d'assurance ou d'expert en sinistre sont donc régis par cette législation.

Cette Loi ne s'applique toutefois ni aux activités journalistiques ni aux organismes publics soumis à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Rappelons qu'un chapitre (articles 35 à 41 C.c.Q.) du nouveau Code civil du Québec est consacré au respect de la réputation et de la vie privée. L'article 37 C.c.Q., plus particulièrement, prescrit les obligations des personnes (physiques ou morales) qui constituent un dossier sur une autre personne alors que les articles 38 à 40 C.c.Q. concernent les droits des personnes qui font l'objet d'un dossier. Les dispositions du Code civil du Québec s'appliquent, bien que les

---

parties en cause ne soient pas visées par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

### **L'étendue des dossiers**

638 Non seulement la Loi vise-t-elle les renseignements les plus intimes, tels des renseignements médicaux, mais elle vise également tous les renseignements sociaux, politiques, économiques, religieux, judiciaires, ou autres sur un individu. L'expression « renseignement personnel » est défini de façon très large, à l'article 2 de la Loi, comme étant « tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier ».

La Loi ne semble pas interdire à un organisme de s'exprimer verbalement sur une personne, sous réserve de ses devoirs d'éthique professionnelle envers ses membres. Elle ne vise que des renseignements écrits ou consignés (incluant tout support informatique ou photographique, tout microfilm, etc.), pour une courte ou une longue période.

Bien que les renseignements obtenus doivent l'avoir été de la personne concernée, il est également possible de les obtenir d'un tiers. Dans ce dernier cas, toutefois, leur exactitude doit être vérifiée.

À cet égard, les renseignements personnels viseraient non seulement les renseignements préparés par une société d'assurance (collecte de données internes, dossiers de sinistres, dossiers de souscription, etc.), mais aussi les renseignements obtenus par d'autres entreprises (rapports d'expertise ou autres rapports). De même, la Loi se rapporte à des renseignements détenus par un organisme et non seulement à des renseignements faits ou réalisés par un organisme.

L'article 5 de la Loi prescrit à tout organisme qui constitue un dossier d'y inscrire son objet. Le dossier, en conséquence, ne doit contenir que des renseignements nécessaires à la poursuite de cet objet, en raison d'un intérêt sérieux et légitime, tel que mentionné à l'article 4 de la Loi.

L'expression « intérêt sérieux et légitime » n'est pas définie. Un motif est sérieux s'il permet à une entreprise de fonctionner d'une façon appropriée. Il est légitime s'il est légal et s'il est conforme aux objets et aux pouvoirs de l'entreprise.

En pratique, chaque fois qu'une société d'assurance constitue un dossier de sinistre, elle doit le faire en se référant à une personne précise. Pourront y figurer tous les éléments d'appréciation du sinistre et tous les éléments permettant d'arriver (ou d'arriver éventuellement) à une décision.

Si la société d'assurance n'a pas un intérêt sérieux et légitime à garder un document précis dans un dossier, comme une facture contenant une foule d'informations et qui n'aurait rien à voir avec le sinistre, elle devra le détruire. Elle ne doit conserver que les renseignements qui lui sont nécessaires.

639

Une pratique actuelle, bien qu'encore non inscrite dans la jurisprudence, veut que les notes manuscrites personnelles dans un dossier constituent des renseignements personnels, au sens de la Loi.

L'article 5 de la Loi précise en outre que les renseignements personnels doivent être obtenus par des moyens licites.

La Loi prescrit aussi que soit inscrite au dossier la source des renseignements recueillis par un organisme. À l'exception des réserves établies à l'article 6 de la Loi, les renseignements doivent être obtenus auprès de la personne concernée, à moins que cette dernière n'ait consenti à ce qu'ils soient recueillis auprès de tiers.

De plus, en vertu de l'article 8, la Loi prescrit que l'organisme doit informer la personne auprès de laquelle sont recueillis des renseignements personnels quant à l'objet du dossier et à l'utilisation qui en sera faite.

Autre exigence législative, la Loi interdit à un organisme de refuser un service à une personne qui aurait refusé de fournir un renseignement personnel. Il ne faudrait pas

---

interpréter cette disposition à l'encontre d'une exigence contractuelle, comme le devoir de l'assuré de faire les déclarations initiales du risque, tel qu'exigé, ou de déclarer une éventuelle aggravation du risque, dont le non-respect peut entraîner la nullité du contrat.

### **La détention et l'utilisation de renseignements personnels**

640 L'article 10 de la Loi précise que l'organisme doit d'abord s'assurer que les renseignements obtenus demeurent confidentiels et qu'il doit prendre toutes les mesures de sécurité qui s'imposent pour en interdire l'accès aux intrus (clés, codes d'accès, etc.).

En vertu de l'article 20, l'organisme ne doit permettre à ses préposés ou employés, ou encore, à ses éventuels sous-mandataires, de détenir ou d'utiliser les renseignements obtenus que pour l'exécution d'un mandat précis. L'entreprise ne pourrait pas, non plus, communiquer à un autre employeur des renseignements personnels sur un ancien salarié.

L'entreprise doit s'assurer que les personnes qui ont accès aux dossiers soient tenues à la confidentialité et ce, par des directives ou des procédures précises. Dans l'éventualité où les renseignements devaient être transmis à une autre personne, le mode de transmission devrait offrir de strictes garanties de confidentialité. À cet égard, l'utilisation d'un télécopieur peut être problématique, quoique certaines procédures peuvent être adoptées. En effet, on peut rédiger une mention confidentielle sur le bordereau de transmission, obtenir l'assurance que le document a été reçu par le destinataire et transmettre les renseignements uniquement durant les heures de bureau.

De plus, la Loi stipule à l'article 11, que l'organisme doit veiller à ce que les renseignements soient exacts au moment où ils sont utilisés. Un système de mise à jour devrait donc être instauré par l'organisme. Cependant, la Loi est muette au regard d'un dossier incomplet ce qui, par le fait même, le rend erroné.

La Loi mentionne, à l'article 13, que l'organisme qui désire utiliser un renseignement personnel à une fin autre que celle pour laquelle le dossier a été constitué, doit obtenir le consentement de la personne concernée.

À titre d'exemple, une société d'assurance ne pourrait utiliser, sans le consentement d'un assuré, une information ayant trait à la sinistralité pour lui imposer un service de prévention ou pour confectionner une liste de clients potentiels à cet égard, qui serait accessible à un autre organisme.

On peut se poser la question suivante, à savoir si la société d'assurance pourrait utiliser un renseignement dans le dossier sinistre d'une personne dans le but de lui imposer une nouvelle tarification. Cette question heurterait de front, croyons-nous, le contrat des assurances et la proposition qui est basée sur la sinistralité antérieure.

Pour être valable, le consentement quant à l'utilisation de renseignements personnels à des fins non mentionnées doit, selon l'article 14, être « manifeste, éclairé et donné à des fins spécifiques ». Par exemple, un consentement donné sous pression ou à la suite de fausses représentations n'est pas valable. Le consentement peut être donné par écrit ou verbalement. Il serait approprié qu'il soit donné par écrit, en utilisant un formulaire de consentement rédigé à cet effet. L'entreprise doit conserver un tel formulaire ; il peut servir de preuve à l'effet qu'une autorisation a été donnée.

### **La communication des renseignements personnels et le consentement des personnes concernées**

La Loi prohibe toute communication de renseignements personnels à des tiers sans le consentement des personnes concernées. Des règles précises gouvernent l'obtention de tel consentement. L'entreprise pourrait utiliser un formulaire de consentement, similaire au formulaire précédemment mentionné. Comme dans le cas précédent, il faut noter que le consentement écrit n'est pas requis ; il demeure néanmoins préférable.

La Loi dispose en outre, en vertu de l'article 14, tout comme dans le cas de l'utilisation des renseignements personnels que nous avons examiné précédemment, que « le consentement à la communication ou à l'utilisation d'un renseignement personnel doit être manifeste, libre, éclairé, et donné à des fins spécifiques ». Ce consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. Un consentement qui n'est pas donné conformément aux dispositions déjà citées, est sans effet.

642

Il serait opportun d'examiner les possibilités de communiquer des renseignements personnels à d'autres organismes et d'identifier les organismes qui pourraient être visés. Dans cette éventualité, il faudrait prévoir une formule de consentement qui soit précise et conforme à la Loi, c'est-à-dire limitée dans le temps et dans l'espace. Par exemple, un consentement donné à une société d'assurance, à un bureau de courtage en assurance ou à un bureau d'expert en sinistre autorisant la communication d'un renseignement pour les fins d'un règlement d'un sinistre ne vaudrait que pour la durée requise pour régler ce sinistre.

Cependant, il importe de signaler que l'article 18 de la Loi comporte de nombreuses exemptions. En effet, le consentement n'est pas requis lorsque l'organisme communique des renseignements sur autrui aux personnes suivantes :

- à son procureur ;
- à toute personne chargée de prévenir ou de détecter un crime ;
- à toute personne à qui il est nécessaire de le faire en matière de convention collective ;
- à un organisme public ;
- à une personne ou un organisme ayant le pouvoir de contraindre à leur communication et qui requiert tels renseignements ;

- à une personne à qui elle doit être faite, dans une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé et la sécurité d'une personne concernée ;
- à une personne qui est autorisée à utiliser ce renseignement à des fins d'étude, de recherche ou de statistiques conformément à l'article 21 de la Loi (suivant une autorisation de la Commission d'accès à l'information) ;
- à tout préposé ou mandataire, lorsque ce renseignement est nécessaire à l'exécution de sa fonction ou de son mandat ;
- à un tiers, dans le cadre de la confection d'une liste nominative pour des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

643

Le législateur a prévu des dispositions particulières, aux articles 22 à 25 de la Loi, dans le cas des listes nominatives. L'entreprise peut utiliser elle-même les listes nominatives de ses clients ou de ses membres, sans leur consentement. Par contre, elle ne peut communiquer ces listes à une tierce partie, sans leur consentement.

### **Le droit d'accès et de vérification de la personne qui fait l'objet d'un dossier**

À ce chapitre, les articles 29 et suivants de la Loi précisent qu'un organisme doit permettre à toute personne de prendre connaissance des renseignements qui sont contenus dans un dossier à son sujet et d'y apporter des corrections. Seuls les renseignements factuels sont susceptibles d'être corrigés, et non les opinions contenues dans un dossier. Selon le nouveau Code civil du Québec, en référence à la Loi ici commentée, les renseignements inexacts, incomplets ou équivoques peuvent faire l'objet d'une vérification. Les renseignements inscrits ne représentant aucun intérêt pour le dossier, devraient également être retranchés.

En conformité avec l'art. 30 de la Loi, l'organisme devra consentir, soit à l'accès, soit aux vérifications ou corrections requises, dans les trente jours d'une demande écrite à cet effet. Le fait de ne pas donner suite à une telle demande, dans les délais impartis, équivaut à un refus. La Commission d'accès à l'information, qui serait éventuellement saisie du refus, devra trancher.

644 L'entreprise doit, après avoir procédé à des corrections, informer de ce fait toute personne à qui un renseignement personnel aurait été communiqué.

La Loi prévoit des exceptions au principe du libre accès : celles reliées à la nature d'un dossier (ex. domaine médical) ; celles reliées à la situation du requérant (par exemple, les personnes âgées de moins de 14 ans) ; et celles reliées aux conséquences potentielles de la divulgation d'un dossier (ex. possibilité de nuire à une enquête criminelle, à une procédure, à la réputation d'une personne).

### **La Commission d'accès à l'information**

L'article 42 de la Loi indique que la Commission d'accès à l'information peut jouer un rôle d'arbitre car elle a juridiction pour régler toute mésentente. Le délai pour saisir la Commission, à cet égard, est de 30 jours. La Commission a également le pouvoir de nommer un médiateur. Selon l'article 61 de la Loi, il est possible d'en appeler d'une décision de la Commission devant la Cour du Québec, si la demande est autorisée préalablement par un juge de cette Cour.

Outre son rôle d'arbitre, l'article 81 de la Loi stipule que la Commission peut aussi faire enquête.

### **Les sanctions**

Quiconque refuse de se conformer aux dispositions de la Loi est passible de sanctions pénales, comme le prescrit l'article 91. La Loi impose des amendes de 1 000 \$ à 10 000 \$ et, en cas de récidive, de 10 000 \$ à 20 000 \$.

Si l'infraction est commise par une personne morale, l'article 93 de la Loi mentionne que l'administrateur, le dirigeant ou le représentant de cette personne morale qui a autorisé l'acte fautif est passible des peines prévues.

### **Conclusion**

En résumé, nous croyons qu'à l'instar de toute personne morale, les sociétés d'assurance détenant un permis pour exercer leurs activités au Québec, les bureaux de courtage en assurance ou les bureaux d'experts en sinistres peuvent trouver opportun de mettre en place des procédures concrètes concernant la détention, l'utilisation, la communication et le droit d'accès et de vérification des renseignements personnels concernant leurs clients. Dans cette optique, il faudrait préparer des formulaires pour obtenir des personnes visées leur consentement à communiquer les renseignements à des tiers, pour des fins précises.



# Chronique juridique

par

R.M.

## 1. Le droit de l'assureur d'indemniser ou de réparer à la suite d'un sinistre

En avril dernier, la Cour d'appel<sup>1</sup> rendait un jugement portant sur le droit des assureurs de reconstruire un immeuble incendié au lieu de verser l'indemnité monétaire prévue au contrat.

647

Dans cette affaire, l'assuré contestait l'option qu'avait l'assureur de pouvoir reconstruire l'immeuble au lieu de verser l'indemnité, en alléguant que la mésentente entre eux reposait uniquement sur l'évaluation du sinistre. L'assuré prétendait que ce genre de conflit entre un assureur et un assuré, portant strictement sur une divergence quant au montant de l'indemnité, devait être réglé par arbitrage, selon les prescriptions de la loi.

La Cour supérieure rejeta la requête de l'assuré qui visait à déférer le litige en arbitrage. L'appel de l'assuré, qui fait l'objet de cette chronique, fut également rejeté.

Le tribunal d'appel considère que l'assureur peut, en vertu de l'article 2586 C.c.<sup>2</sup>, « se réserver la faculté de réparer, rebâtir ou remplacer la chose assurée ». On retrouve également dans la police (clause 9 des dispositions générales) une disposition similaire. Elle se lit comme suit :

Sauf s'il y a arbitrage, l'Assureur, au lieu de verser ses indemnités en espèces, peut, moyennant un avis écrit de son intention dans les 15 jours suivant la réception par lui de la demande d'indemnité, réparer, reconstruire ou

---

<sup>1</sup>*Gaston Fecteau c. La Royale du Canada*, (1995) R.R.A. 292.

<sup>2</sup>Le nouvel article 2494 C.c.Q. est au même effet.

remplacer les biens sinistrés au moyen d'autres biens de même nature et qualité, à charge pour lui d'entreprendre et d'exécuter les travaux nécessaires dans les meilleurs délais.

À la lumière de cette disposition, on constate que le droit de l'assureur est assujéti à deux conditions : son devoir d'aviser l'assuré et l'obligation qu'aucune procédure d'arbitrage ne soit enclenchée.

648

La Cour d'appel conclut que l'assureur pouvait agir comme il l'a fait, selon les prescriptions de la loi et du contrat, puisque aucune procédure d'arbitrage n'avait été enclenchée au moment où l'assureur exerçait son option de reconstruire plutôt que d'indemniser. Selon le tribunal, les mots « Sauf s'il y a arbitrage », qui sont stipulés dans la disposition précitée, doivent s'entendre d'un arbitrage déjà engagé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Toutefois, l'assuré n'est pas pour autant empêché de recourir à l'arbitrage, puisqu'une autre disposition contractuelle le permet. En effet, l'arbitrage est un droit exprimé dans tous les contrats d'assurance. En vertu de la disposition générale 13 de sa police, il pourrait exiger l'arbitrage, s'il désire contester la suffisance des coûts de réparation, mais uniquement après que les travaux auront été effectués par l'assureur.

## **2. L'exclusion portant sur le suicide de l'assuré est Inopérante si le suicide survient après deux ans d'assurances Ininterrompues : un litige portant sur deux assurances distinctes**

Dans cette affaire, l'assuré avait présenté une demande pour adhérer à un régime d'assurance comprenant, d'une part, une assurance sur la vie et, d'autre part, une assurance invalidité et il avait versé la prime totale. Une semaine plus tard, il écrivit à son courtier pour lui demander de modifier sa proposition, en vue d'augmenter la période du délai de carence de l'assurance invalidité et d'obtenir une assurance-maladie pour lui-même, sa conjointe et ses enfants.

L'assureur a accepté la première demande, sans modifications. Deux semaines plus tard, il accepta la seconde demande, avec modifications.

L'assuré s'est suicidé le 26 novembre 1987, soit deux ans après l'acceptation de la première assurance ; toutefois, le suicide est intervenu alors qu'il n'y avait pas eu deux ans d'assurance ininterrompue, en ce qui concerne la deuxième demande d'assurance.

Selon la loi, l'assureur peut invoquer une clause d'exclusion contenue dans la police portant sur le suicide de l'assuré, si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue. Le Code civil stipule ce qui suit :

649

Le suicide de l'assuré n'est pas cause de nullité.  
Toute stipulation contraire est sans effet si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue<sup>3</sup>.

Mais l'assureur peut-il invoquer le fait que la proposition, signée par l'assuré, comportait deux volets (assurance vie et assurance invalidité) et qu'elle formait un tout indivisible, de sorte que l'acceptation ultérieure de la deuxième assurance lui donnait le droit de se prévaloir de l'exclusion portant sur le suicide de l'assuré ?

Dans cette affaire<sup>4</sup>, le tribunal conclut que le proposant cherchait deux assurances distinctes et que les deux propositions étaient divisibles. Comme la proposition portant sur l'assurance vie a été acceptée sans modifications le 25 novembre 1985 et que le suicide est survenu le 26 novembre 1987, l'assureur n'était plus légalement autorisé à invoquer l'exclusion précitée.

---

<sup>3</sup>Art. 2532 C.c. Remplacé par l'art. 2441 C.c.Q.

<sup>4</sup>*La Compagnie d'assurance-vie du Québec et une autre c. Jeanne Ghanimé Paré*, (1995)

### 3. L'exclusion relative au vol de biens commls par un employé de l'assuré

S'appuyant sur une exclusion de la police, les assureurs refusent d'indemniser leur assuré pour un vol d'outils commls par un employés.

Dans cette poursuite<sup>5</sup>, l'assuré reproche aux défendeurs, qui agissaient comme courtiers d'assurance, de l'avoir mal conseillé dans le cadre de son programme d'assurance commerciale.

650

Signalons d'abord les faits suivants, mis en preuve. Le courtier s'était rendu chez le demandeur, propriétaire d'une boutique d'ébénisterie, pour s'enquérir des besoins de ce futur client. Ce dernier manifesta le désir d'être assuré contre le feu et contre le vol, mais se déclara non intéressé pour une assurance contre le vol avec violence et une assurance contre le vol d'argent. Le courtier omis cependant de lui mentionner que le vol de biens (autre que le vol d'argent) commls par un employé, était exclu.

Le défaut du courtier de ne pas avoir informé son client au sujet de la protection concernant le vol de biens engage-t-il sa responsabilité? Le tribunal conclut que le bureau de courtier, en tant que personne morale, ainsi que le courtier d'assurance, en tant que personne physique, ont mal exécuté leurs obligations. Selon la cour, la faute est appréciée sur la base du mandat quant au cabinet de courtage et sur la base quasi délictuelle quant au courtier lui-même.

On constate que le devoir de renseignement et de conseil du courtier est sanctionné sévèrement par les tribunaux. À titre de mandataire de l'assuré, le courtier ne peut se soustraire à ses obligations en arguant, comme moyen de défense mais sans en faire la preuve, que même s'il avait proposé au demandeur d'assurer le vol de ses biens, aux termes d'un avenant particulier,

---

<sup>5</sup> *André Galarneau c. Les Assurances Marcel Hamel Inc.*, (1995) R.R.A. 406.

celui-ci aurait refusé en raison du coût prohibitif de cet avenant. Nous citons le tribunal :

... c'est aux défendeurs qu'incombait le fardeau de faire la preuve du moyen qu'ils invoquent à l'effet que le demandeur n'aurait pas eu les moyens de payer la prime ... Ce sont des présomptions que les défendeurs invoquent pour conclure à l'incapacité du demandeur d'acquitter la surprime applicable à l'avenant 3-D. La preuve à cet égard ne fait naître que des doutes, les présomptions soumises n'étant ni graves, ni précises, ni concordantes.

651

**4. L'assureur ne peut être subrogé contre les personnes qui font partie de la maison de l'assuré**

À la suite d'une explosion survenue dans le garage, un assureur verse la somme de 71 312 \$ à son assuré. Il est admis que cette faute est imputable au défendeur, en l'occurrence le frère de l'assuré.

Dans cette cause<sup>6</sup>, l'assureur désire être remboursé du montant qu'il a été appelé à payer à l'assuré, en se fondant sur son droit d'être subrogé dans les droits de l'assuré contre toute tierce personne responsable du sinistre. L'article 2576 C.c. se lit comme suit :

À concurrence des indemnités payées par lui, l'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables, sauf s'il s'agit des personnes qui font partie de la maison de l'assuré.

Il est mis en preuve que le frère de l'assuré était autorisé à utiliser le garage, en soirée, pour y poser des sièges à l'arrière de sa camionnette. La question qui se pose est la suivante : le frère de l'assuré fait-il partie de la « maison de

---

<sup>6</sup> *Le Groupe Commerce, Compagnie d'assurances. c. Benoît Martel*, (1995) R.R.A. 496.

l'assuré », lui permettant de bénéficier de l'exonération prévue dans l'article précité ?

Après avoir passé en revue la jurisprudence sur cette question<sup>7</sup>, le tribunal conclut que l'expression « personnes qui font partie de la maison de l'assuré » doit être interprétée de façon non restrictive. Dans cette perspective, on peut facilement concevoir, selon le jugement d'une cour d'appel, cité en renvoi, que les personnes suivantes font partie de la maison de l'assuré :

652

- les membres de la famille, soit qu'ils y vivent ou à l'occasion de visites ;
- les autres personnes qui y vivent ou qui y travaillent régulièrement (employés, domestiques, jardiniers) ;
- les personnes qui viennent y exécuter un travail et qui y posent des gestes sous les instructions et la surveillance du maître des lieux.

Selon l'arrêt cité, le juge Chouinard écrit que le but du législateur est d'éviter que l'assureur ne poursuive en justice des personnes que l'assuré n'auraient pas poursuivies en raison des liens qu'il a avec elles.

Dans cette affaire, la Cour supérieure, forte de ces critères, conclut que l'assureur ne pouvait exercer ses droits de subrogation contre le frère de l'assuré, responsable de l'explosion, puisqu'il fait partie de la « maison de l'assuré ».

Ce jugement a été porté en appel.

##### **5. Sur le sens du mot « déclarations » mentionné dans l'article 2482 C.c.**

Voici un jugement qui saura dissiper quelques malentendus. Dans une récente décision<sup>8</sup>, la Cour supérieure, est appelée à interpréter le sens du mot « déclarations », dans

<sup>7</sup>Gagné c. Groupe La Laurentienne, (1990) R.J.Q. 1819 (C.A.).

<sup>8</sup>Donald Bilodeau c. La Souveraine, Compagnie d'assurance générale, (1995) R.R.A. 524.

l'article 2482 C.c., al. 1, devenu l'article 2403 C.c.Q.<sup>9</sup>, lequel se lit comme suit :

Sauf les dispositions particulières à l'assurance maritime, l'assureur ne peut invoquer de conditions ou déclarations qui ne sont pas énoncées dans le contrat.

(notre soulignement)

Dans le cadre d'une action en réclamation d'indemnités d'assurance à la suite de l'incendie d'un centre horticole, il est admis que le demandeur a fait des fausses déclarations à son assureur en complétant la proposition exigible. Il allègue dans son action que les déclarations contenues dans sa proposition ne sont pas annexées à la police et que, en conséquence, l'article 2582 C.c. interdit à l'assureur de les invoquer.

653

Le tribunal lui donne tort. Le mot « déclarations », au sens de cet article, n'inclut pas les déclarations fausses d'un proposant, tel que prévu en vertu de l'article 2487 C.c. Alors que les fausses déclarations sous l'article 2487 C.c., faites par le preneur qui désire souscrire initialement une protection d'assurance, ont pour effet d'entraîner la nullité du contrat, les déclarations, au sens de l'article 2482 C.c. ont pour but de protéger l'assuré contre des conditions ou des déclarations qui émanent de l'assureur et qui ne figurent pas dans le contrat d'assurance. Le tribunal observe que les deux stipulations ont pour cadre un contexte différent. La première est dans l'intérêt de l'assureur ; la seconde, dans l'intérêt de l'assuré.

La remarque suivante du tribunal, en refusant l'interprétation de l'assuré, est fort juste : « Il est inconcevable que le législateur veuille protéger l'assuré contre son propre dol dans un domaine où la bonne foi doit prévaloir ».

---

<sup>9</sup>Le nouvel article 2403 C.c.Q. est conforme au premier alinéa de l'article 2482 C.c.

**6. La mauvaise foi doit être déclarée par le tribunal et non par l'assureur**

654 L'article 2472 C.c.Q. précise que « toute déclaration mensongère entraîne pour son auteur la déchéance de son droit à l'indemnisation à l'égard du risque auquel se rattache ladite déclaration ». À titre d'exemples, l'article 2471 C.c.Q. prévoit que l'assuré doit faire connaître à l'assureur, si ce dernier le demande : les circonstances entourant le sinistre, la nature et l'étendue des dommages, l'emplacement du bien, et lui fournir des pièces justificatives. Selon le jugement rendu dans *Picard c. Compagnie d'assurance Continental du Canada*<sup>10</sup>, toute déclaration mensongère relativement à ces renseignements dénature le risque. Le fardeau d'établir qu'une déclaration est mensongère repose sur les épaules de l'assureur. En matière d'assurance, la bonne foi de l'assuré se présume toujours.

Des assureurs tentent parfois de se soustraire à leur double obligation de défendre et d'indemniser, en matière d'assurance de responsabilité, en raison d'allégations de malhonnêteté ou de fraude, en affirmant unilatéralement que la police est nulle. Si évidente que soit la mauvaise foi de l'assuré, elle doit obligatoirement être prononcée par un tribunal et le fardeau d'en faire la preuve incombe à l'assureur. Selon la jurisprudence, il doit prouver la matérialité de la fausse déclaration qui a conduit à modifier ou dénaturer le risque et son caractère intentionnel.

La preuve d'une déclaration mensongère peut être soit directe, soit circonstancielle : il suffit alors de se demander, comme le rappelle l'arrêt *Banque Nationale du Canada c. Home Assurance Co.*<sup>11</sup> si la preuve est compatible avec la bonne foi de l'assuré.

---

<sup>10</sup>(1986) R.R.A. 114.

<sup>11</sup>(1981) R.P. 60.

**7. Les ayants droit d'un assuré décédé avant l'émission d'une police ont-ils droit au paiement de l'indemnité ?**

Telle est la question que le tribunal doit résoudre, dans cette poursuite<sup>12</sup>, puisque au moment du décès de l'assuré, la police d'assurance vie qui avait été demandée par ce dernier n'était pas encore émise et l'assureur faisait enquête pour décider s'il était assurable.

À la suite du décès, l'assureur refuse d'accepter la proposition, en alléguant le casier judiciaire du proposant. Il considère l'assurance demandée comme n'ayant jamais pris naissance.

655

Ses héritiers estiment que la proposition, à l'origine de la demande, ne fait pas mention que la protection à venir dépend d'une preuve préalable d'assurabilité.

Selon le tribunal, la question aurait dû être posée dans la proposition, s'il était important pour l'assureur de savoir si le proposant avait été condamné pour possession de drogues et de stupéfiants. La simple mention dans la proposition de « consommation de drogues » ne signifie pas la même chose que « possession de drogues ».

Après avoir passé en revue trois décisions judiciaires sur cette question, le tribunal conclut que l'assureur doit indemniser les ayants droit du proposant.

**8. Le décès d'un pompier dans l'exercice de ses fonctions est-il accidentel ?**

L'époux de la demanderesse, exerçant le métier de pompier, meurt d'un infarctus dans l'exercice de ses fonctions. Il est mis en preuve que le décès est dû à un effort physique intense, « plutôt inhabituel » dans ce genre de manoeuvre. Au moment de son décès, il était assuré pour une somme de

---

<sup>12</sup>Gilles Guimond c. La Prudentielle Compagnie d'assurance limitée, (1995) R.R.A. 455.

---

100 000 \$ en cas de mort accidentel en vertu d'une police d'assurance collective souscrite par son employeur.

La question qui se pose au tribunal<sup>13</sup> est la suivante : le décès est-il accidentel, de nature à donner raison à l'assureur, qui refuse à l'héritière toute indemnité dans cette affaire.

Résumons brièvement la nature de la police d'assurance qui fait l'objet de ce litige. La garantie n'est enclenchée que dans le cas d'un accident, tel que mentionné ci-dessous :

656

La perte couverte par la présente garantie doit être causée, directement ou indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels... »

Le tribunal y observe ce qui suit :

La clause de garantie de la police est claire et nette ; elle ne nécessite aucune interprétation : seule la mort dont la cause est accidentelle est couverte par la garantie de la police, non la mort dont la cause est naturelle.

Le tribunal rejette l'action de la demanderesse. Il décide que si la mort de l'assuré est accidentelle, puisqu'elle est survenue à l'occasion d'un effort dans l'exercice de ses fonctions, elle ne provient pas exclusivement de moyens externes violents et accidentels (au sens de la disposition ci-dessus). Elle est plutôt la conséquence d'un accident causé par la maladie. En d'autres termes, le tribunal considère que lorsqu'une personne « use de surmenage et exige de son corps le déploiement de forces qui dépassent ses capacités, elle se place dans une situation dangereuse susceptible de provoquer un accident dont elle deviendra volontairement la victime ».

---

<sup>13</sup>*Pierrette Lacoste c. SSQ Mutuelle Société d'Assurance-Gruppe*, (1995) R.R.A. 478.

Selon le tribunal, le sort a voulu que l'assuré soit décédé à la suite d'un effort particulier qui l'a terrassé et n'eût été de cet effort, il ne serait pas mort ce jour-là. La mort n'est donc pas accidentelle et la garantie accordée par la police est inopérante.



## Document

### Insurers wage war on fraud\*

by

the Insurance Bureau of Canada

659

The insurance industry is determined to do something about the all-too-prevalent crime of insurance fraud. That insurance fraud is against the law may seem obvious, but reality is that many Canadians do not consider most insurance fraud a crime.



That's why, in 1993, the Insurance Bureau of Canada, along with other members of the insurance industry, launched the National Task Force on Insurance Fraud to investigate and make recommendations on the problem of insurance fraud. One result of the Task Force's work was the creation of the Canadian Coalition Against Insurance Fraud in June 1994. The Coalition includes the insurance industry, fire and police organizations, government and private business, and advocacy groups such as the Consumer's Association of Canada.

A common public attitude is that fighting insurance fraud wastes police time and resources on a problem that isn't so serious - like a white lie, really. After all, doesn't everybody fudge the facts a bit when dealing with insurance companies?

---

\* First published in *The IBC Insurance Fraud Reporter*, April 1995.

---

## **Fraud picks everyone's pockets**

Property and casualty insurance fraud in Canada costs \$1.3-billion a year in fabricated and exaggerated claims. It is a crime that picks not only the pockets of insurance companies and its clients, but drains the coffers of organizations such as fire and police services, already struggling to operate effectively within lean budgets. The cost of insurance fraud for police, courts, corrections, medical resources and legal aid is roughly another billion dollars, bringing us to \$2.3-billion. (These figures do not include public sector auto-insurance fraud or fraud related to commercial insurance lines.)

660

## **Some don't know that insurance fraud is a crime**

Ten to 15% of the cost of insurance fraud is the result of fraud. Strangely, research shows that although Canadian consumers make the link between fraud and higher premiums, many can still find the justification for committing insurance fraud. Why do normally law abiding people commit insurance fraud?

One answer is ignorance — many consumers are not aware that insurance fraud is a crime. Another answer is attitude — a great number of Canadians don't consider insurance fraud a serious breach of the law, or they pass it off as something "everyone" is doing, so it's okay. Attitude is especially relevant to what we call opportunistic fraud: like inflating a claim a little to "cover the deductible", or a lot to recoup the premium too.

Of course, insurance fraud happens for reasons other than the widespread perception that it's not actually a crime. For example, an IBC study shows that about 40% of Canadians believe, in varying degrees, that there isn't much chance of being caught at insurance fraud (in fact, some industry practices may even encourage it). The Coalition is working on programs that address many causes of insurance fraud, mainly through efforts to increase public awareness of the implications of insurance fraud, and by improving business practices and campaigning for changes to relevant laws and regulations.

---

Studies also show that close encounters with insurance (through buying policies and making claims) is likely to reinforce the perception that fraud generally escapes detection.

As we search for solutions to insurance fraud, the next step is to consider logically who should be responsible for curbing it. IBC research shows that, despite the general acceptance of insurance fraud, most Canadians believe their home and car insurance premiums will cost more in the future because of people cheating on claims.

The public clearly places responsibility for action firmly at the feet of the insurance industry. Over three-quarters of those polled by IBC believe that a solution to insurance fraud should be crafted by the industry itself. In contrast, only 5% think that police should do more to solve the problem, and only 26% believe the solution rests with policyholders.

The mandate of the Canadian Coalition Against Insurance Fraud is to promote changes to industry practices and legislation that would make fraud harder to commit and easier to detect and punish. Another goal is to change public attitudes through education.

### **Many volunteers**

The Canadian Coalition Against Insurance Fraud includes nearly 70 participating organizations; more than 100 volunteers (aided by one run-off-her-feet, full-time staff member, Ann Walker) work on a host of committees. The Coalition's diverse membership includes most players in the property and casualty insurance industry — insurance companies, brokers, investigators, and the government auto insurers of British Columbia and Manitoba. There are representatives from police and fire services and consumer advocates. And organizations such as the Consumers Association of Canada, Canadian Cycling Association and KPMG — the country's largest accounting firm — are also active in the Coalition's work.

---

The Coalition's insurance delivery committee recognizes that part of the solution for insurance fraud will be found within the industry and the way it operates. When insurance companies don't ensure that a claim is legitimate, they sometimes unintentionally give policyholders the impression that it's OK to commit fraud. Do insurance companies always inspect the damage being claimed? Are policyholders always asked to substantiate their claims for stolen goods? The answer, to often, is no.

662

The industry is examining ways to stem fraud by redesigning the policy-issuing process. Consider that today, most Canadians insure their cars by phone. Pre-inscription can help avoid the problem of insuring "paper cars" or cars with undeclared existing damage. Owners would be required to present their vehicles for physical assessment before coverage is provided. Used in several U.S. States, pre-inspection helps to determine more accurately the worth of the vehicle — or whether it even exists — at the time it's insured. The Coalition is considering how to implement such an inspection program in a way that is fair and cost-effective for both consumer and insurer.

### **Central claims tracking**

The insurance delivery committee of the Coalition is considering a centralized system of tracking claims that would be accessible by insurers and police. Too often an insurance fraudster rejected by one company is able to acquire coverage easily from another, continuing his or her ways elsewhere; competitive insurance companies do not generally share information. However, by sharing information, not only can insurance companies track those with a history of insurance fraud, they can also follow trends in the industry and thus be in a position to deliver a better product to consumers. Of course, the options being investigated by the Coalition are based firmly on a strict privacy guidelines.

The delivery committee is also developing an "anti-fraud protocol" that will ask insurers to commit to actions that

---

help to identify, strengthen and standardize business practices which are effective in reducing fraud. The protocol will also be made public to demonstrate the commitment by insurers and brokers to reduce insurance fraud in Canada.

### **Civilian fraud penalties?**

The Coalition is developing recommendations for penalties for fraudulent claims. Currently, insurance fraud is generally dealt with by denying claims and/or cancelling policies. In more severe cases, the matter is turned over to police. The Coalition is currently researching the current use of penalties for fraud in Canada and may recommend that they be used more often. The report may include a recommendation for civilian penalties similar to those levied in some American states.

663

In the cases of serious, organized fraud, such as arson, adequate penalties already exist. What's needed is a commitment, and the resources, to ensure that suspicious cases are investigated thoroughly and suspects prosecuted.

Another Coalition committee is addressing issues of insurance fraud relating to investigation and enforcement both inside and outside the insurance system. This committee is exploring the possibility of having community colleges include insurance fraud in their programs for insurance, police and fire-fighting personnel. The Coalition's first such effort was a week-long seminar in which participants investigated opportunities for fraud in fire-damage insurance claim — from the exaggeration of a legitimate claim to outright arson. Insurance industry personnel are currently lecturing at command courses at the Ontario Fire College in Gravenhurst. The committee is also working to have fraud-awareness training included in accreditation programs of The Insurance Institute of Canada.

A third Coalition committee handles legal and regulatory considerations, including privacy and legal issues arising from proposed changes to business practices (such as insurance pre-inspection of cars). This committee is analysing

---

the merits of current laws and regulations for fighting insurance fraud.

Coalition committee number four deals with research and measurement. It works with other interested parties to document the extent of the problem so that the effectiveness of fraud counter-measures can be assessed.

664 A fifth Coalition committee deals with public awareness; its objective is to raise awareness of insurance fraud, highlighting the magnitude of the problem and promoting a better understanding of the impact of fraud on premium costs in particular and on society's dwindling resources generally. Using various communications tactics the Coalition is taking the message to consumers... you may have heard the radio advertising spots called "Fraud Fridays" which are airing in the three dozen communities across Canada. The themes, by now, are familiar: fraud is unethical and unfair; fraud costs everybody; fraud is a crime.

### **Most policyholders honest**

Canadians are demanding that the insurance industry do something about fraud... that it eradicate the problem. However, the industry is determined that it will not lose sight of the fact that most policyholders and claimants are honest.

Despite the highly competitive nature of the business, insurers now realize that the antidote to fraud lies in cooperation within the industry and in close liaison with community groups and agencies. The result has been the property and casualty insurance industry's unified approach to creative, proactive and anti-fraud programs initiated under the umbrella of the Canadian Coalition Against Insurance Fraud.



*LA PUISSANCE DU DIALOGUE*



**MLH+A inc.**  
actuares et conseillers

**ASINTA**  
Affiliation Internationale

Québec  
(418) 523-2100

Montréal  
(514) 845-6231

Laval  
(514) 978-7079

Toronto Hamilton

Edmonton Calgary

Vancouver

# La maîtrise de l'excellence



D'après Raoul Dufy

À l'exemple des grands maîtres,  
le groupe droit des assurances  
vise l'excellence par  
la qualité et l'expertise.



## Bélanger Sauvé

SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF  
AVOCATS

1, Place Ville Marie, Bureau 1700, Montréal (Québec) H3B 2C1  
Téléphone : (514) 878-3081 • Télécopieur : (514) 878-3053



**L'équipe en droit de l'assurance :**

Serge Baribeau\*

Benoît Emery

Éric Lemay\*

Claude Bédard

Jocelyne Gagné

Réjean Lizotte

Daniel Bellemare, c.r.

Claude Girard\*

Michel McMillan

Adrien Bordua

Sylvie Godbout\*

Sonia Paradis

Anne Caron\*

Paule Hamelin

Marie St-Pierre

Sylvie Champagne

Louis Huot\*

Roger Vallières\*

Suzanne Courteau

Luc L. Lamarre\*

André Wery

Michel Dupont\*

Pierre Legault



**DESJARDINS DUCHARME STEIN MONAST**

SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

A V O C A T S

**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. LONDRES, HONG KONG  
LAWSON LUNDELL LAWSON & MCINTOSH  
VANCOUVER, YELLOWKNIFE

# 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 Sodarcan, 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

VANCOUVER

•

SURREY

•

CALGARY

•

LONDON

•

TORONTO

•

OTTAWA

•

MONTRÉAL

•

QUÉBEC

•

LONDRES

# McCarthy Tétrault

l'assurance d'un  
service juridique  
de premier ordre.

LE CABINET D'AVOCATS PANCANADIEN

## McCarthy Tétrault

### MONTRÉAL

Sylvie Lachapelle, Daniel Payette  
«Le Windsor»  
1170, rue Peel  
Montréal (Québec) H3B 4S8  
Tél. : (514) 397-4100

### QUÉBEC

William J. Atkinson  
Le Complexe St-Amable  
1150, Claire-Fontaine #700  
Québec (Québec) G1R 5G4  
Tél. : (418) 521-3000

---

# MACKENZIE GERVAIS

---

AVOCATS

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES INGÉNIEURS,  
DES COURTIERS D'ASSURANCES,  
DES COMPTABLES,  
DES COURTIERS EN VALEURS MOBILIÈRES.  
RESPONSABILITÉ DES FABRICANTS.  
RESPONSABILITÉ DES AVIONNEURS ET DES TRANSPORTEURS AÉRIENS.  
ENVIRONNEMENT.  
PRODUITS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES.  
ASSURANCES DE PERSONNES,  
RÉSIDENTIELLES ET DE BIENS COMMERCIAUX.

JACK GREENSTEIN, C.R.  
(514) 847-3531

GEORGES R. THIBAudeau  
(514) 847-3560

ROBERT E. CHARBONNEAU  
(514) 847-3518

BRUNO DUGUAY  
(514) 847-3527

ALAIN-FRANÇOIS MEUNIER  
(514) 847-3510

RAYMOND D. LEMOYNE  
(514) 847-3542

PETER RICHARDSON  
(514) 847-3549

VIRGILE A. BUFFONI  
(514) 847-3511

CHRISTINE D. DUCHAINE  
(514) 847-3529

SMARANDA GHIBU  
(514) 847-3515

*Borden • DuMoulin • Howard • Gervais*

VANCOUVER • CALGARY • TORONTO • MONTRÉAL

*Une association de cabinets d'avocats canadiens*

RUSSELL & DUMOULIN  
1500, 1075 West Georgia Street  
Vancouver  
(Colombie-Britannique)  
V6E 3G2  
Tél.: (604) 631-3131

HOWARD, MACKIE  
1000 Canterra Tower  
400 Third Avenue S.W.  
Calgary (Alberta)  
T2P 4H2  
Tél.: (403) 232-9500

BORDEN & ELLIOT  
Scotia Plaza  
40 King Street West  
Toronto (Ontario)  
M5H 3Y4  
Tél.: (416) 367-6000

MACKENZIE GERVAIS S.E.N.C.  
Place Mercantile, 13e étage  
770, rue Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 1G1  
Tél.: (514) 842-9831

## MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET

### AVOCATS

Michel Marchand  
Paul A. Melançon  
Yves Tourengueu  
François Shanke  
Michel Savonitto  
François Heché

Pierre Magnan  
Bertrand Peiement  
Alain Falardeau  
Jean-François Desilets  
Lyne Beauchamp  
Ruth Vailloux

Yves Forget  
Serge Boucher, M.B.A.  
Francis C. Meagher  
Marie-Claude Thibault  
Annamarie Mongillo

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) 881-0727

## PEPIN LETOURNEAU

### AVOCATS

ALAIN LETOURNEAU, C.R.  
CLAUDE PAQUETTE  
ALAIN LAVIOLETTE  
ANDRÉ CADIEUX  
ANNE JACOB  
YVES CARIGNAN  
GILBERT HOURANI

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.  
ÉMILIE VALLÉE  
GAÉTAN H. LEGRIS  
CHARLES E. BERTRAND  
MARTINE COMTOIS  
PASCALE CARON  
CHANTAL TREMBLAY

ROBERT J. LAFLEUR  
DANIEL LETOURNEAU  
MICHEL BEAUREGARD  
JEAN-FRANÇOIS LÉPINE  
CHANTALE MASSÉ  
GUYLAINE MALLETTÉ

Conseil

YVON BOCK, C.R., E.A.

L'HONORABLE SÉNATEUR NORMAND GRIMARD, C.R.

Suite 2200  
500, Place D'Armes  
Montréal H2Y 3S3

Télécopieur : (514) 284-2173  
Téléphone : (514) 284-3553



Bureau d'expertise des assureurs ltée

**dans chaque région  
dans chaque province**

**SIEGE SOCIAL, MONTRÉAL**

Serge M. LaPalme, *B.A.C.*  
Président et chef de la direction

André Mancini, *A.I.A.C.*  
Vice-président du marketing / ventes

Téléphone : (514) 735-3561  
Télécopieur : (514) 735-8439

**BUREAU DE LA DIRECTION, TORONTO**

Serge M. LaPalme, *B.A.C.*  
Président et chef de la direction

Téléphone : (416) 214-2600  
Télécopieur : (416) 214-2601

**HALIFAX - DIVISION DE L'ATLANTIQUE**

Roger M. Laduc  
Vice-président

Kenneth C. Hornby  
Directeur du marketing

Téléphone : (902) 423-9287  
Télécopieur : (902) 422-5144

**MONTRÉAL - DIVISION DU QUÉBEC  
DIVISION DE L'ESTIMATION**

Clermont Chantel  
Vice-président directeur

Denise L. Hamel, *A.I.A.C.*  
Directrice du marketing / ventes

Téléphone : (514) 735-3561  
Télécopieur : (514) 735-8439

**TORONTO - DIVISION DE L'ONTARIO**

Grant Sawarby  
Vice-président

Cameron R. Lawther  
Directeur du marketing  
Développement de la clientèle

Deborah Robinson  
Directrice du marketing  
Service à la clientèle

Téléphone : (416) 214-2600  
Télécopieur : (416) 214-2601

**CALGARY - DIVISION DES PRAIRIES**

W.A. [B] Tibbs  
Vice-président

Téléphone : (403) 296-1300  
Télécopieur : (403) 296-1316

**VANCOUVER - DIVISION DU  
PACIFIQUE**

J.W. [Jack] Eger, *A.I.A.C.*  
Vice-président

Téléphone : (604) 684-1581  
Télécopieur : (604) 684-0532

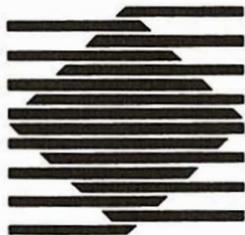


**Service de réclamations d'urgence  
Canada - États-Unis  
1-800-263-5361**

**Réassurance  
I.A.R.D.**

**Traité  
Facultative**

**Proportionnelle  
Excédent de sinistre**



**La Munich du Canada,  
Compagnie de Réassurance**

# 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. TÉTREAU, LL.B.  
LUC LAPIERRE, LL.B.  
PASCAL PELLETIER, LL.B.

PAUL PICARD, LL.L.  
ANDRÉ PASQUIN, LL.L.  
PIERRE VIENS, LL.L.  
JEAN RIVARD, LL.L.  
PASCAL PARENT, LL.L.  
YVES ST-ARNAUD, LL.L.  
NATHALIE-HÉLÈNE ROY, LL.B.

204, PLACE D'YOUVILLE  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2Y 2B4  
TÉLÉPHONE: (514) 845-5171  
TÉLÉCOPIEUR: (514) 845-5578

## *Martineau Walker*

### AVOCATS

#### **GROUPE EN DROIT DE L'ASSURANCE**

<i>André J. Clermont</i>	(514) 397-7413
<i>François Rolland</i>	(514) 397-7489
<i>Claude Paré</i>	(418) 640-2003
<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

#### MONTRÉAL

*Tour de la Bourse, Bureau 3400, 800 Place-Victoria  
Montréal, Canada H4Z 1E9 Téléphone 514/397-7400*

#### QUÉBEC

*Immeuble Le Saint-Patrick, Bureau 800, 140, Grande Allée Est  
Québec, Canada G1R 5M8 Téléphone 418/640-2000*

## *Fasken Martineau*

Montréal Québec Toronto Vancouver (affilié) Londres

# 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 :  
**1000, rue de La Gauchetière Ouest**  
**Bureau 500**  
**Montréal (Québec) H3B 4W5**

Bureau régional :  
**5600, boul. des Galeries**  
**Bureau 305**  
**Québec (Québec) G2K 2A2**



# 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



"...bien sûr, même si une police d'assurance est un contrat juridique qui définit le seuil minimal de nos responsabilités, il y a nombre de cas où un sens de l'équité exige que nous reconnaissons une obligation morale éloignée de l'expression purement légale - cette considération influence constamment nos règlements."

Hendon Chubb  
(1874-1960)

## Notre philosophie de l'assurance



Assurez votre univers avec **CHUBB**

Chubb du Canada Compagnie d'Assurance



# 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*

**Suisse de  
Réassurance Vie  
Canada**



*Votre partenaire pour la vie!*

Suisse de Réassurance Vie Canada  
1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 1707  
Montréal (Québec)  
H3A 2R7

Tél. : (514) 288-3134  
Fax : (514) 288-8808

Alphonse Lepage,  
Président

# 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

