

Assurances

Revue trimestrielle

Octobre 1996 - N° 3

Le don de la revue Assurances

Le don de la revue *Assurances* à l'École des HEC
Les nouveaux horizons de la revue *Assurances*
Évaluation de la fraude à l'assurance automobile au Québec
Money laundering regulation in Canada
Revue de le jurisprudence récente de l'AIAPQ
What is financial reinsurance ?
Les conflits dans les réseaux de distribution

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

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 offrant un
bon rendement et
assurance voyage
prise à sa caisse
Desjardins. Il n'a
jamais refusé un bon
tuyau de son agent.
La planification de sa
sécurité financière est
bien faite.

Roger
73 ans

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.

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 \$
Anclens numéros (si disponibles) 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 Sodarcanc 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

64^e année

octobre 1996

N° 3

LE DON DE LA REVUE ASSURANCES À L'ÉCOLE DES HAUTES
ÉTUDES COMMERCIALES
par Robert Parizeau 359

LES NOUVEAUX HORIZONS DE LA REVUE ASSURANCES
par Rémi Moreau 361

ÉVALUATION DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE
AU QUÉBEC
par Georges Dionne et El-Bachir Belhadji 365

MONEY LAUNDERING REGULATION IN CANADA
by Ani M. Abdalyan 395

REVUE DE LA JURISPRUDENCE RÉCENTE DU COMITÉ DE
DISCIPLINE DE L'ASSOCIATION DES INTERMÉDIAIRES EN
ASSURANCE DE PERSONNES DU QUÉBEC
par Anne-Marie Beaudoin 423

WHAT IS FINANCIAL REINSURANCE
by Mohez Remtula 443

LES CONFLITS DANS LES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION : LE CAS DE
L'ASSURANCE DE DOMMAGES EN FRANCE
par Bertrand Venard 453

LES CHRONIQUES

FAITS D'ACTUALITÉ, par R. M. 489
Les catastrophes naturelles de l'été 1996 au Québec. La distribution de produits financiers aux particuliers : relever résolument le défi du changement. Rapport annuel sur les assurances - 1995. Les résultats du premier trimestre de l'année

1996. Les victimes du sida, de plus en plus jeunes. La notion de conjoint dans les régimes d'assurance médicale et dentaire est applicable à deux personnes du même sexe. Les actes de vandalisme de Québec. Le bilan 1995 de la Société de l'assurance automobile du Québec. Le succès international des compagnies canadiennes des assurances de personnes. La protection des renseignements personnels. Le cycle assurantiel après son apogée. Les cigarettiers américains remportent une importante victoire judiciaire. Le désamiantage : une facture qui s'élèverait, en France, à 65 milliards de francs. Les assureurs suisses renoncent à utiliser les tests génétiques des clients. La vingt troisième conférence annuelle de l'association des compagnies captives (CICA). Statistiques incendies 1995. Le crash d'avion de juillet 1996 au large de New York. Une commission parlementaire chargée de réviser la *Loi sur la sécurité routière*.

CHRONIQUE JURIDIQUE, par R. M. 505

L'innoculation d'un immeuble est interprétée selon un sens physique. Le conducteur ivre est inapte à conduire une voiture, au sens de l'exclusion de la police. Droit maritime ou droit terrestre ? L'assureur doit prouver la mauvaise foi de l'auteur d'une déclaration mensongère. La non-rétroactivité de la loi nouvelle : une affaire ayant trait à un avis de sinistre tardif et un recours contre l'assuré et l'assureur. Trois cas de divergence entre la police et la proposition. Un assureur ontarien condamné à des dommages punitifs. Le gouvernement peut puiser dans les fonds accumulés de la SAAQ.

CHRONIQUE ACTUARIELLE, par divers collaborateurs de MLH + A 515

Tirer meilleur profit de votre régime d'assurance collective.

Le don de la revue *Assurances* à l'École des Hautes Études Commerciales

par

Robert Parizeau*

Founded in 1932 by Mr. Gérard Parizeau, Assurances has been a major contributor to the growth and development of Canadian expertise in the field of insurance. To secure the continuity of this journal, Sodarcac inc., its present owner, has taken the decision to donate Assurances to l'École des Hautes Études Commerciales. The journal will now be published under the aegis of the newly-established Risk Management Chair to be held by Professor Dionne. Rémi Moreau will become the journal's Chief Editor and act as a link between the university and the insurance industry.

359

As Assurances begins a new chapter in its life, I wish to thank Rémi Moreau and Murielle Laramée for their commitment and the quality of their work. I am also grateful to the many collaborators for sharing their valuable expertise and the advertisers for their support. Lastly, I wish to thank the journal's faithful readership for having been with us throughout the years.



Fondée en 1932 par M. Gérard Parizeau, la revue *Assurances* est devenue une institution dans notre milieu et elle a joué un rôle de premier plan dans l'évolution de l'industrie de l'assurance au Québec et au Canada. Il aura fallu la ténacité de son fondateur et celle du directeur depuis 1988, M. Rémi Moreau, pour que cette revue paraisse trimestre après trimestre.

* Président et chef de la direction de Sodarcac inc.

360

Notre monde change et Sodarcam, à titre de propriétaire de la revue, croit que pour assurer sa pérennité il est préférable qu'elle soit dorénavant située en milieu universitaire. C'est dans cet esprit que j'ai pris contact avec le nouveau directeur de l'École des Hautes Études Commerciales, M. Jean-Marie Toulouse. Celui-ci m'a informé qu'il avait décidé de créer une chaire en gestion de risques sous la direction du professeur Georges Dionne et que la revue s'intégrerait admirablement dans les activités de la Chaire. La décision fut facile à prendre compte tenu des liens qui ont uni M. Gérard Parizeau et l'École des HEC. À partir de janvier prochain, c'est la Chaire en gestion des risques de l'École des HEC qui publiera la revue *Assurances*, Sodarcam lui en faisant don. Le directeur de la revue, M. Rémi Moreau, se joindra aux HEC à titre de rédacteur en chef et fera le lien entre l'Université et l'industrie.

Afin de s'assurer que la revue ait les ressources nécessaires, Sodarcam fera un don de 115 000 \$, étalé sur cinq ans, à l'École des Hautes Études Commerciales. Un membre de la direction participera au Comité de la revue et l'entreprise continuera ainsi à y apporter sa contribution. De son côté, l'École désignera une des salles de cours du nom du fondateur de la revue.

Je remercie M. Rémi Moreau pour la qualité de son travail, la responsable de l'administration, Madame Murielle Laramée, pour son dévouement, nos collaborateurs qui nous ont fait bénéficier de leurs connaissances, nos fidèles annonceurs, sans oublier nos lecteurs qui nous ont suivis au cours de toutes ces années.

Voilà donc une étape importante dans la vie de la revue. Non seulement sa continuité est-elle assurée, mais elle contribuera aussi au rayonnement de l'École des HEC en plus de demeurer un précieux atout pour l'industrie de l'assurance tout entière.

Les nouveaux horizons de la revue *Assurances*

par

Rémi Moreau



361

Le don de la revue *Assurances* par Sodarcam à l'École des Hautes Études Commerciales représente un changement capital dans l'orientation de cette Revue, fondée par M. Gérard Parizeau en 1932 et publiée trimestriellement dès 1935 sous la forme que nous lui connaissons actuellement.

M. Parizeau s'était lui-même départi de la propriété de la Revue, au début de la décennie 1980, en la confiant à Sodarcam. Toujours dirigée par le fondateur, *Assurances* devenait une revue d'entreprise, acquérant les moyens nécessaires pour poursuivre sa mission en toute sérénité. Lorsque j'ai pris la direction de cette Revue, en 1988, j'ai suivi, ainsi, des balises bien tracées et j'ai pu bénéficier d'un solide réseau de collaborateurs, mis en place par la main altière du timonier.

Le don de cette Revue bien enracinée dans l'industrie, qui dure depuis 64 ans, ce qui est un rare mérite dans un milieu où la plupart des revues n'ont pas une bien grande longévité, est un événement en soi qui pourrait, en d'autres circonstances, semer le doute, susciter l'inquiétude.

Pourtant ce don aux HEC, l'*alma mater* du président actuel de Sodarcam, constitue une initiative heureuse et souhaitable, qui veut contribuer à assurer la pérennité d'une Revue unique, citée régulièrement par la jurisprudence et louangée par la plupart des observateurs dans l'industrie.

Ce changement, pour important qu'il soit, ne devrait pas bouleverser fondamentalement la vie actuelle de la Revue, bien

au contraire. Il pourrait s'inscrire dans le respect de la continuité et de la tradition. Cette Revue a pu faire oeuvre utile, au dire même de son fondateur, grâce à sa double mission, théorique et pratique. Cette alchimie, cette symbiose ne devraient pas changer.

362

La Revue pourra profiter de son site exceptionnel dans les locaux neufs et ultramodernes de l'École, rue Côte Sainte-Catherine, pour accompagner de près la nouvelle Chaire en gestion des risques, dirigée par le professeur Georges Dionne, qui deviendra naturellement le directeur de la publication. La Revue pourrait devenir un formidable instrument de communication de la Chaire, mais aussi un laboratoire d'idées dans lequel les chercheurs pourront faire valoir leurs analyses, les professeurs leur espace de réflexion, les étudiants leurs travaux.

Néanmoins, la Revue pourra également continuer à suivre de près les réalités de l'industrie de l'assurance. Les gestionnaires et praticiens qui oeuvrent dans le milieu pourront continuer à témoigner, à expliquer ou à débattre dans ses pages, qui leur sont toujours ouvertes.

Mais l'assurance n'opère plus en vase clos. Sans délaisser sa vocation traditionnelle, la Revue devrait évoluer tout naturellement, plus globalement, plus fondamentalement vers la cyndinique, la science des risques, dont l'assurance est une composante.

À l'aube de l'an 2000, en ces temps de mouvances et de réformes successives, la matière première de la Revue ne lui manque pas: les évolutions dans le secteur financier, les marchés en perpétuelle effervescence, les nouveaux produits, les façons de parer aux catastrophes naturelles, les moyens alternatifs à l'assurance; et encore, la bancassurance, le nouveau droit civil et de la consommation, la réforme des intermédiaires de marché, autant de voies et de voix qui pourraient trouver un écho favorable dans cette Revue.

La Revue *Assurances* aura, durant les prochains mois, l'opportunité de réfléchir sur son développement et son orientation future. Pour être concurrentielle, pour accroître son lectorat, mais surtout pour demeurer la première, pour être la référence, comme on le dit dans le jargon journalistique, elle amorcera une réflexion sur son image visuelle et infographique, sur les moyens de développer son bassin d'abonnés, et sur ses modes de distribution, tant au Québec qu'à l'étranger. Dès à présent, la Revue a déjà commencé certaines démarches en vue d'avoir un site sur Internet.

363

Sous l'égide d'un comité d'orientation et mieux encadrée par un comité scientifique de lecture, la Revue pourra devenir un guide sûr grâce aux numéros thématiques plus nombreux, aux actes des colloques plus diversifiés, aux thèses universitaires dont elle sera dépositaire. La Revue mettra ainsi plus de textes en banque, ce qui devrait permettre au rédacteur en chef de mieux ordonner les parutions.

La revue *Assurances* est sur le point de quitter son port d'attache pour voguer vers de nouveaux horizons. Liée pendant tant d'années à l'image d'un homme, puis d'une grande entreprise, elle voit poindre devant elle des défis exaltants, sous l'égide d'une grande École. M. Dionne aura l'occasion, dans une prochaine parution, d'en définir plus concrètement les grandes orientations.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée ici pour remercier sincèrement les membres actuels du comité de la Revue, et plus particulièrement Madame Laramée, qui fut responsable de l'administration, ainsi que tous les collaborateurs, les annonceurs et les abonnés. Leur appui fidèle dans le passé est sans doute le meilleur gage de leur collaboration future.

Évaluation de la fraude à l'assurance automobile au Québec*

par

Georges Dionne**

et

El-Bachir Belhadji***

This report measures the importance of observed insurance fraud in the Quebec automobile insurance industry. It covers all property damage claims excluding those for « glass damage only », during the April 1994-March 1995 period. Eighteen (18) insurance companies representing seventy percent (70 %) of the market participated in the survey. Claim adjusters from these companies studied 2 509 closed files in order to get the necessary information to evaluate insurance fraud. Our results indicate that 3 to 6,4 % of all claim payments during the study period contained fraud which represents between 28 to 61 millions of dollars. In absolute terms, these dollar values may seem low but, when compared to the 3,7 millions of direct benefits from fraud fighting obtained from the same data set, they are significant and must be considered seriously by the

365

* Cette recherche a été réalisée au Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal. Elle a été financée par le Bureau d'assurance du Canada et par la Fondation Conrad Leblanc. Nous désirons remercier Monsieur Raymond Medza pour son aide durant la réalisation de l'étude ainsi que les compagnies d'assurances privées qui ont collaboré à la cueillette des données. Nous tenons également à remercier Axa Assurances et Assurances Générales des Caisses Desjardins pour leur collaboration dans l'élaboration du questionnaire. En particulier, Messieurs Michel Mathieu et Gilles Chevrier ont permis d'améliorer plusieurs questions pertinentes. Les commentaires de Monsieur Jacques Morazin et de Madame Nathalie Lizotte ont contribué à préciser la version préliminaire de ce rapport. Finalement, nous voulons remercier l'Université de Montréal pour le support logistique et informatique, le Fonds Marcel Faribault pour le financement des dernières étapes de la recherche et Madame Lucie L'Heureux pour avoir dactylographié et corrigé les différentes versions. Nous demeurons les seuls responsables des conclusions de cette étude.

** Chaire de gestion des risques, École des Hautes Études Commerciales, Montréal.

*** Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal.

*industry: the estimated fraud represents a minimum since it measures the observed fraud only.*****



Objectifs de l'étude

366

Depuis quelques années, la fraude à l'assurance est devenue une préoccupation importante. Certaines données américaines indiquent que jusqu'à dix pour cent (10 %) des réclamations peuvent être frauduleuses. Plusieurs explications des causes de la fraude ont été suggérées mais aucune étude n'a vraiment identifié sa principale cause. Par contre, on a souvent évoqué le fait que les cas de fraude les plus fréquents font intervenir des petits montants coûteux à vérifier et à prouver, ce qui réduit les bénéfices nets des enquêtes à court terme.

Le but de notre étude était d'évaluer l'importance de la fraude dans l'industrie de l'assurance automobile au Québec. Une enquête a été administrée auprès d'assureurs afin d'obtenir des données portant sur des fichiers de réclamations de dommages essentiellement matériels, excluant toutes les réclamations pour « bris de vitre seulement ». Dix-huit (18) compagnies d'assurances représentant soixante-dix pour cent (70 %) du marché de l'assurance automobile ont participé à l'enquête. Ces entreprises ont accepté d'analyser en détail des dossiers de réclamations fermés afin de nous transmettre différentes informations utiles à l'évaluation de l'importance de la fraude à l'assurance. En particulier ces informations nous ont permis d'estimer le coût de la fraude durant la période avril 1994 - mars 1995. Leur collaboration nous a également permis d'analyser certaines causes de la présence de la fraude et d'étudier les principaux indicateurs de celle-ci en assurance automobile.

**** Keywords : insurance fraud, automobile insurance, observed fraude, claims adjusters, private passenger vehicles, closed files.

Représentativité de l'échantillon

Après avoir étudié les parts de marché des entreprises en collaboration avec le Bureau d'assurance du Canada, nous avons retenu vingt compagnies d'assurances parmi les plus importantes dans le secteur « assurance automobile ». Selon les données du « Rapport annuel sur les assurances » (1994) de l'Inspecteur général des institutions financières, les vingt compagnies retenues détenaient 78,5 % du marché de l'assurance automobile au Québec. Dix-huit (18) des vingt (20) entreprises retenues ont accepté de participer à l'enquête soit un taux de participation de quatre-vingt-dix pour cent (90 %), les deux autres compagnies faisant face à des circonstances de court terme ne leur permettant pas de répondre aux questionnaires dans des délais raisonnables. En tenant compte des parts relatives de marché de ces deux entreprises, nous avons donc obtenu la participation d'entreprises représentant soixante-dix pour cent (70 %) du marché, ce qui est très satisfaisant. Nous pouvons donc conclure que notre enquête est représentative du marché étudié.

367

Préparation du questionnaire

Deux sources d'information ont influencé notre préparation du questionnaire. D'une part, nous avons consulté certaines études américaines sur le sujet (voir Dionne, Gibbens et St-Michel (1992) pour une description sommaire des résultats de ces études) et, d'autre part, nous avons consulté le Bureau d'assurance du Canada et des membres de deux compagnies d'assurances dont leurs vice-présidents aux opérations. Il s'agit de deux entreprises ayant des parts de marché importantes, soit Axa Assurances et Assurances Générales des Caisses Desjardins. Des pré-tests du questionnaire ont été effectués en collaboration avec cinq (5) enquêteurs de ces deux entreprises. Un enquêteur était spécialisé en enquêtes sur route, alors que les quatre autres travaillaient par téléphone. La version finale du questionnaire (Dionne et Belhadji, 1996) tient compte des principales recommandations des enquêteurs, de leurs superviseurs et des deux vice-présidents consultés, de même que des avis du Bureau d'assurance du Canada.

Le questionnaire

Le questionnaire comprenait trois documents désignés par « Partie A », « Partie B » et « Partie C ». Des copies des trois parties sont présentées dans Dionne et Belhadji (1996).

La Partie A est la partie centrale du questionnaire. Elle contient des questions spécifiques aux dossiers des réclamations des clients. On y trouve six questions d'identification des dossiers consultés et 17 questions sur l'état des dossiers relatifs à la problématique étudiée : des questions objectives sur les types d'accident, sur les montants payés et demandés des réclamations et sur le fait qu'il y ait eu fraude établie ou non, etc. ; ainsi que des questions subjectives comme des avis sur le degré de suspicion de la fraude lorsque non établie, par exemple. D'une façon générale, les enquêteurs ont bien répondu aux questions, même si certaines questions n'ont pas obtenu des taux de réponse élevés. La plupart des questions de la Partie A ont été retenues pour fins d'analyse.

La Partie B s'adressait à l'enquêteur qui répondait au questionnaire. Elle contient des questions personnelles (âge, ...), professionnelles (expérience, ...) et deux questions reliées à leur perception de la fraude à l'assurance. Les réponses à ces questions ne sont pas analysées dans ce rapport.

Finalement, la Partie C a été utilisée pour obtenir des données sur les compagnies participantes : total des réclamations durant la période étudiée, utilisation de courtiers, ... Certaines données ont été utilisées pour interpréter les résultats de l'enquête par rapport à l'industrie. Malheureusement, certaines compagnies n'ont pas donné toutes les informations demandées. Nous avons dû estimer certains chiffres par des méthodes expliquées plus loin.

Déroulement de l'enquête

Le but de l'enquête était d'obtenir des informations précises sur des dossiers fermés pour les différentes compagnies d'assurances retenues. Ces dossiers ont été choisis au hasard

parmi tous les dossiers fermés (ou en attente de recouvrement) durant la période du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1995. Le nombre de questionnaires alloués à une compagnie était proportionnel à sa part de marché. Nous avons suggéré une méthode d'échantillonnage aléatoire aux entreprises (décrite dans Dionne et Belhadji, 1996) mais celles-ci pouvaient utiliser une autre méthode à leur convenance. Les responsables de l'échantillonnage devaient, par contre, nous assurer que les dossiers choisis représentaient bien un échantillon aléatoire de l'ensemble des dossiers fermés à la compagnie durant la période du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1995.

369

L'enquête a eu lieu au printemps 1995. Le choix des enquêteurs pour répondre aux questionnaires a été fait par les entreprises. Nous leur avons suggéré de désigner les enquêteurs qui avaient traité les dossiers échantillonnés. Des procédures rigoureuses ont été mises en place pour conserver l'anonymat des enquêteurs et des compagnies. Afin d'assurer aux enquêteurs une pleine liberté d'opinion, il a été convenu que les questionnaires complétés soient envoyés directement à l'Université de Montréal par les répondants. Le contenu des réponses est donc resté confidentiel. Par contre, pour assurer un certain contrôle sur la vitesse d'exécution et les quantités de questionnaires complétés, les enquêteurs devaient remplir des coupons-réponses et les faire parvenir à leur superviseur.

Statistiques sur les caractéristiques des dossiers étudiés

D'une façon générale l'enquête s'est très bien déroulée. Nous avons eu quelques retards, mais dans la plupart des cas ils étaient justifiés. Les dix-huit compagnies nous ont retourné 2 509 questionnaires complétés ce qui correspond à un taux de réponse de 98 % pour les 18 compagnies participantes. Le tableau 1 donne la répartition des dossiers reçus en fonction des compagnies qui ont répondu (notez que les compagnies 8 et 14 sont celles n'ayant pas participé à l'étude).

De ces 2 509 dossiers, 2 268 ont été enquêtés par téléphone, 149 sur la route, 50 par téléphone et route et nous

n'avons pas d'information pour 42 dossiers. La répartition des couvertures achetées et activées est donnée au tableau 2. Cette information est importante car, comme nous le verrons plus loin, les taux de fraude établie et suspecte varient entre les différents chapitres.

**Tableau 1 - Nombre de questionnaires reçus
des différentes compagnies**

370

No Cie	Nbre quest. complétés	% échantillon
1	100	4
2	89	4
3	166	7
4	108	4
5	274	11
6	48	2
7	370	15
9	45	2
10	39	2
11	60	2
12	275	11
13	316	14
15	69	3
16	39	2
17	100	4
18	40	2
19	161	6
20	180	7
TOTAL	2 509	100

Les sinistres avec collision représentent 80 % du total des 2 500 sinistres pour lesquels l'information est disponible. Quatre-vingt-deux pour cent (82 %) des accidents avec collision sont des collisions entre véhicules motorisés (tableau 2a), alors que 37 % des accidents (ou événements) sans collision sont des

vols entiers dont la recherche a été concluante ou non, ce qui implique que 7,4 % des cas étudiés sont des vols entiers des véhicules (tableau 2b). De plus, 21 % des accidents sans collision sont des vols partiels (19 %) et des tentatives de vol (2 %) alors que 21 % sont des cas de vandalisme. Un total de 58 % des accidents sans collision sont associés à des vols de véhicules ce qui représente 11,5 % du total des sinistres étudiés.

Il est important de rappeler qu'un vol de véhicule n'implique pas nécessairement de la fraude à l'assurance. Pour qu'il y ait fraude à l'assurance il faut qu'il y ait une participation directe ou indirecte de l'assuré au vol.

371

Tableau 2 - Types de couvertures achetées et activées

Type	Achetée	% ^a	Activée ^d	% ^b
Ch. A	2 509	100	1381	55
Ch. B1	259	10	154	59
Ch. B2	1 665	66	848	51
Ch. B3	1 888	75	457	24
Ch. B4	76	3	26	34
Av. 43a	194	8	43	22
Polices avec 1 seul avenant ^c	1 056	42	86	8
Polices avec 2 avenants ^c	463	18	9	2
Polices avec 3 avenants ^c	166	7	0	0
Polices avec 4 avenants ^c	15	0,6	0	0

a : Pourcentage calculé par rapport au total de 2 509 du tableau 1.

b : Nombre de couvertures activées sur nombre de couvertures achetées.

c : Autres que l'avenant 43a.

d : Une couverture activée est celle qui est supposée couvrir le sinistre en question.

Tableau 2a - Accidents avec collision

Type d'accident avec collision	Nombre	%
Véhicule motorisé	1 633	82
Véhicule non motorisé	11	1
Objet	96	5
Piéton	7	0
Animal	32	2
Perte de contrôle	110	5
Victime de délit de fuite	95	5
Autre	18	1
Total avec collision	2 002	100
Total sans collision	498	-
Information manquante	9	-
GRAND TOTAL	2 509	-

372

Tableau 2b - Accidents sans collision

Type d'accident sans collision		Nombre	%
Feu	(1)	23	5
Vol partiel	(2)	95	19
Vol entier - Véhicule retrouvé	(3)	89	18
Vol entier - Véhicule non retrouvé	(4)	96	19
Projectiles	(5)	35	7
Explosions ...	(6)	2	0
Vent / Grêle	(7)	21	4
Vandalisme	(8)	107	21
Tentative de vol	(9)	8	2
Autres	(10)	22	4
TOTAL « sans collision »		498	100

Fraude établie et fraude suspecte dans les données de l'échantillon

Le tableau 3 donne le nombre de cas de fraude établie et suspecte par chapitre. Par fraude établie nous entendons qu'il y a eu effectivement fraude pour une couverture activée, qu'il y ait eu ou non poursuite. Une fraude est suspecte si l'enquêteur avait des soupçons de fraude pendant le traitement du dossier mais le dossier n'a pas fait l'objet d'une enquête plus approfondie afin d'établir la fraude. Les principales raisons évoquées pour des non-poursuites sont présentées au tableau 6.

373

Mais avant de consulter ce tableau interprétons les résultats du tableau 3. Premièrement la fraude établie ne représente pas beaucoup de cas : seulement 18 cas sur un total de 2 509 dossiers valides, c'est-à-dire les dossiers pour lesquels l'information était bien documentée. On remarque par contre que le pourcentage moyen de la fraude établie ($E/(N+S+E)$) pour les chapitres B 1 , B 3 et B 4 est supérieur à 1 % des dossiers. Cinq pour cent (5 %) des couvertures contiennent de la fraude établie et suspecte. Ce sont également les chapitres B 1 , B 3 et B 4 qui contiennent le plus de cas de fraude établie et suspecte $[(S+E)/(N+S+E)]$. En particulier, au chapitre B 3 , 9,4 % des 459 couvertures étudiées ont été jugées frauduleuses ou suspectes par les évaluateurs. Comme le tableau 4 l'indique, par contre, ces chiffres ne peuvent être utilisés directement pour évaluer l'importance de la fraude à l'assurance en termes monétaires. Les montants moyens payés sont assez différents pour les chapitres B 1 , B 3 et B 4 où il y a plus de fraude établie et suspecte.

Tableau 3 - Fraude par couverture

Chapitres	N	S	E	<u>S+E</u>	<u>E</u>	Nomb ^a couv.
				N+S+E	N+S+E	
A	1 285	40	3	3,20 %	0,23 %	1 328
B1	130	13	2	10,30%	1,38 %	145
B2	710	28	7	4,70 %	0,94 %	745
B3	416	37	6	9,40 %	1,31 %	459
B4	24	2	1	11,11 %	3,70 %	27
Total aven.	66	3	0	4,30 %	0,00 %	69
TOTAL	2 631	123	19	5,10 %	0,69 %	2 773
	↓	↓	↓			
	2 375	116	18			
	dossiers différ.	dossiers différ.	dossiers différ.			

a : Chiffres provenant d'une question différente de celle du tableau 2.

Tableau 4 - Montants payés par couverture

Chapitres	Montant moyen* (\$)	n valide	Montant total payé (\$)	%
Ch. A	1 815	1 285	2 333 031	37,8
Ch. B1	3 138	133	417 404	6,8
Ch. B2	2 472	680	1 680 790	27,2
Ch. B3	3 379	443	1 497 210	24,3
Ch. B4	3 218	27	86 886	1,4
Avenant 43a	2 371	13	30 830	0,5
Autres avenants	1 977	62	122 572	2,0
TOTAL	-	2 643	6 168 723	100,0

a : Ces montants moyens excluent les réclamations pour bris de vitre seulement.

Les tableaux 5, 6 et 7 donnent des analyses qualitatives sur la nature de la fraude, les causes de non-poursuite et le principal instigateur de la fraude pour les cas étudiés. Les cas étudiés valides comprennent ceux de la fraude établie et suspecte. Tel qu'anticipé par plusieurs intervenants de l'industrie, ce sont les cas de gonflement des coûts des sinistres qui représentent le plus de cas, soit 39 %. Les trois autres causes les plus importantes sont les fausses déclarations sur réclamations (21 %), les sinistres intentionnels (18 %) et les faux-sinistres (16 %). Cinquante-neuf pour cent (59 %) des cas de non-poursuite sont dus à des preuves insuffisantes, alors que 11 % de ces cas sont expliqués par des montants frauduleux trop petits.

375

**Tableau 5 - Nature de la fraude
n valide = 122**

Nature de la fraude	Code dans quest.	Nombre	%
Fausses déclarations sur souscription	1	7	6
Sinistre intentionnel	2	22	18
Faux-sinistre	3	20	16
Fausses déclarations sur réclamations	4	26	21
Gonflement pour obtenir plus de compensations	5	39	32
Gonflements pour récupérer la franchise	6	8	7
TOTAL		122	100

**Tableau 6 - Cause de non-poursuite
n valide = 114**

Cause No	Nombre	%	Définitions
0	67	59	Preuves insuffisantes
1	3	3	Manque de ressources
2	12	11	Montant de la fraude trop petit
3	1	1	Loi inadéquate
4	1	1	Peur d'une mauvaise publicité
6	2	2	Charge de travail trop grande
7	2	2	Pression du courtier
8	2	2	Pression du service à la clientèle
91	6	5	Pas de raison particulière
93	18	16	Autre raison
TOTAL	114	100	

376

L'assuré est le principal instigateur de la fraude dans au moins 62 % des cas (quand il agit seul), mais les garagistes demeurent très actifs, même si plusieurs assureurs nous ont mentionné qu'ils avaient mis en place des mécanismes qui rendent ce type de comportement pratiquement impossible.

**Tableau 7 - Principal Instigateur
n valide = 126**

Instigateur de la fraude	Code quest.	Nombre	%
Assuré	1	78	62
Garagiste	2	11	9
Garagiste et Assuré	3	11	9
Assuré et autre(s)	4	19	15
Assuré et autre(s) et garagiste(s)	5	4	3
Autre	6	3	2
TOTAL		126	100

Le tableau 7a résume les informations reçues sur les principaux indicateurs. Quatre des cinquante indicateurs suggérés figurent parmi les plus souvent cités : 1) pas de rapport de police ; 2) agent n'a jamais vu le véhicule ; 3) accident impliquant un seul véhicule ; 4) beaucoup de réclamations dans le passé.

**Tableau 7a - Indicateurs
Indicateur le plus important
(5 % et + d'importance) n = 1 206**

Indicateur	No*	Nombre	%
Pas de rapport de police	1	316	26
Agent n'a jamais vu véhicule	10	91	8
Témoignages contradictoires (accident)	30	68	6
Beaucoup de réclamations dans le passé	48	67	6
Accident impliquant un seul véhicule	32	63	5

377

**Indicateur le deuxième plus important
(5 % et + d'importance) n = 534**

Indicateur	No	Nombre	%
Accident impliquant un seul véhicule	32	58	11
Agent n'a jamais vu véhicule	10	40	7
Beaucoup de réclamations dans le passé	48	39	7
Pas de rapport de police	1	28	5

**Indicateur le troisième plus important
(5 % et + d'importance) n = 216**

Indicateur	No	Nombre	%
Beaucoup de réclamations dans le passé	48	16	7
Agent n'a jamais vu véhicule	10	14	6
Accident impliquant un seul véhicule	32	14	6
Pas de rapport de police	1	11	5
Assuré nerveux	47	11	5

a : Voir la liste dans Dionne et Belhadji (1996)

378

**Estimation de la fraude dans l'industrie
(excluant les bris de vitre seulement)**

Hypothèse de travail

Nous avons été obligé d'approximer certains nombres avant de calculer l'importance de la fraude à l'assurance dans l'industrie de l'assurance automobile au Québec durant la période du 1^{er} avril 1994 au 31 mars 1995. Ces calculs ont été nécessaires parce que certaines entreprises qui ont participé à l'enquête n'ont pas répondu à toutes les questions de la partie C du questionnaire. Entre autres, certaines entreprises n'ont pas pu ou n'ont pas voulu nous donner leur nombre total de dossiers de réclamations durant cette période.

Le tableau 8 donne le ratio « nombre de dossiers étudiés sur nombre total de dossiers de réclamations » des compagnies qui ont participé à l'enquête (colonne E). La somme de ces ratios est égale à 0,92 % soit un peu moins de 1 % des dossiers de toutes les réclamations. Ce ratio total reflète la part des questionnaires étudiés par rapport au nombre total des dossiers administrés durant la période étudiée par les entreprises échantillonnées, ou 0,64 % des dossiers du marché total. Le total de la colonne F nous indique que les bris de vitre représentent 32,74 % du nombre total des réclamations des entreprises de notre

échantillon¹. Ce ratio est plus élevé que celui d'une autre source de données qui indique qu'environ 27 % des réclamations sont des bris de vitres (Groupement des assureurs automobiles (1994)). Par contre, la « codification bris de vitre » du rapport du Groupement des assureurs automobiles exclut les bris de vitre résultant du vent, de la grêle, du vandalisme ou des actes criminels, alors que notre questionnaire discutait de tous les bris de vitre². Il est à noter que cette différence n'affectera pas notre estimation du montant total de la fraude dans l'industrie pour les réclamations excluant les bris de vitre seulement.

379

Cinq compagnies n'ont pas fourni les données demandées de la partie C du questionnaire, ce qui veut dire que nous avons dû estimer leurs nombres de dossiers de la colonne D du tableau 8 en leur imputant la moyenne de 3 957 pour le ratio C/D soit le ratio « primes émises sur nombre de dossiers excluant les bris de vitre ». Si nous utilisons notre ratio « nombre de réclamations bris de vitre sur le nombre total de réclamations » (32,7 %), nous obtenons la valeur 4 262 à partir des données du Groupement des assureurs automobiles pour l'année 1994³, ce qui implique que l'utilisation de la valeur 3 957 pour générer les valeurs des réclamations manquantes représente une hypothèse raisonnable.

Les primes totales données à la colonne C sont celles évaluées pour les dommages aux voitures de tourisme seulement. Elles ont été ajustées pour enlever les couvertures des autres véhicules. Cet ajustement a été réalisé en utilisant le ratio 84 % qui représente le total des primes pour voitures de tourisme seulement (avec bris de vitre) (soit 1 593 268 129 \$ obtenu du Groupement des assureurs automobiles) divisé par le total des primes en assurance pour tous les véhicules (soit 1 888 527 147 \$ obtenu de la même source de données). Cet ajustement

¹ $(133\ 399) / [(274\ 035) + (133\ 399)] = 32,74\ %$.

² Une source complémentaire d'information du Groupement des assureurs automobiles a évalué à 28,5 % le nombre total des réclamations pour bris de vitre en 1994.

³ Le total des primes (1 593 268 129 \$) divisé par le nombre total de dossiers excluant les bris de vitres ($373\ 777 = 555\ 389 \times 67,3\ %$) est égal à 4 262.

indique bien que les chiffres qui seront donnés par la suite se limiteront aux réclamations pour voitures de tourisme seulement.

Quelques chiffres importants obtenus des données des tableaux 8 et 9

380

Le tableau 9 indique que les dossiers étudiés donnent un coût total des réclamations payées de 6 168 892 \$. Du tableau 8 nous vérifions que ces dossiers représentent 0,92 % du total des réclamations automobiles des entreprises étudiées. Nous avons donc estimé le coût total des réclamations des entreprises de notre échantillon à 670 531 739 \$ pour la période étudiée, ce qui représente 70 % du marché.

De ces nombres, nous avons obtenu que le coût total pour 100 % du marché (excluant les bris de vitre seulement et les véhicules autres que les voitures de tourisme) a été de 957 902 484 \$ pour toute l'industrie québécoise alors que le coût total (incluant les bris de vitres) des sinistres pour les voitures de tourisme a été de 1 053 137 520 \$, selon le rapport du Groupement des assureurs automobiles, pour l'année 1994. Selon la définition des bris de vitre utilisée par le Groupement, ceux-ci représentent 6 % (ou 6,5 % si on utilise le pourcentage mentionné dans la note 2 de la page précédente) du montant total des réclamations. Si nous ajustons ce taux pour tenir compte de la définition « de bris de vitre seulement » utilisée durant l'enquête, ce taux s'élève à 7,27 %, ce qui implique que le coût total des bris de vitre est de 75 099 224 \$. Si nous ajoutons ce coût à 957 902 484 \$, nous obtenons un coût total de 1 033 001 708 \$ pour toutes les réclamations, un chiffre proche de 1 053 137 520 \$ donné dans le rapport du Groupement des assureurs automobiles. De ces données nous obtenons un ratio « Réclamations/Primes » de 65 % proche de celui publié par le Groupement qui est de 66 %.

**Tableau 8 - Détails sur l'estimation de la part de marché
des entreprises retenues
(classées aléatoirement)**

Cie	A	B	C	D	C/D	A/D	E	F
1	100	4,0	-	7 615 ^a	-	1,31 ^a	0,0003649	3 707 ^a
2	89	3,5	-	11 615	-	0,77	0,0003247	3 659
3	166	6,6	-	23 648	-	0,70	0,0006057	10 476
4	108	4,3	-	15 622	-	0,69	0,0003941	4 731
5	274	10,9	-	23 053	-	1,19	0,0009998	11 884
6	48	1,9	-	3 723	-	1,29	0,0001751	728
7	370	14,7	-	47 578 ^a	-	0,78 ^a	0,0013501	23 161 ^a
9	45	1,8	-	5 845	-	0,77	0,0001642	1 628
10	39	1,6	-	3 670 ^b	-	1,06 ^b	0,0001423	1 786 ^b
11	60	2,4	-	5 902 ^b	-	1,02 ^b	0,0002189	2 873 ^b
12	275	11,0	-	29 686	-	0,93	0,0010035	12 529
13	346	13,8	-	30 094	-	1,15	0,0012626	34 355
15	69	2,8	-	9 129	-	0,76	0,0002517	4 160
16	39	1,6	-	2 047 ^b	-	1,91 ^b	0,0001423	996 ^b
17	100	4,0	-	11 851	-	0,84	0,0003649	3 912
18	40	1,6	-	5 617	-	0,71	0,0001459	832
19	161	6,4	-	26 333	-	0,61	0,0005875	8 312
20	180	7,2	-	11 007	-	1,64	0,0006568	3 670
TOTAL	2 509	100,0	1 109 950	274 035			0,009155	133399
Moyenne					3,957			

b : Estimé en se basant sur les données des 13 compagnies qui ont complété la partie C du questionnaire.

A: Nombre de questionnaires reçus.

B: Part dans l'échantillon.

C: Prime en milliers de dollars. Chiffres non inscrits pour conserver l'anonymat des entreprises participantes.

D: Nombre de dossiers, excluant les bris de vitres, selon la partie C du questionnaire.

E: Nombre de Questionnaires reçus + total des dossiers (exclu bris de vitre) ; A+274 035.

F: Nombre de dossiers "bris de vitre" selon la partie C du questionnaire.

Le tableau 9 résume les coûts de la fraude selon les données de l'échantillon.

Tableau 9 - Résumé des coûts dans les cas E, S et N selon les données de l'échantillon.

Catégories	Nbre dossiers (manquants)	%	Montant total payé(\$)	%	Montant moyen payé(\$)
E	16 (2)	0,7	26 742	0,4	1 671
S	116 (0)	4,7	367 801	6,0	3 171
N	2322 (53)	94,6	5 774 349	93,6	2 487
TOTAL	2454 (55)	100	6 168 892	100	2 514

a : Dossiers qui ne comportent pas de "montant payé" (pas de réponse)

Ces coûts représentent les montants moyens versés dans chacun des types de dossiers. Les cas de fraude suspecte représentent 4,7 % du total des dossiers étudiés mais le ratio pour ce qui est des coûts est de 6 %. En fait, le montant moyen payé pour ces dossiers est de 3 171 \$ alors qu'il est de 2 487 \$ pour les dossiers sans fraude. La catégorie « établie » a des montants payés plus faibles car on a dû retrancher des montants après enquête. Le montant résiduel moyen de 1 671 \$ est le montant moyen payé pour les dossiers avec fraude établie. Il peut contenir ou non de la fraude résiduelle dans les dossiers.

Évaluation des montants retranchés de la fraude établie

Les efforts actuels de la lutte contre la fraude à l'intérieur des compagnies d'assurances peuvent être représentés par la différence entre le montant moyen payé pour une réclamation soupçonnée et le montant moyen payé dans les cas de fraude établie. Cette différence s'établit à 1 500 \$ (ou 3 171 \$ - 1 671), et est valable pour 12,0 % des cas (ou 16 cas sur 132) selon le

tableau 9. Pour l'échantillon retenu, cette différence s'élève à 24 000 \$ (ou 1 500 X 16). Selon nos données, les bénéfices de la lutte anti-fraude des assureurs avoisinent les quatre millions de dollars (3 729 221 \$)⁴

Évaluation de la fraude résiduelle

A) Hypothèse pessimiste

Selon cette hypothèse, tous les montants payés dans les cas de fraude suspecte et de fraude établie représentent de la fraude à l'assurance. En général, ces montants ont été payés parce que l'industrie n'avait pas suffisamment de preuves. De plus, sous cette hypothèse, nous supposons que le degré de suspicion implicite est de 100 %. C'est une hypothèse extrême car elle revient à dire que la totalité du montant payé est frauduleuse. Selon cette hypothèse le coût de la fraude résiduelle dans l'industrie est de :

383

fraude suspecte	: 6,0 % X	957 902 484 \$	=	57 474 149 \$
fraude établie	: 0,4 % X	957 902 484 \$	=	3 831 610 \$

				61 305 759 \$

soit 6,4 % du total des réclamations payées.

B) Hypothèse réaliste 1

Cette hypothèse tient compte des montants résiduels de fraude suspecte et établie reportés à la question 13 du questionnaire de l'enquête. En cas de suspicion, le montant moyen jugé frauduleux par les enquêteurs est de 1 524 \$ par dossier, soit 48 % du montant moyen payé (3 171 \$). Dans les cas de fraude établie, les enquêteurs ont estimé que le montant

⁴ 24 000 \$ représentent 6,1 % du coût total payé de 394 543 \$ (coûts : E+S) pour les réclamations de l'enquête. Au niveau de l'industrie, ces bénéfices sont égaux à 3 729 221 \$ (ou 6,1 % X 61 305 759 \$).

moyen de 1 671 \$ renfermait encore 309 \$ de fraude résiduelle (ou 18,5 % de 1 671 \$). Si nous utilisons ces nombres, la fraude résiduelle devient :

fraude suspecte	: 48,0 % X	57 474 149 \$	=	27 587 592 \$
fraude établie	: 18,5 % X	3 831 610 \$	=	708 848 \$

				28 296 440 \$

384

ce qui représente un total de 3 % des réclamations payées.

C) Hypothèse réaliste 2

Cette hypothèse se base sur les réponses à la question 9 du questionnaire. Dans les cas de suspicion, l'évaluateur a donné son niveau de suspicion en se basant sur une échelle croissante de 1 à 10. Le chiffre 1 représente un degré de suspicion faible, alors que le chiffre 10 indique la quasi-certitude de la fraude. Le calcul du montant moyen a été effectué comme suit : si, par exemple, le montant payé était de 1 000 \$, et si l'enquêteur avait inscrit 6/10 comme indice à la question 9, alors nous avons considéré le montant frauduleux comme étant de 600 \$. En pondérant tous les montants payés par leurs indices de suspicion respectifs, nous obtenons un montant moyen payé de 1733 \$ de fraude dans les montants moyens payés des dossiers suspects, soit 54,6 % de 3171 \$. La fraude résiduelle s'établit à

$$54,6 \% X \quad 57\,474\,149 \$ \quad = \quad 31\,380\,885 \$$$

au lieu de 27 587 592 \$ pour la fraude suspecte du cas précédent.

Si nous conservons le montant de 708 848 \$ comme montant résiduel de fraude établie, nous obtenons un total de 32 089 733 \$, ce qui représente 3,4 % du total des réclamations payées.

Estimation de la fraude par type d'événement

Le tableau 3 nous indiquait que les pourcentages de fraude établie et suspecte variaient selon les chapitres. Afin de mieux expliquer ces variations nous avons regroupé les événements du chapitre B en deux groupes: collision et sans collision. Le tableau 10 montre clairement que ce sont les réclamations sans collision qui contiennent le plus de fraude pour ce qui est du nombre de dossiers : en effet 10 % des dossiers sans collision contiennent de la fraude suspecte et établie et 1,3 % de fraude établie contre 5,2 % et 1,1 % pour les dossiers avec collision.

385

Tableau 10 - Fraude par couvertures agrégées

Chapitres	N	S	E	S+E	E	Nbre* de Couvertures
				N+S+E	N+S+E	
A	1 285	40	3	3,2 %	0,23 %	1 328
Collision (B1 et B2)	809	35	9	5,2 %	1,10 %	853
Sans collision (B1, B3 et B4)	470	45	7	10,0 %	1,30 %	522
Total avenants	66	3	0	4,3 %	0,00 %	69
TOTAL	2 630	123	19			2 772

a : Ce chiffre diffère de celui du tableau 3 car la variable de sélection (type de sinistres) contient des informations manquantes.

Le tableau 11 nous montre que les réclamations sans collision sont également celles qui occasionnent les réclamations les plus élevées : une moyenne de 3 391 \$ alors que la moyenne pour les réclamations avec collision est de 2 527 \$.

**Tableau 11 - Montants moyens payés par
groupement de couvertures**

Garanties groupées	Montant moyen (\$)	n valide	Montant total payé (\$)	%
Chapitre A	1 815	1 285	2 333 031	37,9
Collision (B1 et B2)	2 527	776	1 960 952	31,8
Sans collision (B1, B3 et B4)	3 391	506	1 715 846	27,8
Avenant 43 *	2 371	13	30 830	0,5
Total avenants	1 977	62	122 572	2,0
TOTAL	-	2 642 *	6 163 231 *	100

a : Ce chiffre est différent de celui du tableau 4 car la variable de sélection (types de sinistres) contient des informations manquantes.

Le tableau 12 donne les répartitions des montants de fraude totale selon les trois hypothèses de travail retenues.

**Tableau 12 - Coûts de la fraude par groupement
de garanties**

Catégories	Hypothèse pessimiste		Hypothèse réaliste 1		Hypothèse réaliste 2	
	Montant fraude (\$)	%	Montant fraude (\$)	%	Montant fraude (\$)	%
Chapitre A	8 617 291	14,1	4 120 475	14,6	4 685 676	14,6
Collision (B1 et B2)	15 364 756	25,0	6 572 552	23,2	7 407 077	23,1
Sans collision (B1, B3 et B4)	37 266 238	60,8	17 575 825	62,1	19 965 600	62,2
Autres garanties	57 474	0,1	27 588	0,1	31 381	0,1
TOTAL	61 305 759	100	28 296 440	100	32 089 734	100

On remarque de ce tableau qu'une bonne partie de la fraude établie et suspecte est localisée au niveau des garanties sans collision. En effet, la fraude incluse dans les protections sans collision représente presque deux fois et demi celle dans les garanties avec collision du chapitre B. Il est à noter que ce résultat provient en grande partie de la fraude suspecte (tableau 13) : alors que la garantie avec collision inclut 22 % de la fraude suspecte, celle sans collision inclut 63 % de cette fraude. Le résultat est inversé dans le cas de la fraude établie, où la garantie avec collision comprend 71 % du total et la garantie sans collision inclut moins de 28 % de cette fraude.

387

Tableau 13 - Part de chaque groupement de couvertures par rapport au coût total payé

Garanties groupées	E	%	S	%	N	%
Chapitre A	352	1,4	54 515	14,9	2 274 577	39,5
Collision (B1 et B2)	18 731	71,0	80 633	22,0	1 858 994	32,3
Sans collision (B1, B3 et B4)	7 277	27,6	230 525	63,0	1 477 398	25,7
Avenants	0	0	140	0,1	148 239	2,5
TOTAL	26 360	100	365 673	100	5 759 208	100

Estimation de la fraude par région

Les tableaux 14 et 15 résument les données des coûts par région géographique et par catégorie de dossiers. La région Montréal-Laval regroupe plus de fraude suspecte et établie pour ce qui est du pourcentage de dossiers mais la répartition des montants payés montre que cette région ne diffère pas vraiment du reste de la province : 6,6 % pour la région Montréal-Laval contre 6,4 % pour le reste de la province. Le tableau 16 répartit les montants de fraude de l'industrie par région selon l'hypothèse pessimiste retenue. Il semble que les enquêteurs sont

plus agressifs dans la région Montréal-Laval que dans le reste de la province.

Tableau 14 - Résumé des coûts pour Montréal et Laval dans les cas E, S et N selon les données de l'échantillon

Catégories	Nbre dossiers (manquants)*	%	Montant total payé	%	Montant moyen payé
E	10 (1)	0,9	15 348	0,6	1 535
S	56 (0)	5,2	169 260	6,0	3 022
N	1 017 (19)	93,9	2 598 253	93,4	2 555
TOTAL	1 083 (20)	100	2 782 861	100	2 570

a : Dossiers qui ne comportent pas de "montant payé" (pas de réponse) et/ou de variables de région.

Tableau 15 - Résumé des coûts pour les autres régions de la province (Montréal et Laval exclues) dans les cas E, S et N selon les données de l'échantillon

Catégories	Nbre dossiers (manquants)*	%	Montant total payé	%	Montant moyen payé
E	6 (1)	0,5	11 3955	0,4	1 899
S	58 (0)	4,5	193,370	6,0	3 334
N	1 239 (30)	95,0	2 998 433	93,6	2 420
TOTAL	1 303 (31)	100	3 203 198	100	2 458

a : Dossiers qui ne comportent pas de "montant payé" et/ou de variables de région.

**Tableau 16 - Coûts de la fraude par régions
et par type de fraude**

Région	E	%	S	%	E+S	%
Montréal et Laval	2 199 344	57,4	26 840 428	46,7	29 039 772	47,4
Autre	1 632 266	42,6	30 633 721	53,3	32 265 987	52,6
TOTAL	3 831 610	100	57 474 149	100	61 305 759	100

389

Discussion

La moyenne des deux hypothèses réalistes donne un montant de fraude résiduelle d'environ 30 millions de dollars (et peut atteindre 61 millions de dollars) dans l'industrie de l'assurance automobile au Québec (voitures de tourisme ne comprenant pas les « bris de vitre seulement »). Le pourcentage des réclamations payées associé à la fraude est de l'ordre de 3 % (et peut atteindre 6,4 %) ce qui est bien inférieur au chiffre de 10 % souvent mentionné dans des études américaines. Il est à noter que deux différences importantes entre les industries étudiées peuvent expliquer l'écart d'évaluation : 1) Nos données contiennent très peu de dommages corporels. Or, actuellement, plusieurs analyses démontrent qu'il est plus difficile de contrôler les abus associés aux dommages corporels. Dionne, St-Michel et Vanasse (1995) ont montré que la fraude pouvait être importante pour les dommages corporels associés à des accidents de travail en utilisant des données de la C.S.S.T. (1987). D'autres études américaines arrivent à des conclusions semblables. 2) Notre étude a été réalisée dans un marché où la responsabilité est administrée par une entente entre les assureurs et où l'utilisation de centres d'évaluation des dommages matériels est importante.

Une autre explication est reliée au traitement de l'information cachée. Notre estimation de la fraude jusqu'à maintenant ne traite que de l'information frauduleuse suspecte et établie par les enquêteurs. Or ceux-ci ne voient qu'une fraction de la fraude réelle. Estimer ce qu'ils ne voient pas est très

difficile. Des études statistiques indiquent que les enquêteurs ne perçoivent que 50 % de la fraude réelle (pour ce qui est du coût) ce qui implique que les chiffres réels de notre étude pour la fraude soupçonnée seraient de 6 % avec un maximum de 12,8 %.

390 Nos résultats diffèrent beaucoup de ceux de l'étude de Tremblay et al. publiés dans les Actes du Colloque de l'Université de Montréal (1992) qui indiquent que, selon les enquêteurs interviewés, 34,2 % des réclamations pour les assurances générales contenaient des majorations excessives (tableau 2a, page 141). La différence peut être expliquée par l'utilisation de méthodologies différentes. Dans l'étude Tremblay et al. , les enquêteurs interviewés donnaient leur perception générale de la fraude à l'assurance alors que dans cette étude ils devaient vérifier les faits dans des dossiers déjà fermés.

Conclusion

En conclusion, les données de l'enquête nous indiquent que de 3 à 6,4 % des montants des réclamations payées par l'industrie constituent de la fraude implicite soit un total de réclamations de 28 à 61 millions de dollars que les assureurs remboursent aux assurés, même si la fraude est établie ou soupçonnée. En termes absolus ces montants peuvent paraître faibles mais si on les compare aux 3 729 221 \$ de bénéfices directs actuels calculés pour la lutte anti-fraude à partir des mêmes données, ils sont importants et méritent d'être analysés par l'industrie. En effet, même si la fraude perçue et établie représente un pourcentage non négligeable des réclamations payées, les interventions anti-fraude pour ce qui est des coupures des réclamations payées ne représentent que des bénéfices négligeables.

Nous avons vérifié également que la fraude relative, pour ce qui est du nombre de dossiers, est plus importante dans la région Montréal-Laval que dans le reste de la province. Par contre, comme les montants moyens des réclamations frauduleuses sont plus élevés dans le reste de la province, les

pourcentages des réclamations payées associées à la fraude sont essentiellement les mêmes (6,6 % pour Montréal-Laval et 6,4 % pour le reste de la province). Finalement, nous avons calculé que la fraude au chapitre B-sans collision était plus importante pour ce qui est du nombre relatif de dossiers et pour ce qui est du pourcentage des réclamations payées que celles au chapitre A et au chapitre B-collision.

Si on arrive à combattre toute la fraude perceptible, on arrivera à faire baisser en termes bruts la prime moyenne de quelque 3 % (ou 6,4 % dans le cas de l'hypothèse pessimiste)⁵ ; elle passera alors de 492 \$ à 477 \$ (ou 462 \$), un gain net annuel de 15 \$ (ou 30 \$) pour l'assuré moyen⁶. Si on arrive à combattre non seulement la fraude perceptible, mais aussi la fraude non perceptible (qui implique que 100 % de la fraude réelle est détectée), alors on arrivera à faire baisser la prime d'à peu près 6 % (ou 12,8 %) ; elle passera alors de 492 \$ à 462 \$ (ou 432 \$), une économie de 30 \$ (ou 60 \$) pour l'assuré moyen.

391

Malheureusement, nous ne pouvons nous prononcer à ce stade sur les bénéfices nets d'une éventuelle lutte à la fraude par certaines entreprises, car nous ne connaissons ni le coût spécifique de lutte anti-fraude ni la mesure de l'élasticité-prix de l'assurance automobile. Il serait en effet très intéressant de connaître la mesure de l'élasticité-prix de la demande d'assurance automobile pour un changement non marginal de la prime dans l'intervalle « 15 \$-30 \$ » (ou « 30 \$-60 \$ ») et au voisinage de 492 \$. En effet, si l'élasticité-prix est significativement non nulle, alors les entreprises qui luttent contre la fraude et qui répercutent les bénéfices de celle-ci sur la prime pourraient acquérir une part de marché qu'elles ne possédaient pas auparavant. Si par contre, cette élasticité-prix est significativement non différente de zéro, alors il n'y a aucun avantage à lutter contre la fraude.

⁵ Les chiffres suivants entre parenthèses traduisent les scénarios relatifs à l'hypothèse pessimiste.

⁶ Les calculs sont effectués en supposant que le taux de chargement « prime / réclamations » est fixe et égal à 1,54.

Bien sûr, cette discussion ne tient pas compte des coûts de la lutte à la fraude et de son efficacité. Elle ne tient pas compte également des réactions potentielles des consommateurs face à certaines stratégies anti-fraude. Les données de l'étude ne permettent pas d'apporter des éléments d'information sur ces considérations, mais notre interprétation des résultats nous suggère que les assureurs ne sont pas très innovateurs et sont très prudents face à ce problème .

392

Par ailleurs, les données du tableau 9 indiquent que passer d'une fraude soupçonnée à une fraude établie réduit le montant moyen d'une réclamation de 1 500 \$ (ou de 47 %). Ce chiffre constitue un bénéfice marginal important, qui devrait être confronté à un coût marginal afin d'évaluer un bénéfice marginal net de lutte anti-fraude. Étant donné que 59 % des causes de non-poursuite sont dues à des preuves insuffisantes (tableau 6), il semble naturel que les assureurs donnent priorité aux enquêtes par des unités spéciales anti-fraude pour supporter le travail des enquêteurs dans les dossiers où les soupçons sont importants. Nos résultats indiquent également que la priorité devrait être accordée aux réclamations du chapitre B-sans collision .

Bibliographie

Automobile Insurance Fraud Study (1991), Florida Insurance Research Center, University of Florida, Florida Insurance News Service, Citizen's Fraud Prevention and Education Foundation.

Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance (1995), Bilan de fin d'année, juin 1994-juin 1995, 8 pages.

Derrig, R.A. et H.I. Weisberg (1991), « Fraud and Automobile Insurance: A Report on Bodily Injury Liability Claims in Massachusetts », *Journal of Insurance Regulation* 9(4).

393

Dionne, G., E. B. Belhadji (1996), *Évaluation de la fraude à l'assurance automobile au Québec*. Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal. Publication No CRT-96-08. Février 1996. 52 pages. (Disponible en composant le 514-343-7575).

Dionne, G., Gibbens, A. et P. St-Michel (1992), « Conséquences de la fraude à l'assurance », in : *La Fraude à l'assurance*, Actes du colloque organisé par le Bureau d'assurance du Canada et la Fondation Conrad-LeBlanc, en collaboration avec l'Université de Montréal, Montréal, le 26 février 1992.

Dionne, G. et P. St-Michel (1991), « Workers Compensation and Moral Hazard », *Review of Economic and Statistics* 83(2).

Dionne, G., St-Michel, P. et C. Vanasse (1995), « Moral Hazard, Optimal Auditing and Worker's Compensation », in: *Research in Canadian Workers' Compensation*, Terry Thomason and Richard P. Chaykowski (eds), IRC Press, Industrial Relations Centre, Queen's University at Kingston.

Rapport annuel sur les assurances (1994), L'inspecteur général des institutions financières, Québec.

Rapport statistique sur l'assurance automobile. Québec 1994. Résultats généraux. Groupement des assureurs automobiles.

Tremblay, P., Massé, B. et Y. Clermont (1992), « Les fraudes en assurances générales », in: *La Fraude à l'assurance*, Actes du colloque organisé par le Bureau d'assurance du Canada et la Fondation Conrad-LeBlanc, en collaboration avec l'Université de Montréal, Montréal, le 26 février 1992.

Money laundering regulation in Canada

by

Ani M. Abdalyan*

La législation, la réglementation et les initiatives canadiennes sur le blanchiment d'argent sont relativement récentes, mais elles sont importantes et variées. Dans cette étude, l'auteur étudie les amendements apportés au code criminel (Bill C-61), entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1989. Il examine aussi les conventions auxquelles le Canada a adhéré, en 1988, l'une est internationale, « La Convention de l'O.N.U. de 1988 », l'autre est bilatérale, Canada-États-Unis, « Loi sur l'entraide juridique en matière criminelle ».

395

Il analyse aussi les règles de pratique instituées par les banques canadiennes élaborées le 2 décembre 1988 par le Comité Basle. En outre, il fait le tour des principales recommandations dégagées par un groupe d'action, créé à l'occasion du sommet économique de Paris tenu en 1989, appelé Groupe d'action sur le blanchiment d'argent dans le domaine financier, dont le mandat était d'identifier les principales techniques de blanchiment d'argent et d'évaluer les mesures pour les contrer, au plan national et au plan international. Il ne manque pas de rapporter les règles établies par les institutions financières, en 1990, et révisées en 1995, intitulées « Pratiques optimales en vue de détecter le blanchiment d'argent ». Enfin, il termine par des commentaires sur une autre législation fédérale plus récente, « Loi sur le recyclage des produits de la criminalité » entrée en vigueur le 21 juin 1991, et la réglementation propre à cette Loi, entrée en vigueur le 26 mars 1993.



* Ms. Ani M. Abdalyan is a consultant at Cassels Brock & Blackwell.

I. Introduction

The traditional philosophy of law enforcement has been combatting illegal activities. While money laundering is not a new activity, only since January 1, 1989, with the enactment of Bill C-61,¹ An Act to Amend the Criminal Code, the Food and Drug Act and the Narcotic Control Act, is money laundering² an offence in Canada. Money laundering has been defined as:

the conversion of illicit cash into another asset, concealment of the true source or ownership of the illegally acquired proceeds and the creation of the perception of legitimacy of source and ownership.³

396

Proceeds of crime can arise from activities such as drug trafficking, organized crime, prostitution, child pornography, terrorism, kidnapping, fraud, extortion, corruption and use of illegal hormones.

When Bill C-61 received First Reading in the House of Commons on May 29, 1987, this coincided with the federal government's National Drug Strategy consisting of a five year plan and a \$210 million program. In 1985, the Royal Canadian Mounted Police ("RCMP") and Customs Canada seized 62 kilograms of heroin, 109 kilograms of cocaine and 19,000 kilograms of hashish.⁴

¹ S.C. 1988, c. 51.

² In the U.S. prohibition days of the 1930s, Al Capone invested crime money in a chain of laundries. Nicole Chiasson, "L'argent "sale": un danger pour tous les avocats!" (1995) v.4 no.6 National 50 at 52. The expression "money laundering" was used in the United States only recently, in *U.S. v. \$4,255, 625.39* (1982) 551 F. Supp. 314.

³ Art. III, para. 1(b) of the 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, Vienna, E/Conf. 82-15, 19 December 1988. See Canada, *Tracing of Illicit Funds: Money Laundering in Canada*, by M.E. Beare and S. Schneider, (Ottawa: Solicitor General 1990) [hereinafter "Tracing of Illicit Funds"].

⁴ House of Commons Debates, Second Session, 33rd Parliament, 36 Elizabeth II, vol. vi, 1987 (15 February 1988) at 6467. In Colombia, the Medellin drug cartel controls the drug trade. The cartel uses terror and assassination in order to retaliate against the arrest of its members, resulting in the destruction of the democracy. See House of Commons Debates, Second Session, 33rd Parliament, 36 Elizabeth II, vol. v, 1987 (May 4, 1987).

The new philosophy in law enforcement focuses on the confiscation of proceeds of crime so as to deter and punish those who undertake criminal activity, and to make law enforcement pay for itself. The thesis of this paper is that while Canada has joined the war on money laundering, the very nature of open economies i.e., the dismantling of exchange controls, the globalization of the financial sector, technological advances and the shift to an almost instantaneous payments system is such that they can intentionally be abused for purposes of money laundering.

397

This paper will review Canada's internally-directed legislative and regulatory efforts to combat money laundering and will set out complementary efforts with international dimension. Although money laundering is an activity which can touch different sectors of the economy,⁵ the focus of this paper will be financial institutions with highlights of potential areas of abuse therein. As has been pointed out elsewhere: "The techniques of money laundering are innumerable, diverse, complex, subtle and secret."⁶

Honesty and integrity are vital for the long-term prosperity of the financial sector. Money laundering operations can cause loss of credibility and investor confidence in the financial sector. As a result, while the main regulatory concern is the stability of a financial institution, it is generally accepted in Canada that the financial sector and regulators cannot be indifferent to the use made of banks by criminals and their associates. It is generally agreed that the financial sector can and should play a preventative role in relation to money laundering activities.

The paper concludes with the acknowledgment that international intelligence support as well as co-operation across

⁵ Vehicles used by money launderers include currency exchange houses, the securities market, real estate, the incorporation of companies, precious metals and gems, boat and plane dealerships, travel agencies, gaming casinos and antiques. See *Tracing of Illicit Funds*, supra 3 at xii.

⁶ United States, Department of State, *International Narcotics Control Strategy Report*, March 1, 1988, 46.

frontiers in the investigation, prosecution and confiscation of the proceeds of crime is vital.

II. International agreements on anti-money laundering

398

International efforts to combat money laundering have included initiatives undertaken by the United Nations, Commonwealth initiatives, European developments and a number of other developments and initiatives. This paper will set out the international efforts as they have directly or indirectly influenced the Canadian legislative and regulatory environment regarding money laundering.

(1) The 1988 U.N. Convention

The first initiative to combat money laundering operations occurred in Vienna, on December 19, 1988, with the creation of the U.N. Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances ("U.N. Convention").

The most significant feature of the U.N. Convention has been described as the requirement that State parties to the treaty "legislate as necessary to establish a modern code of criminal offences relating to illicit trafficking in all its different aspects".⁷

A second critical feature of the U.N. Convention is the provision dealing with the confiscation of the profits derived from drug trafficking. There was a recognition that bank secrecy laws were being used to "obstruct co-operation and the provision of information needed for the investigation of allegations of drug-related offences".⁸

The drafters of the U.N. Convention inserted a requirement that each State party empower its courts or other relevant authorities to order the availability of bank, financial or

⁷ Criminal Justice (International Co-operation) Bill: Explanatory memorandum on the Proposals to Implement the 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1989, 28.

⁸ Dr. W.C. Gilmore, ed., *International Efforts to Combat Money Laundering*, (Cambridge: Grotius Publications Limited, 1992) xii [hereinafter "International Efforts"].

commercial records. Furthermore, the treaty specifically provides that "a party shall not decline to act under the provisions of this paragraph on the ground of bank secrecy".⁹

*Tournier v. National Provincial & Union Bank of England*¹⁰ held that a banker owes an implied contractual duty of confidentiality to his customer. This duty of the banker is subject to four qualifications: (i) when disclosure is compelled by law, (ii) when there is a public duty to disclose, (iii) when the interests of the bank mandate disclosure or (iv) when there is express or implied consent of the customer to disclose.

399

In money laundering cases, one of the ways in which criminals conceal evidence of the crime is by laundering the funds through financial institutions. In other words, there is a competition between individual interests in privacy and law enforcement interests in requiring disclosure of financial information.

The U.N. Convention also includes a provision dealing with mutual legal assistance. It provides that "the parties shall afford one another, pursuant to this article, the widest measure of mutual legal assistance in investigations, prosecutions and judicial proceedings" in relation to drug trafficking offences.¹¹ Another feature of the U.N. Convention is that it makes extradition between signatory states applicable in the context of money laundering.¹²

The U.N. Convention has been referred to as follows:

The Convention is one of the most detailed and far-reaching instruments ever adopted in the field of international criminal law and, if widely adopted and effectively implemented, will be a major force in

⁹ *Ibid.* at xiii.

¹⁰ [1924] 1 K.B. 461 (C.A.) at 486.

¹¹ The David Hume Institute, "Money Laundering", in *Hume Papers on Public Policy* 1, no. 2, (Edinburgh University Press: Summer 1993) 3 [hereinafter "Hume Papers"].

¹² *International Efforts*, *supra* 8 at 10.

harmonizing national laws and enforcement actions around the world.¹³

(2) Basle Committee on banking regulations and supervisory practices

The Basle Committee¹⁴ on Banking Regulations and Supervisory Practices issued a Statement of Principles on December 12, 1988. The preamble provides that the Statement of Principles is:

400

a general statement of ethical principles which encourages banks' management to put in place effective procedures to ensure that all persons conducting business with their institutions are properly identified; that transactions that do not appear legitimate are discouraged; and that co-operation with law enforcement agencies is achieved.¹⁵

The Statement of Principles is not a treaty in terms of public international law. The implementation of the statement of principles depends on domestic law. Acknowledgment, however, by banking regulatory authorities of the failure to comply with the Statement of Principles could result in administrative sanctions.

The Statement of Principles is intended to set out how banks' management can assist in the suppression of money laundering through the national and international banking system. Specifically, the Statement of Principles deals with customer identification, compliance with laws and co-operation with law enforcement authorities.

(3) The financial action task force

¹³ D.P. Stewart, *Internationalizing The War on Drugs: The U.N. Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (1990) 18 *Denver Journal of International Law and Policy*, 387 at 388.

¹⁴ The Basle Committee is an unofficial arm of the Bank for International Settlements. Since its creation in 1974, the Basle Committee has become the key forum for improvement and co-operation in international banking regulation. Friesen, *The Regulation and Supervision of International Lending*, 20 *International Law*, 153 (1986).

¹⁵ Hume Papers, *supra* 11 at 6.

In the July, 1989 Paris Economic Summit, the Group of Seven ("G-7") Nations established Financial Action Task Force on Money Laundering ("FATF"),¹⁶ a cornerstone in the international anti-money laundering regime. The mandate of FATF was to examine money laundering techniques and to evaluate measures taken internationally and nationally and to enhance multilateral judicial assistance. In its first report on money laundering, published in April, 1990, FATF released a Report consisting of forty detailed recommendations relating to three key areas:

- (i) The improvement of national legal systems,
- (ii) The enhancement of the role of the financial system, and
- (iii) The strengthening of international co-operation.¹⁷

Specifically, the FATF Report provides as follows:

Many of the current difficulties in international co-operation in drug money laundering cases are directly or indirectly linked with the strict application of bank secrecy rules, with the fact that, in many countries, money laundering is not today an offence and with insufficiencies in multilateral co-operation and mutual legal assistance.

1. Some of these difficulties will be alleviated when the U.N. Convention is in effect in all signatory countries, principally because this would open more widely the possibility of mutual legal assistance in money laundering cases. Accordingly, the group unanimously agreed as its first recommendation that each country should, without further delay, take steps to fully implement the U.N. Convention, and proceed to ratify it.
2. Concerning bank secrecy, it was unanimously agreed that financial institutions secrecy laws should be

¹⁶ G-7 Countries, (Britain, Canada, France, Germany, Italy, Japan and the United States) were joined by Austria, Australia, Belgium, Luxembourg, the Netherlands, Spain, Sweden, Switzerland and the European Community.

¹⁷ Hume Papers, *supra* 11 at 7.

conceived so as not to inhibit implementation of the recommendations of this group.

3. Finally, an effective money laundering enforcement program should include increased multilateral cooperation and mutual legal assistance in money laundering investigations and prosecutions and extradition in money laundering cases, where possible.¹⁸

402

The recommendations of the FATF Report are recommendations and are not an international convention in international law.¹⁹ This, however, has not decreased the effectiveness of the FATF Report in implementing the U.N. Convention.

While it is beyond the scope of this paper to review and analyze the forty recommendations contained in the FATF Report, I propose to set out the Canadian approach to the regulation of money laundering and relate it to the three central areas of the FATF Report. At approximately the same time that the international agreements on anti-money laundering were being put in place, Canada and other industrialized countries were working to enhance their own anti-money laundering measures. Basically, Canada has implemented the FATF Report, in two stages, with a view to preventing the use of Canada's financial system for the purpose of money laundering.

(4) THE 1990 COUNCIL OF EUROPE CONVENTION

Another significant instrument to combat the financial aspects of drug trafficking is the 1990 Council of Europe Convention, which goes beyond the 1988 U.N. Convention in a number of ways. Most significant, perhaps, is the expansion of the definition of money laundering beyond drug trafficking activities. It has been stated that:

¹⁸ *Ibid.* at 21.

¹⁹ *Ibid.* at 18.

Article 6 of the Convention requires State Parties to establish an offence of intentional money laundering. The property involved in any conversion or transfer could be proceeds not only of drug trafficking or terrorism but of any criminal offence (described as the "predicate offence") and the state party prosecuting need not have criminal jurisdiction over the predicate offence. Although this constitutes a very wide definition of money laundering, it is open to States on signature or ratification to limit the definition for themselves to more limited categories of predicate offences.²⁰

403

The 1990 Council of Europe Convention also contemplates the possible criminalisation of negligent money laundering. It has been signed by a significant number of European countries but has not yet come into force.

III. Canadian Criminal Law: The Law of 1st January, 1989

Canada has adopted the recommendation in the U.N. Convention and the FATF Report that money laundering be a criminal offence. Section 2 of Bill C-61 contains detailed and very broad provisions dealing with proceeds of crime and sets out amendments to the Criminal Code (Canada), the Narcotic Control Act and the Food and Drugs Act. Bill C-61 amends the Criminal Code (Canada) to create the offence of money laundering.²¹ It provides that:

462.31(1) Everyone commits an offence who uses, transfers the possession of, sends or delivers to any person or place, transports, transmits, alters, disposes of or otherwise deals with, in any manner and by any means, any property or any proceeds of any property with intent to conceal or convert that property or those proceeds and

²⁰ International Efforts, *supra* 8 at xv.

²¹ In Belgium, Netherlands and Denmark, a specific money laundering felony does not exist. Money laundering is included in a broadly defined offence of "handling stolen property". See Laurent Garzaniti, "Belgian Law on Money Laundering" (1995), v. 3, no. 1, *Journal of Financial Crime*, 105.

knowing that all or a part of that property or of those proceeds was obtained or derived directly or indirectly as a result of

- (a) the commission in Canada of an enterprise crime offence or a designated drug offence; or
- (b) an act or omission anywhere that, if it had occurred in Canada, would have constituted an enterprise crime offence or a designated drug offence.

404

As a result, under the Criminal Code (Canada) the money laundering offence arises as a result of acts committed in Canada, as well as acts or omissions anywhere in the world.

An offender may be prosecuted by indictment, with a maximum punishment of imprisonment for ten years, or by summary conviction.

Enterprise crime offence is defined to mean any one of twenty-four offences set out in section 462.3 of the Criminal Code (Canada) including arson, bribery, extortion and fraud. Designated drug offence is defined to mean an offence set out in section 39, 44.2, 44.3, 48, 50.2, 50.3 of the Food and Drugs Act and section 4, 5, 6, 19.1 and 19.2 of the Narcotic Control Act.

Section 462.47 of the Criminal Code (Canada) provides that no civil or criminal liability is incurred by informants who disclose "to a peace officer or the Attorney General any facts on the basis of which that person reasonably suspects that any property is proceeds of crime or that any person has committed or is about to commit an enterprise crime offence or a designated drug offence."

The U.N. Convention and the FATF Report also recommend that national legislation include a provision dealing with the seizure of proceeds of crime involving money laundering. Bill C-61 includes provisions dealing with pre-trial seizure or restraint of property allegedly arising from proceeds of

crime.²² There is also a specific provision enabling the court, upon conviction, to order the forfeiture to the Crown of funds or other properties which are the proceeds of crime. Section 462.42 also provides for written applications by third parties for relief from forfeiture.

In *United States of America v. Dynar*,²³ the Ontario Court of Appeal held that actual knowledge of the underlying activity is an essential element of the money laundering offence set out in section 462.31 of the Criminal Code (Canada).

Recently, the Quebec Court of Appeal overturned the conviction of Jeremy Hayes, who was sentenced to nine months in jail and fined \$900 for converting \$300,000 of drug sale proceeds into bank drafts. The Quebec Court of Appeal held that the Crown's case "did not establish that Hayes had specific knowledge of the illegal nature of the cash he converted".²⁴

The British Columbia Supreme Court also clarified in *R. v. Clymore*²⁵ that circumstantial evidence can establish the fact that funds or other properties are the proceeds of crime for which the Attorney General may make an application for forfeiture under section 462.38 of the Criminal Code.

The court held as follows:

The purpose of this part of the Criminal Code and of s. 462.38 of the Criminal Code is to prevent the laundering of proceeds of crime and to make liable to seizure the proceeds of both designated drug offences and enterprise crime offences including money laundering as in this case.

²² In the United Kingdom, Drug Trafficking Offences Act, 1986 and Part IV of the Criminal Justice Act deal with confiscation of proceeds arising from criminal activities. The courts have power to seize or to restrain property arising from crime. The courts can also substitute assets if the criminals have put the assets beyond the reach of the courts. See House of Commons Debates, Second Session, 33rd Parliament, 36 Elizabeth II, vol. v, 1987 (May 4, 1987) at 5706.

²³ [1995] O.J. No. 2616 (Q.L.). The Belgian courts have also held that the crime of money laundering can only be committed intentionally.

²⁴ "Court Quashes Alliance Quebec Ex-Director's Conviction," *The [Ottawa] Citizen* (30 November 1995) D7.

²⁵ (1992) 74 C.C.C. (3d) 217.

In establishing that any property which was seized is beyond a reasonable doubt the "proceeds of crime", there is no burden on the Crown to prove that the funds seized were the proceeds of any specific illegal transaction such as the sale of narcotics.²⁶

IV. The Role of Financial Institutions In the Detection of Money Laundering

(1) Best Practices for Deterring and Detecting Money Laundering

406

Generally speaking, Canada measures up well to the FATF Report. In April, 1990, the Office of the Superintendent of Financial Institutions published a guideline entitled Best Practices for Deterring and Detecting Money Laundering setting out procedures and safeguards to be used by financial institutions to ensure money laundering activities are detected and acted upon. The guideline is based on the Statement of Principles published by the Basle Committee on Banking Regulations and Supervisory Practices.

The guideline mandates that a financial institution must establish a best practices policy to combat the abuse of the regulated entity for the purpose of money laundering. A senior officer or officers must also be designated to be responsible for ensuring day-to-day compliance with procedures.

The guideline also mandates internal control procedures to deter and detect laundering, record retention requirements as well as appropriate training plans and programs for personnel. Since January 1, 1990, examinations of deposit-taking institutions by the Office of the Superintendent of Financial Institutions have included an examination of money laundering detection procedures.

²⁶ *Ibid.* at 218.

(2) The Law of 21st June, 1991

In January 1990, a joint private sector - government Advisory Committee on money laundering, chaired by the Honorable Gilles Loiselle, Minister of State (Finance) and President of the Treasury Board, was established as part of the National Drug Strategy. The terms of reference of the Advisory Committee were as follows:

1. To look at mechanisms in place to prevent money laundering.
2. To identify areas where enhancements could be instituted.
3. To advise the government on the merits of different options being considered to address money laundering.
4. To act as a consultative link between industry and government on a technical level.
5. To increase awareness of actions being taken by Canadian financial institutions to deal with money laundering.²⁷

407

The work of the Advisory Committee was key in the development of Bill C-9, the Proceeds of Crime (money laundering) Act, which came into force on June 21, 1991. The goal of the legislation is to catch the profits from proceeds of crime specifically at the point where they enter the Canadian monetary system in cash form. The Honorable Gilles Loiselles said:

the Government of Canada is bringing this legislation forward to ensure that the most effective actions possible are taken against money laundering, and to build on previous legislation which made money laundering illegal under the Criminal Code. This measure also builds on action being taken within the financial sector to identify

²⁷ Department of Finance, Canada, News Release 90/022, "First Meeting of Advisory Committee on Money Laundering" (February 13, 1990) 3.

potential money laundering problems and report suspicious transactions to law enforcement authorities.²⁸

Section 2 of the Proceeds of Crime (money laundering) Act provides that the object is:

To establish record-keeping requirements in the financial field in order to facilitate the investigation and prosecution of offences under the money laundering sections of the Criminal Code, the Food and Drugs Act and the Narcotic Control Act.

408

The Proceeds of Crime (money laundering) Act applies to financial institutions in Canada including banks, life insurance companies, trust and loan companies, securities dealers, credit unions and caisses populaires. It also applies to foreign exchange dealers and persons e.g., professionals, who receive cash on behalf of others.

It imposes a record-keeping requirement and provides that everyone to whom this legislation applies must keep and retain records relating to financial activities in accordance with the Proceeds of Crime (money laundering) Regulations. The potential penalty for lack of compliance with the Act or the regulatory record-keeping requirements on summary conviction is a fine of up to \$50,000 and imprisonment for up to six months. Proceedings for summary conviction have a limitation period of one year from the time when the subject matter of the proceedings arose. There is also a fine of up to \$500,000.00 and imprisonment for a term of up to five years for a conviction or indictment.

An officer, director or agent of a financial institution who directed, authorized, assented to, acquiesced in or participated in the contravention of the Proceeds of Crime (money laundering) Act or the regulations thereunder is liable on conviction for

²⁸ Ibid. at 2.

similar penalties whether or not the financial institution is prosecuted or convicted.²⁹

The federal government's special focus on anti-money laundering program was driven by the desire to ensure that Canada does not become a haven for money launderers. One of the factors driving Bill C-9 was the realization by the RCMP that while Canadian financial institutions were previously maintaining records, there was lack of consistency, with the result that investigations could be frustrated.

409

(3) Proceeds of Crime (Money Laundering) Regulations

Proceeds of Crime (money laundering) regulations (the "Regulations") came into force on March 26, 1993. The Regulations set out the records that financial institutions must keep for the purpose of facilitating money laundering operations and prosecutions.

The Regulatory Impact Analysis Statement, published with the Regulations in the Canada Gazette,³⁰ provides that:

Different record keeping requirements were considered before arriving at those contained in the regulations. The requirements contained in the regulations represent, in light of the current record-keeping practice of interested parties, the least intrusive measures which will allow the objectives of the Act to be satisfied.

The Regulations require that financial institutions maintain records relating to large cash transactions, i.e., a transaction in which cash in the amount of \$10,000 or more is received.

²⁹ The U.S. Bank Secrecy Act sets out both civil and criminal penalties for money laundering. The potential penalty for civil liability is \$10,000.00 and the criminal penalties are up to \$250,000.00 or five years. The Australian legislation has either a strict liability offense which could be committed negligently or where there is a mens rea requirement. For the strict liability offense, there is a penalty for individuals up to \$5,000.00 or two years imprisonment and the potential criminal penalty is up to \$10,000.00 and five years. See testimony of Robin Geller, Research Officer, Canadian Bar Association, House of Commons, Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee F on Bill C-9 (June 10, 1991) at 1:22-23.

³⁰ Canada Gazette, v. 124, no. 4 [1993], SOR/93-75, 1015.

410

With respect to every large cash transaction, every financial institution is required to keep and maintain the following information: (i) the date and nature of the transaction and (ii) the amount of cash received and the currency in which it is received. Where an employee of a financial institution has reason to believe that the individual from whom cash is received is acting on behalf of a third party, the Regulations require the recording of the name, address and nature of the principal business of the third party or evidence that the individual conducting the transaction keeps and retains large cash transaction records.

With respect to every large cash transaction, every deposit-taking financial institution³¹ must record the name of the person in whose account the money is deposited.³² Every life insurance company, securities dealer and foreign exchange dealer must record the name of the individual from whom the cash is received, and the individual's address and nature of principal business or occupation where such information is not readily obtainable from other records.³³

The Regulations also set out general record-keeping requirements, for deposit-taking financial institutions, which are as follows:³⁴ a signature card for each account holder, every account operating agreement received or created in the normal course of business, a deposit slip in respect of every deposit made to an account, every debit or credit memo received or created in the normal course of business, a copy of every account statement sent to a client and every customer credit file created in the normal course of business.

With regard to cheques, the Regulations³⁵ require every deposit-taking financial institution to maintain the original of

³¹ Bank, cooperative credit society, credit union, caisse populaire, trust company or loan company.

³² Proceeds of Crime (money laundering) Regulations, SOR/93-75 s. 4(1)(a)(i) [hereinafter "Regulations"].

³³ *Ibid.* s. 4(1)(a)(ii).

³⁴ *Ibid.* s. 5(a)-(e) and (g).

³⁵ *Ibid.* s. 5(f).

every cheque deposited to or drawn on an account unless the cheque is drawn on and deposited to accounts at the same branch of the financial institution, or there is a microfilm or electronically imaged copy of the cheque that is readily ascertainable and reproducible, and is retained for at least five years from its date.

The Regulations also set out various retention periods.³⁶ There is a five-year retention period from the date on which the relevant account is closed for signature cards, account operating agreements, customer credit files, client application forms and account application forms. For all other types of documents, the mandated retention period is five years from the date the document was created.

411

The Regulations also contain provisions dealing with general records for currency exchange transactions as well as records to be kept by securities dealers.³⁷

A life insurance company is required to keep and retain a client application form for every purchase of an immediate or deferred annuity, or another insurance policy, for which the client will pay \$10,000 or more.³⁸

The Regulations also contemplate the possibility of the retention of machine-readable copies of certain types of documents, as long as a printed copy can be readily reproduced.³⁹ The documents include large cash transaction records, deposit slips, credit memos, account statements, and customer credit files. Original records must, however, be retained during the requisite retention period, for signature cards and account operating agreements.

The Regulations also contain a provision dealing with verification of identity of individuals who open accounts. Every

³⁶ *Ibid.* s. 10.

³⁷ *Ibid.* s. 6, s. 7.

³⁸ *Ibid.* s. 8. There is an exemption for a policy under s. 306(1) of the Income Tax Regulations.

³⁹ *Ibid.* s. 9.

financial institution must ascertain identity by reference to the individual's birth certificate, driver's licence or passport or to "any similar document".⁴⁰ It has been suggested that it is reasonable to assume that a "similar document" is likely to be a document issued by a government, e.g., a Canadian citizenship certificate.⁴¹

412

A deposit-taking financial institution must ascertain the identity of every individual who signs a signature card in respect of an account.⁴² A life insurance company must ascertain the identity of every individual who conducts a transaction with that life insurance company for which the life insurance company is required to keep a general record.⁴³

Every financial institution must ascertain the identity of every individual who conducts a large value transaction with that financial institution, unless the deposit of funds is made to a corporate account or by means of an automated banking machine.⁴⁴ There are also provisions dealing with verification of identity by foreign exchange dealers and securities dealers.

(4) Revised Best Practices for Deterring and Detecting Money Laundering

In October 1995, the Office of the Superintendent of Financial Institutions released a revised draft Best Practices document. The revisions take into consideration changes which have come about as a result of the promulgation of Proceeds of Crime (money laundering) Act and Regulations as well as further understanding of deterrence and detection of money laundering. Some of the changes contemplated by the revised draft Best Practices document include the implementation of record retention procedures that comply with the Regulations

⁴⁰ Ibid. s. 11(2).

⁴¹ Edward K. Rowan Legg, "Money Laundering", Regulation of Financial Institutions: A Complete Course, (Infonex) (Nov. 21-22, 1994) 8.

⁴² Supra, note 32 s. 11(1)(a).

⁴³ Ibid. s. 11(1)(c).

⁴⁴ Ibid. s. 11(1)(d).

and a process to promptly report suspicious transactions to management and the RCMP.

(5) FATF Report and Canadian Anti-Money Laundering Measures Covering the Financial System

Canadian banks have implemented the know-your-client principle which is intended to address the use of "smurfs" i.e. money couriers, a significant characteristic identified in money laundering cases.⁴⁵ They also have measures dealing with proper customer identification, adequate record-keeping and increased vigilance including internal investigations. Canadian banks also have employee training programs which include video productions dealing with money laundering.⁴⁶ Each month, Canadian banks report approximately 100 suspected money laundering transactions.⁴⁷ Banks also monitor developments used by money launderers, both domestically and abroad.

413

V. Mutual legal assistance treaty

In order to strengthen co-operation between legal authorities, Canada entered into the Mutual Legal Assistance Treaty with the United States. The Mutual Legal Assistance Treaty gives each country access to the judicial processes of the other country. The Mutual Legal Assistance Treaty was implemented in the Mutual Legal Assistance in Criminal Matters Act (Canada).⁴⁸ It provides "the necessary legal authority and sets out the procedural requirements for executing requests made

⁴⁵ The term "smurf" refers to a person who makes multiple deposits which are under currency transaction reporting requirement levels. It originates from the name of the small, blue cartoon characters with high energy levels, who are hard-working and are led by Papa Smurf, who is the chief money-launderer and may work for drug traffickers. See B. Zagaris & S.B. McDonald, "Money Laundering, Financial Fraud, and Technology: The Perils of Our Instantaneous Economy", (1992) 26 *George Washington Journal of International Law and Economics*, 75, [hereinafter "Instantaneous Economy"].

⁴⁶ Michael Ballard, "On the Safe Side", *Canadian Banker* (July-August 1990), 44.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ S.C. 1988, c. 37.

by a treaty partner. It also provides a mechanism for considering requests from countries with which there is no treaty.”⁴⁹

Section 9 of the Mutual Legal Assistance in Criminal Matters Act (Canada) provides that:

414

(1) Where the Minister (of Justice) approves a request of a foreign state to enforce the payment of a fine imposed in respect of an offence by a court of criminal jurisdiction of the foreign state, a court in Canada has jurisdiction to enforce the payment of the fine, and the fine is recoverable in civil proceedings instituted by the foreign state, as if the fine had been imposed by a Court in Canada.⁵⁰

VI. Technological Advances

Cross-border movement of money is inherent in money-laundering operations, which, according to a British intelligence estimate have been in the range of \$500 billion worldwide in 1993.⁵¹

While money laundering has always had the air of mingling “dirty” money with clean money, the nature of global finance and the electronic payments system have changed the ways criminals use to disguise the true origin of money.

There is no doubt that, with the globalization of the financial sector, controlling money laundering requires international co-operation between governments, law enforcement agencies and banks. Investigations into the failure of Bank of Credit and Commerce International (“BCCI”) have shown that BCCI, through its global network, handled billions of dollars arising from criminal activities. These difficulties of tracking proceeds of crime allowed BCCI’s illegal money

⁴⁹ Tracing of Illicit Funds, *supra* note 3 at 290-1.

⁵⁰ Quare the extent to which Canadian courts will enforce the criminal law of a foreign state.

⁵¹ Economist, (June 25, 1994) 22. According to a publication by the Canadian Bankers Association, “The Fight Against Money Laundering” in Canada, the drug-trafficking industry is estimated to be worth \$4 to \$10 billion annually.

laundering operations to continue for several years. It has been noted that:

financial technology, electronic markets, payment and settlement systems and custodianship facilities ...increase the danger of financial instability being transmitted from one banking system to another, raising questions about the safety and soundness of local institutions.⁵²

Although Canada has embraced the need to criminalize money laundering, as a result of technological developments and an almost instantaneous payments system, financial institutions continue to be at risk of being targets of abuse. Potential areas of abuse include commodity transactions, credit cards, automated teller machines, and electronic wire transfers.

415

Commodity transactions such as trading in over-the-counter derivative securities and currency, interest rate and exchange rate swaps allow the transfer of money without leaving a paper trail.⁵³

The use of credit cards for money laundering, especially proceeds from the sale of narcotics, apparently involves credit card counterfeiting. Organized crime groups obtain valid account numbers and expiry dates from crime group associates who work at legitimate businesses including banks. The groups emboss and encode lost, stolen or counterfeit cards with the account information obtained from associates. Fraudulent purchases are then made by members of the group who travel around the world to give the impression that they are affluent travelers.⁵⁴ Apparently, sophisticated criminal gangs combine illicit drug operations with credit card counterfeiting.

VISA regularly cooperates with international enforcement agencies in order to fight against electronic counterfeiting. VISA

⁵² Instantaneous Economy, *supra* note 45 at 77.

⁵³ *Ibid.* at 73.

⁵⁴ *Ibid.* at 74.

International also requires issuers of VISA credit cards to add a card verification value to the magnetic stripe.⁵⁵

The card verification value ... can prevent transactions involving a counterfeit magnetic stripe because during the authorization it validates the other information, such as the name of the account holder and the bank account number(s), contained on the magnetic stripe.⁵⁶

416

Automated teller machines ("ATM"s) allow for transaction within a jurisdiction as well as across international borders. Furthermore, the human element of the banking business is removed with the use of ATMs such that questions which might expose a suspicious transaction will not be asked. As a result, ATMs can be a useful vehicle for money laundering.

Electronic wire transfer systems are another potential vehicle for money laundering especially in the international context. Although Canada's regulatory environment has implemented the "know your client" rule,

...the vast volume of electronic wire transfers, their instantaneity, and the significance of this financial medium to international trade combine to make it a difficult area to police.⁵⁷

In other words, technological advances and access to the payments system can jeopardize gains that have been made in the regulation of money laundering, in Canada and internationally.

VII. The Kerry Amendment

The regulation of money laundering in Canada has been criticized by Senator John F. Kerry, a Massachusetts Democrat,

⁵⁵ Ibid. at 101.

⁵⁶ Ibid. at 101.

⁵⁷ Ibid. at 77.

as being lax.⁵⁸ The Kerry amendment to the U.S. Anti-Drug Abuse Act of 1988 "requires the Secretary of the Treasury to negotiate bilateral agreements with other countries to maintain records in U.S. dollar cash transactions of \$10,000 and over. The Kerry amendment also requires these records be made accessible to U.S. law enforcement agencies."⁵⁹

Apparently, the American system of currency transaction reporting was rejected in Canada and a suspicious transactions recording system was preferred so as not to unduly violate the privacy of customers. It was felt that the American system, if adopted in Canada, would be expensive to administer both for financial institutions and regulators.

417

VIII. Conclusion

In recent years, Canada has implemented legislative and regulatory measures to join the war on money laundering which can undermine legitimate economies, and threaten the security and stability of a state. Generally speaking, the Canadian legal framework parallels the U.N. Convention and the FATF Report.

The criminalization of money laundering and the imposition of record-keeping requirements in the financial sector have revealed Canada's present policy choices and have been meaningful measures to prevent Canada from becoming a haven for money launderers.⁶⁰ Solicitor General Robert Runciman

⁵⁸ In the United States, The Bank Secrecy Act, which came into force in 1970, imposes record-keeping and reporting requirements on financial institutions, which are required to submit a currency transaction report to the Internal Revenue Service on all cash transactions of \$10,000 U.S. or more. The Right of Financial Privacy Act of 1978 protects the right to financial privacy. The Money Laundering Control Act of 1986 creates the criminal offence of money laundering.

⁵⁹ The Fight Against Money Laundering, International Developments, Canadian Bankers Association publication.

⁶⁰ The Republic of Seychelles has recently introduced a bill which offers immunity from prosecution to investors who bring U.S. \$10 million to the island state. The bill has been described as legalizing money laundering. "The bill defines three concessions or incentives, starting with immunity from prosecution for all criminal proceedings whatsoever except criminal proceedings in respect of offences involving acts of violence and drug trafficking in Seychelles. The second concession is a guarantee that assets will not be seized unless the seizure arises from a criminal case involving violence or drugs in Seychelles. The third covers incentives established under other laws." See

announced that on November 22, 1995 the federal government and the province of Ontario signed an agreement to share the money and other assets seized by the federal government from criminals convicted of crimes such as drug trafficking. The money seized will be invested in the criminal justice system of Ontario.⁶¹

418

The Annual Report 1994-95 of the FATF on Money Laundering provides that great progress has been made by the members of the FATF in implementing the forty recommendations of the FATF Report. Most of the members have achieved an acceptable standard and, in the future:

The FATF will continue to scrutinise closely the performance of its members in applying the Recommendations, although the emphasis will now increasingly shift towards assessing the effectiveness of the laws and systems in practice - the focus of the second round of mutual evaluations which will begin in 1996. In addition, the FATF will continue to urge its members to establish good bilateral contacts between law enforcement agencies and to develop co-operation agreements so as to strengthen the international fight against money laundering.⁶²

Money laundering has been referred to as a "dynamic activity" and the FATF Annual Report 1994-95 highlights the need "to examine the implications of new technology and alternate payments systems for money laundering".⁶³ These developments, in conjunction with the globalization of the financial sector, have opened new areas to abuse by money launderers. Sophistication in criminal financial activity i.e., development of new ways of using the banking system, necessitates refinements to international co-operation in

D. Westell, "Seychelles offers haven for money launderers." *Financial Post*, (December 2, 1995) 3.

⁶¹ *Globe and Mail*, November 23, 1995.

⁶² *FATF on Money Laundering*, Annual Report 1994-5, 8 June 1995, at 23.

⁶³ *Ibid.*

monitoring money laundering techniques, as well as investigating the crime, prosecuting the perpetrators and confiscating the proceeds.

Selected Bibliography

Government Papers

Canada Gazette, v. 127, no. 4, 1993.

Criminal Justice (International Co-operation) Bill: Explanatory Memorandum on the Proposals to Implement the 1988 United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1989.

Department of Finance, Canada, News Release 90/022, "First Meeting of Advisory Committee on Money Laundering" (February 13, 1990).

House of Commons Debates, Second Session, 33rd Parliament, 36 Elizabeth II, vol. v, 1987 (May 4, 1987).

House of Commons Debates, Second Session, 33rd Parliament, 36 Elizabeth II, vol. vi, 1987 (15 February, 1988).

Testimony of Robin Geller, Research Officer, Canadian Bar Association, House of Commons, Minutes of Proceedings and Evidence of Legislative Committee F on Bill C-9 (June 10, 1991).

United States, Department of State, International Narcotics Control Strategy Report, March 1, 1988.

Articles and Texts

Garzaniti, Laurent, "Belgian Law on Money Laundering" 1995, v. 3, no. 1 (International) Journal of Financial Crime.

Ballard, M., "On the Safe Side", Canadian Banker (July-August 1990).

Beare, M.E. and Schneider, S. Canada, Tracing of Illicit Funds: Money Laundering in Canada, (Ottawa: Solicitor General 1990).

Chiasson, N. "L'argent "sale": un danger pour tous les avocats!" (1995) v. 4 no. 6 National.

"Court Quashes Alliance Quebec Ex-Director's Conviction," The [Ottawa] Citizen (30 November 1995) D7.

The David Hume Institute, "Money Laundering", in Hume Papers on Public Policy 1, no. 2, (Edinburgh University Press: Summer 1993).

420

Economist, (June 25, 1994) 22.

The Fight Against Money Laundering, International Developments, Canadian Bankers Association publication.

Dr. Gilmore, W.C. ed., International Efforts to Combat Money Laundering, (Cambridge: Grotius Publications Limited, 1992).

Rowan Legg, E.K. "Money Laundering", Regulation of Financial Institutions: A Complete Course, (Infonex) (Nov. 21-22, 1994).

Stewart, D.P. Internationalizing The War on Drugs: The U.N. Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1990) 18 Denver Journal of International Law and Policy.

Westell, D. "Seychelles offers haven for money launderers." Financial Post, (December 2, 1995).

Zagaris, B. & McDonald, S.B. "Money Laundering, Financial Fraud, and Technology: The Perils of Our Instantaneous Economy", (1992) 26 George Washington Journal of International Law and Economics.

Cases

R. v. Clymore (1992), 74 C.C.C. (3d) 217 (B.C.S.C.).

Tournier v. National Provincial & Union Bank of England, [1924] 1 K.B. 461 (C.A.).

United States of America v. Dynar, [1995] O.J. No. 2616 (Q.L.).

U.S. v. \$4,255, 625.39 (1982) 551 F. Supp. 314.

Statutes

An Act to Amend the Criminal Code, the Food and Drug Act and the Narcotic Control Act, S.C. 1988, c. 51.

Mutual Legal Assistance in Criminal Matters Act, S.C. 1988, c. 37.

Proceeds of Crime (money laundering) Act, S.C. 1991, c. 26.

Proceeds of Crime (money laundering) Regulations, SOR/93-75.

Revue de la jurisprudence récente du comité de discipline de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec¹

par

Anne-Marie Beaudoin**

423

In conformity with the Act Respecting Market Intermediaries, AIAPQ is responsible to enforce discipline among its 13,000 agents and brokers. On February 1, 1996, Mrs. Anne-Marie Beaudoin, Attorney, carried out a review of the most recent jurisprudence of the Disciplinary Committee which has not been published otherwise. You will discover new judgments relating to the Act Respecting Market Intermediaries and its applicable regulations. You will also find decisions concerning practise conditions such as duplication, criminal act and bankruptcy. Replacement procedure and ethical rules such as funds appropriation are also considered. Finally, an analysis of sanctions as well as their causes complement this jurisprudence review.

Introduction

Présentation du Comité de surveillance et du Comité de discipline de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes :

De façon statutaire, la *Loi sur les intermédiaires de marché*¹, ci-après désigné « Loi », prévoit au chapitre VI intitulé

* Ce texte a été mis à jour en date du 1^{er} février 1996.

** Avocate et conseillère principale à la direction générale de l'AIAPQ.

¹ L.R.Q., c. I-15.1.

« DISCIPLINE DES INTERMÉDIAIRES DE MARCHÉ EN ASSURANCE »², la constitution d'un Comité de surveillance et d'un Comité de discipline.

Le Comité de surveillance a été créé par la Loi pour « examiner la conduite des intermédiaires de marché en assurance, enquêter sur toute question se rapportant à la discipline des intermédiaires de marché en assurance et, s'il y a lieu, de porter plainte devant le Comité de discipline » (art. 138 de la Loi).

424

Le rôle du Comité de discipline est de disposer des plaintes disciplinaires et, s'il y a lieu, de sévir contre ceux qui violent les lois et les règlements.

Existence de systèmes parallèles en droit professionnel québécois :

Les dispositions du Code des professions relatives à l'introduction et à l'instruction d'une plainte ainsi qu'aux décisions et sanctions la concernant s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, aux plaintes que reçoit le Comité de discipline de l'Association. Cette référence est prévue spécifiquement à l'article 159 de la Loi et consacre l'existence d'un système parallèle en droit professionnel québécois.

Il y a par ailleurs, appel des décisions de ce Comité de discipline à la Cour du Québec conformément aux articles 366 et ss de La loi sur les assurances (art. 160 de la Loi).

Moyens préliminaux

À l'égard du Comité de surveillance

Récemment, plusieurs moyens préliminaires ont été invoqués à l'égard de ce comité dans l'affaire Cloran.³

² art. 136 et ss.

³ 18 octobre 1995, 92-0645 et 92-0727.

Le Comité de surveillance n'a pas le devoir ni l'obligation de convoquer un intimé avant de porter plainte au Comité de discipline. Il s'agit d'un Comité qui enquête et non qui entend les parties.

Le Comité de surveillance n'a pas manqué à son obligation d'agir équitablement en refusant d'utiliser les pouvoirs que lui confère la Loi sur les intermédiaires de marché⁴ pour obtenir des documents d'une tierce partie afin d'aider un intimé à se procurer les dossiers des assurés dont il prétend avoir besoin pour se défendre. Même s'il a le pouvoir, cela n'implique pas que le Comité de surveillance a l'obligation d'effectuer ces démarches à la demande d'un intimé.

425

Le président du Comité de surveillance qui signe l'affidavit au soutien de la plainte n'est pas tenu d'avoir une connaissance personnelle des faits. Cependant une analyse de l'affidavit peut être effectuée par rapport au procès-verbal du Comité de surveillance au cours duquel la décision de porter plainte a été prise, pour s'assurer de sa conformité.

À l'égard du Comité de discipline

De nouveaux moyens préliminaires ont été invoqués dans l'affaire Lehouiller⁵ afin de faire déclarer la nouvelle division du Comité de discipline illégalement constituée. Tous ces moyens préliminaires ont été rejetés par le Comité de discipline les 11 et 24 octobre dernier.

Le fait que la ministre ait nommé deux substituts au président du Comité de discipline alors que l'article 153 prévoit la possibilité d'en nommer un seulement n'invalide pas pour autant la nomination des substituts et les comités sous la présidence de ceux-ci.

La désignation du substitut par une personne qui pourrait être assimilée au Comité de surveillance n'invalide pas ce choix.

⁴ L.R.Q., CI-15.1, ci-après désigné Loi.

⁵ 92-0048.

Ce motif a donc aussi été rejeté car même si M^r Lajoie a eu à l'époque des responsabilités à l'égard de la surveillance à l'Association, rien dans la preuve n'a révélé qu'en communiquant avec le président substitut, elle aurait compromis les règles de justice naturelle ou d'impartialité.

426 La désignation des deux autres membres du Comité, par ailleurs, n'est pas entachée d'illégalité. Le Comité de discipline n'a pas retenu l'argument du procureur des intimés voulant que l'Association, sans pouvoir habilitant de régler sur le mode de nomination des membres de son Comité, ne puisse valablement, par un sous-comité, voire aux désignations requises. Le Comité de discipline a estimé qu'il ne faisait que suivre les suggestions de la Cour supérieure dans son jugement du 28 octobre 1993; en fait, il ne s'agit pas d'un règlement mais de règles de régie interne.

Décisions du comité de discipline

Conditions d'exercice

Double emploi

Au cours des dernières années, le Comité de discipline a eu à interpréter l'art. 51⁶ à plusieurs reprises. Cette disposition prévoit que :

En outre de l'exercice de ses activités d'intermédiaire de marché, un intermédiaire de marché en assurance de personnes ne peut qu'exercer des fonctions administratives au sein d'un cabinet ou d'une institution financière et uniquement dans la mesure où ses activités demeurent liées à la vente de produits d'assurance et qu'il continue d'oeuvrer avec d'autres intermédiaires de marché en assurance de personnes.

⁶ Art. 51 du Règlement du Conseil des assurances de personnes sur les intermédiaires de marché en assurance de personnes, D.1014-91, (1991) 123 G.O.II, 4403 (I-15.1, r.0.5), ci-après désigné RCAP.

Dans le cadre du dossier Cordeau⁷, le Comité de discipline édictait, en date du 28 mars 1995 une décision dans laquelle on retrouve une intéressante rétrospective de la jurisprudence de ce Comité. L'intimé admit qu'il exerçait la profession d'avocat à titre d'activité principale en plus de cumuler, à titre d'activité secondaire, l'activité d'intermédiaire en assurance de personnes. L'intimé a soumis que l'article 51 est ultra vires parce que totalement prohibitif, selon lui, le Comité ne peut lui donner une interprétation large, cette disposition est invalide parce qu'abusive et déraisonnable.

427

Essentiellement, le Comité reprend ses motifs déjà exprimés dans les affaires Wong⁸, Cusson⁹, et Parent¹⁰ à l'effet de donner une interprétation large à cette disposition pour respecter les libertés individuelles et donner une vision contemporaine de la profession. Pour votre information, dans l'affaire Wong, l'intimé exerçait une activité de veilleur de nuit et de comptable pour un hôtel les fins de semaine. Dans l'affaire Parent, l'intimée était une infirmière travaillant également la nuit.

Le Comité de discipline reprit la notion d'occupation incompatible ou encore contraire à la dignité de l'activité d'intermédiaire. Il est à noter que dans le dossier Labrie¹¹, la Cour du Québec, en appel du Comité de discipline, a confirmé cette interprétation libérale en soulignant qu'elle était plus valable qu'une interprétation stricte. Dans ce cas, l'intimé travaillait à la Confédération des caisses populaires à titre de messenger-commissionnaire, sur appel, de jour, pour une moyenne de 35 heures/semaine en plus d'exercer l'activité d'intermédiaire le soir. Selon le Comité, ce type de cumul est interdit car une personne doit consacrer ses heures normales à

⁷ 92-0615.

⁸ 31 mars 1994, 91-0162.

⁹ 30 septembre 1991, 90-0057 et 90-0368.

¹⁰ 28 août 1991, 90-0411.

¹¹ 30 juin 1994, 93-0275- 2 mars 1995, C.Q.M. 200-02-005367-943.

l'exercice de sa profession et à des activités de formation pour se tenir à jour.

Le Comité conclut donc à l'égard de l'avocat Cordeau, que :

... nous sommes d'opinion que l'exercice d'une autre profession est incompatible avec l'exercice de l'activité d'intermédiaire en assurance de personnes, de même que l'exercice d'une autre activité qui serait l'activité principale de l'intermédiaire. Il faut étudier chaque cas comme un cas d'espèce en tenant en considération le mandat confié, soit la protection du public. En effet, dans le but de veiller à cette protection, il y a lieu de s'assurer que l'activité d'intermédiaire en assurance de personnes est l'activité première de cette personne.

Cette décision, a bien sûr, été portée en appel.

Plus récemment encore le Comité de discipline s'est prononcé quant à l'interprétation de l'art. 51 dans l'affaire Girouard¹², le 15 janvier dernier. M. Girouard est également policier et travaille sur appel selon les besoins. En 1995, il a réalisé un revenu de 55 000 \$ à titre d'intermédiaire en assurance de personnes et de 30 000 \$ à titre de policier. Il préfère son activité dans le domaine de l'assurance à celle de policier et prévoit travailler moins à ce dernier titre en 1996. Il a également mis en preuve qu'aucune plainte à son sujet n'a été déposée par sa clientèle. Le Comité indique à la page 8 de sa décision que:

Même si l'intimé réussit présentement à se garder en santé et à réussir ces deux occupations, nous croyons que dans les deux circonstances révélées par la preuve, la protection du public n'est pas assurée. En effet, trop de temps et d'énergie sont consacrés par l'intimé à son travail de policier pour assurer l'exercice sérieux, efficace et, surtout, professionnel de son activité d'intermédiaire.

¹² 95-0218.

Le présent dossier reflète par contre une particularité. Nous croyons qu'à cause des qualités évidentes de caractère et d'intelligence de l'intimé, ce dernier pourrait exercer une activité policière, les fins de semaine seulement, sans nuire pour autant à son activité première soit celle d'intermédiaire. L'activité policière n'est certes pas une activité incompatible avec celle d'un intermédiaire en assurance de personnes, en autant toutefois qu'elle ne mette pas en conflit d'intérêts l'intermédiaire vis-à-vis sa clientèle, et en autant que cette occupation soit limitée dans le temps et qu'elle n'empiète pas sur les heures de travail normalement consacrées à son activité professionnelle

429

L'audition sur sanction a eu lieu le 29 janvier 1996.

Acte criminel

Pour obtenir son droit d'exercice, le renouvellement et surtout le maintenir, l'intermédiaire en assurance de personnes ne doit pas être déclaré coupable, par jugement définitif, d'un acte criminel ayant un lien avec l'activité d'intermédiaire de marché¹³.

Dans l'affaire Fisette¹⁴, l'application de cette condition ne pose aucune difficulté de droit puisque l'intimé s'était approprié des sommes appartenant à un client ainsi qu'à la compagnie d'assurance pour laquelle il exerçait. En fait, il s'agissait de la contrefaçon de 21 chèques destinés à la compagnie d'assurance London Life pour un montant supérieur à 60 000,00 \$, le tout en contravention de l'art. 368(1) du Code criminel canadien, ainsi que l'encaissement de chèques émis par London Life au bénéfice d'un assuré. Il avait de plus été condamné par une cour criminelle à une sanction d'emprisonnement pour certains actes auxquels faisaient référence la plainte.

¹³ Art. 33 1^o, 157 (3) RCAP.

¹⁴ 30 mars 1995, 93-0005 et 94-0723.

Failllite

En tout temps, un intermédiaire ne doit pas être un failli non-libéré, sauf si la faillite résulte de causes qui n'ont aucun lien avec l'exercice des activités d'intermédiaire de marché.

430 Malgré le libellé de l'art. 33 3⁰ et 157 (6) du RCAP, le Comité établi dans l'affaire Lambert¹⁵, que le fardeau de preuve appartient au Comité de surveillance et non à l'intimée. Cette dernière allègue qu'elle n'aurait jamais fait faillite si elle n'avait eu que ses dettes à elle et non celles pour lesquelles elle avait co-signé avec son mari. Or, son mari, lui-même intermédiaire en assurance de personnes et failli, témoignait que sa faillite était due en partie à ses activités professionnelles. Le Comité refuse d'assimiler les dettes provenant du conjoint intermédiaire à l'intimée, même en tenant compte qu'il s'agirait de dettes reliées. Cependant des dettes fiscales constituées d'impôts non acquittés pour un revenu acquis de par son activité professionnelle sont déclarées reliées à cette activité, mais puisqu'elles n'ont pas causé la faillite, l'intimée a donc conservé son droit d'exercice.

Le Comité interprète l'énoncé comme comprenant ce qui a un lien avec l'assurance, c'est-à-dire mais sans nous limiter toutefois, les dettes relatives aux transactions entre un assureur et un assuré ou encore les dettes qui touchent l'exercice de l'activité professionnelle, soit le domaine de l'assurance.

Par la suite, l'affaire Crête¹⁶, en juin 1995, permettra de confirmer ce précédent voulant que des dettes fiscales qui concernent des impôts impayés sur des revenus provenant de l'exercice de l'activité, suffisent pour démontrer un lien entre la faillite et l'activité, pourvu qu'elles soient la raison de la faillite.

Encore plus récemment le 10 janvier dernier, le Comité de discipline s'est prononcé dans une autre instance soit dans le dossier Laforest¹⁷. Dans ce cas le Comité de surveillance de

¹⁵ 3 mai 1995, 94-1053.

¹⁶ 95-0188.

¹⁷ 95-0501.

d'Association a plaidé que la faillite de l'intimé était reliée en raison d'une importante dette constituée d'honoraires d'avocats et de dépens. La preuve a en effet révélée que l'intimé a été impliqué dans une saga judiciaire avec AXA-Sécurigroupe inc. Le Comité de discipline a décidé que cette dette n'était pas reliée à l'activité parce qu'elle est reliée à un litige fondé sur une relation d'affaires, même si ce litige concerne principalement le respect d'un engagement de non-sollicitation et de ne pas se livrer à du remplacement systématique. À titre d'exemple, le Comité de discipline indique qu'il en aurait pu en être autrement si le litige qui a engendré une dette juridique avait été un litige résultant du non-versement de primes remises par les clients ou d'une appropriation de fonds. À la page 5 de sa décision, le Comité énonce que:

431

Si une véritable dette d'assurance à un client ou à une compagnie d'assurance est effacée par une faillite et que la faillite est le résultat de cette dette, alors cet intermédiaire ne doit pas avoir le droit d'exercer son activité professionnelle avant sa libération. C'est dans ce contexte que nous devons protéger le public et non pas pour le cas d'une faillite qui serait engendrée par un conflit postérieur à la relation d'affaires qui pouvait exister entre un intermédiaire, son client et un assureur.

Procédure de remplacement

Évidemment la procédure de remplacement a fait aussi l'objet de décisions et j'ai choisi de vous en présenter quelques unes.

Refus de transformer le litige en débat idéologique entre police permanente et temporaire

Dans l'affaire Miller¹⁸, le Comité de Discipline a été saisi de transactions d'assurance visant le remplacement de polices de

¹⁸ 25 janvier 1994, 89-0067, 90-0213, 90-0245, 90-0328 et 90-0329.

la Métropolitaine en faveur de Milico, aujourd'hui connu sous le nom de Primerica.

Après avoir examiné avec attention chacune des transactions d'assurance, le Comité de discipline a édicté que :

Il ne s'agit pas ici d'un débat idéologique visant à opposer les avantages ou désavantages perçus ou réels d'une police permanente comparée à une combinaison de police temporaire et de placement. Il ne s'agit pas non plus de débattre la théorie de la responsabilité décroissante que défend l'intimé.

432

Obligation de vérifier les valeurs détenues

Toujours dans cette affaire, le Comité de discipline a clairement statué que l'intimé aurait dû fournir toute l'information pertinente à son client et décrire tous les avantages et désavantages reliés à la substitution.

Plus précisément, l'intimé avait le devoir de vérifier la teneur des valeurs actuelles et projetées d'assurance relatives aux participations des polices remplacées. Il ne pouvait se contenter de présenter son opinion à l'effet qu'il s'agit là de sommes peu significatives.

Application de la procédure aux produits d'assurance collective remplaçant un contrat individuel

Tout récemment le Comité de discipline a tranché un élément important et attendu relatif à l'application de la procédure à suivre en cas de remplacement lorsqu'il s'agit du remplacement d'une police d'assurance individuelle en faveur d'une police collective.

En date du 28 décembre 1995 dans le dossier Fafard¹⁹, le Comité de discipline concluait que le chapitre IX du RCAP ne s'appliquait qu'à l'égard du remplacement d'une police individuelle par une autre police individuelle. Pour interpréter ce

¹⁹ 92-0369.

texte réglementaire, le Comité s'appuie sur la méthode historique et met en relief le fait que l'article 54 d'un projet de règlement publié à la Gazette Officielle du 1^{er} février 1995 spécifie l'application de la procédure à un contrat individuel d'assurance de personnes par un contrat collectif d'assurance de personnes, lorsque l'adhésion à ce dernier se fait directement auprès d'un intermédiaire.

En outre, le Comité retient que le titre même du chapitre IX du RCAP, de même que chacune des dispositions dudit chapitre ne semble viser que les contrats individuels.

433

Favoriser le maintien en vigueur

Le 16 novembre dernier le Comité de discipline disposait d'une plainte à l'égard de transactions faites en contravention, entre autres, de l'article 109 du RCAP. Dans l'affaire Hébert²⁰, la preuve démontra que l'intimé visait véritablement le remplacement des polices existantes en réduisant le capital assuré d'une police pour ainsi permettre qu'elle se maintienne en vigueur, sans versement de prime, pendant plusieurs années. De cette décision, nous retenons les principes suivants :

S'il subsistait un doute sur la nécessité de remplir un avis comparatif, il aurait dû s'acquitter de son devoir professionnel, et donner les meilleurs conseils.

Il n'a pas effectué de véritables analyses de besoins financiers, il n'a fait que jeter sur une feuille de papier certains chiffres représentant grosso modo la situation financière de la famille au décès; ceci est nettement insuffisant, surtout pour une réduction des garanties.

La preuve révèle un conflit important entre les agents et ex-agents de cette compagnie. Le remplacement n'a pas été effectué de façon professionnelle en cherchant en premier lieu le maintien en vigueur des polices existantes.

²⁰ 92-0708 et 93-1303.

Preuve de l'intention de remplacer

En novembre 1995 dans l'affaire Proulx²¹, l'intermédiaire soutenait avoir offert un « concept » d'entreprise à son client dans lequel il aurait proposé de conserver une police existante. Le Comité de discipline n'a pas cru l'intimé. « Si un intermédiaire propose un plan d'assurance ou un concept quelconque à un client, nous serions en droit de nous attendre à ce qu'un document existe à ce sujet. »

434***Laisser à découvert***

Dans le cadre d'une transaction d'assurance impliquant un remplacement, Laisser sans protection un assuré entre la terminaison de la police existante et l'émission de la nouvelle constitue une faute grave. En soi, même si aucun préjudice n'a été subi par le client, le simple fait de laisser à découvert constitue une faute.

Récemment dans l'affaire Galarneau²², le Comité de discipline rappelait l'obligation pour les intermédiaire en assurance de personnes d'agir en conseiller consciencieux en informant leur client de ne pas mettre fin à la police existante avant la confirmation de la nouvelle.

La responsabilité de la direction

C'est en 1993 dans l'affaire Larouche et Simard²³, que le Comité de discipline établit son interprétation de la responsabilité et du rôle de maître de stage. Plus récemment dans un cas de multiples remplacements défensifs fictifs, le Comité de Surveillance porta plainte également contre le directeur Jacques Lavoie²⁴. Le Comité de discipline le déclara coupable même s'il n'avait pas personnellement effectué ces remplacements parce

²¹ 94-0377.

²² 2 juin 1995, 94-0680.

²³ 22 février 1993, 92-0031.

²⁴ 14 janvier 1994, 91-0144.

qu'il a su que des actes dérogatoires s'effectuaient, et n'a pas su y mettre fin, ni les dénoncer, et les a plutôt incités.

L'intimé n'a certainement pas exécuté ses fonctions avec la compétence que le public est en droit de s'attendre de lui. Dans son appréciation lors de la décision sur sanction, le Comité considéra, entre autres, qu'il avait peu d'expérience dans le domaine de la gestion, qu'il était en position d'autorité et qu'il a mis en péril la relation de confiance entre une compagnie d'assurance et un intermédiaire.

Dans l'affaire Fréchette²⁵, soulignons ce passage « l'intimé nous est apparu une personne intelligente mais mal encadrée » Dans ce cas, l'intimé a été reconnu coupable d'avoir incité une autre personne à imiter la signature du client sur un avis de remplacement, sa secrétaire en l'occurrence.

435

Par conséquent, le témoignage de son directeur lors des représentations sur sanction ne fut pas éloquent puisque ce dernier avait négligé de prendre connaissance de la décision du Comité et des chefs d'accusation retenus contre l'intimé. Même s'il est venu témoigner qu'il s'agissait d'une personne très consciencieuse envers sa clientèle et ses confrères, qu'il est était fiable et sincère et finalement qu'il était parmi les meilleurs agents au Canada, le Comité n'en fût pas convaincu. Au contraire, il a même indiqué dans la décision sur sanction que : « Serait-il lui aussi insouciant? Prendrait-il le processus disciplinaire tellement à la légère? »

D'autre part, dans l'affaire Hébert mentionné ci-haut l'intimé alléguait pour sa défense que c'était le contentieux de sa compagnie qui lui avait mentionné qu'un avis comparatif n'était pas nécessaire dans ses dossiers. Le Comité de discipline indiqua dans sa décision à la page 8 que :

« Si cela est exact, il est malheureux de constater que l'intimé est fin seul dans sa défense. Il nous apparaît injuste, dans ces circonstances, de conseiller à quelqu'un d'agir d'une

²⁵ 24 octobre 1995 et 22 novembre 1995, 94-0307.

certaine façon et de le laisser faire face seul aux conséquences des gestes qu'il a posés. »

« De plus, nous ne voyons pas la pertinence de l'ingérence du contentieux dans l'application des règles déontologiques par un intermédiaire. Cela ne délivre pas l'intermédiaire d'agir professionnellement et avec prudence dans le meilleur intérêt de ses clients. »

Déontologie

436

Défaut de collaborer avec les enquêteurs

Lorsque la preuve révèle un refus de répondre dans les plus brefs délais aux enquêteurs du Comité de surveillance de l'AIAPQ agissant en cette qualité, une amende de 1 000 \$ est habituellement imposée comme sanction. Même si la preuve démontre que l'intimé vivait une situation financière difficile, le Comité considère qu'il ne peut y avoir de justifications de cette nature pour déroger aux règles déontologiques²⁶.

Appropriation de fonds

Les cas les plus fréquents présentés sont des cas d'appropriation de fonds. Notons récemment l'affaire Larouche²⁷, dans laquelle le Comité édicte que l'intimé avait été négligent, qu'il avait l'obligation de s'assurer que l'argent que lui remettait sa cliente était reçu par le destinataire, soit la compagnie d'assurance qu'il représentait. Il ne pouvait se décharger de ses responsabilités en blâmant d'autres personnes pour la perte de l'argent.

L'appropriation d'argent pour fins personnelles est un acte des plus sérieux puisqu'il met directement en péril le lien de confiance qui doit exister entre l'intermédiaire et son client.

²⁶ Marcel Lavoie, 13 avril 1995, 92-0305,93-0378,93-1091 et 94-0952.

²⁷ 6 avril 1995, 94-0295.

Soulignons l'affaire Aniceto²⁸, dans laquelle un intermédiaire s'est approprié un montant minime de 202,09 \$. Il s'agissait d'un remboursement suite à l'annulation de la partie non-garantie d'une police que l'intimé a endossé en imitant la signature de son client. Après quelques démarches, les clients sont remboursés par la compagnie mais sont outrés de l'attitude des dirigeants qui ne leur semblent pas attacher suffisamment d'importance à cette appropriation de fonds puisqu'il s'agissait d'une première infraction.

Selon les dires du Comité de discipline, il est évident que ces deux personnages ont voulu étouffer l'affaire. Le Comité a même regretté ne pas avoir juridiction sur ces personnes, eu égard à la plainte devant lui. Le comité a donc imposé à M. Aniceto deux radiations temporaires de 2 mois sur chaque chef d'accusation.

437

Défaut de fournir aux assureurs les renseignements d'usage

Dans l'affaire Herman Harvey²⁹, le Comité de discipline a imposé une amende de 3 600 \$ pour avoir fait défaut de fournir à l'assureur un renseignement qu'il est d'usage de fournir, soit l'identité de l'intermédiaire qui avait procédé avec lui à un remplacement.

Dans l'affaire Lafontaine³⁰, il fut mis en preuve que le client de l'intimé lui avait mentionné avoir eu un accident de ski, alors qu'aucune indication de cet ordre n'apparaît sur la proposition. De ce seul fait, le Comité conclut à la négligence de l'intermédiaire. Cette négligence ne doit pas pour autant être associée à de la mauvaise foi ou de la malhonnêteté, mais à un manque d'attention. Cette mention aurait dû éveiller l'attention de l'intimé, allumer une lumière rouge et ouvrir la porte à d'autres questions, surtout dans un contexte d'assurance invalidité où le risque est très grand pour l'assureur.

²⁸ 15 novembre 1995, 95-0260.

²⁹ 13 avril 1995, 92-0559, 93-1106, 93-1123 et 94-1125.

³⁰ 29 juin 1995, 94-0292.

Sanctions

Éléments pris en considération

Sanction moins sévère

Outre les circonstances et le contexte propre à chaque affaire nous avons colligé les considérants suivants qui ont amené le Comité de discipline à être moins sévère:

438

Le fait qu'il s'agisse d'une première condamnation disciplinaire, l'absence d'antécédents;

- Le nombre d'années de pratique sans tache;
- L'intimé indique qu'il souhaite réorienter sa carrière;
- Le fait que les actes reprochés se soient déroulés en début de carrière;
- Le fait que la réglementation était récente et qu'il s'agissait de tous nouveaux formulaires relatifs au remplacement;
- L'intimé démontre qu'il comprend ses fautes, la nature des contraventions commises et l'importance de respecter les règles déontologiques;
- L'engagement sincère de corriger sa façon de procéder à l'avenir;
- L'engagement d'ouvrir un compte en fidéicommis;
- L'intimé n'a pas profité financièrement de la transaction;
- L'intimé n'a pas agi avec malhonnêteté mais trop rapidement dans une situation qui demandait plus de réflexion et particulièrement de meilleurs conseils;
- La comparution devant le Comité et la condamnation ont déjà eu un effet important sur l'intimé et, conséquemment, sur ses agissements futurs;
- les circonstances bien particulières affectant la vie familiale de l'intimé;

- Le peu de chances de récidive;
- Les démarches entreprises pour rembourser ses clients;
- Les autres sanctions imposées sur les autres chefs.

Sanction plus sévère

À l'inverse, voici des considérations pour lesquelles le Comité sera plus sévère :

- La gravité objective des gestes posés, ex. fabrication de faux;
- Les gestes répétitifs démontrant un système;
- Le manque de franchise lors du témoignage qui jette un doute dans l'esprit du Comité sur les chances de récidives; surtout si la situation financière de l'intimé se détériorait;
- Une certaine insouciance ou une approche désinvolte à l'égard de ses devoirs professionnels, voire même une inconscience de la gravité des gestes posés;
- Sans une sanction appropriée, il y aurait une chance de récidive.
- Le danger à l'égard du public , si l'intermédiaire continue d'exercer.

439

Radiation provisoire

Dans les cas de radiation provisoire, c'est à dire en attendant la décision relative à la radiation permanente le Comité de surveillance doit faire la preuve *prima facie* des infractions qui sont de nature à compromettre sérieusement la protection que le public.

Dans le dossier Lemieux³¹, le 22 mars 1995, le Comité de discipline s'exprimait ainsi:

³¹ 94-0724, 95-0098, 95-0149 et 95-0157.

Il ne s'agit pas d'un acte isolé ou d'un égarement passager mais plutôt d'une façon d'agir et de profiter ainsi de la bonté, voire même de la naïveté, de clients qui ont une grande confiance en leur intermédiaire...

La continuation des gestes reprochés risquerait de causer de sérieux sinon d'irréparables dommages...

Les gestes reprochés pourraient se répéter si l'intimée continue d'exercer en attendant une décision finale sur la plainte...

Aucune preuve n'a été présentée voulant que la privation provisoire de son droit d'exercice lui causerait un préjudice irréparable.

440

Radiation temporaire

Quant à la radiation temporaire, elle est imposée pour une période déterminée telle que un mois ou deux ans, par opposition à la radiation permanente qui est définitive.

Elle est aussi utilisée pour les décisions relatives au double emploi ou à la faillite. Les intermédiaires en assurance de personnes sont radiés tant et aussi longtemps qu'ils maintiennent l'activité jugée incompatible ou qu'ils sont faillis. On peut recouvrer son droit de pratique en déposant auprès du Comité de surveillance une déclaration solennelle voulant que l'occupation incompatible a cessé ou encore une preuve de libération.

Radiation permanente

Dans sa courte histoire, quatre intermédiaires seulement, ont été radiés d'une façon permanente par le Comité de discipline. « La profession d'intermédiaire de marché en assurance de personnes n'a pas besoin d'individus de cette sorte. »³² Il s'agissait, bien sûr, de cas multiples d'appropriation de fonds et d'imitation de la signature d'un client. Par exemple, la plainte dans la cause Desjardins, comportait quelques 285

³² 20 juin 1995, 92-0185.

chefs d'accusation. Selon le Comité, peu d'actes dérogatoires à la profession sont aussi graves que l'imitation de la signature de son client. Ces actes se reproduisent malheureusement trop souvent. Le Comité espère, par la sévérité de cette radiation permanente, faire réfléchir tous les intermédiaires qui seraient tentés de contrefaire la signature de leurs clients.

Autres sanctions

Parmi les sanctions imposées le plus souvent, on retrouve les amendes qui ont un impact dissuasif incontestable.

441

Il peut aussi imposé des réprimandes et des sévères réprimandes.

Notons également que le Comité constate assez souvent la nécessité pour les intermédiaires de parfaire leur formation. À titre d'exemple, il a déjà suggéré aux intimés de suivre les cours de formation de l'Association, de parfaire leur formation sur les relevés comparatifs. Il a même déjà fait quelques recommandations médicales, pour soigner de l'anxiété, par exemple.

What is Financial Reinsurance?

by

Mohez Remtulla*

Presque tous les contrats assurance et de réassurance ont un aspect financier ainsi qu'un aspect de sélection des risques.

Précisément, définir la réassurance financière peut être astucieux.

443

Alors que les définitions varient, essentiellement toute transaction qui prévoit un revenu d'investissement, est une branche de la sélection des risques et son but final est de limiter la responsabilité du réassureur.

Ordinairement, la plupart des réassureurs incorporent, d'une façon variée, le risque dans leurs contrats, a fin de satisfaire les standards réglementaires ainsi que ceux de la comptabilité.

Les contrats de la réassurance sont complexes. Il est parfois difficile d'évaluer si ils indemnisent contre le risque d'assurance. Cette évaluation exige une profonde connaissance et compréhension des dispositions des contrats, des réglementations, des standards des taxes et de la comptabilité.



Financial reinsurance concepts have been around for many years, but the term "financial reinsurance" only became commonplace a few years ago. Financial reinsurance can be an elusive concept to define, and the use of the terms "finite

* Mohez Remtulla is the Chairman and Chief Executive Officer of Fatimide Associates Inc., financial and systems specialists based in Scarborough, Ontario.

reinsurance,” “financial instruments” or “shared risk” to describe certain financial reinsurance contracts complicates matters further.

Precisely defining financial reinsurance can be tricky. It is not for everybody, nor is it a panacea. This is in part because all reinsurance is to some degree financial, and also because the territories of financial and traditional reinsurance increasingly overlap.

444

It can be best described as a form of reinsurance where most of the premiums are the present value of most of the aggregate limit. Contracts are always written with an aggregate limit on the premise that the claims will at least be equal to the aggregate limit. This is one of most significant common characteristics of all such covers - the contractual limitation on the ultimate liability for the payment of claims based on the widespread use of a multiyear approach.

Therefore, the term financial reinsurance can be applied to virtually any reinsurance transaction in which anticipated investment income is an acknowledged component of underwriting, and in which the reinsurer's ultimate liability is capped. Other factors common to financial reinsurance contracts are that generally they are non-cancelable by the reinsurer, but subject to commutation by the insurer. Another distinguishing characteristic is that each contract is tailor-made to the particular situation. There are no real “off-the-shelf” products, which means deals can take considerably longer to negotiate and be more complex than conventional reinsurance contracts.

The definition of the term financial reinsurance covers a broad range of reinsurance products, from contracts that involve a single premium payment based on the net present value of known claims that a company will pay in the future, to contracts that entail a good deal of underwriting risk for the reinsurer. Every financial reinsurance contract is a little different, responding to the unique needs of the cedent, whose problems can include deteriorating claims development on old covers,

withdrawing from a line of business and unavailability of traditional reinsurance at affordable prices.

All such reinsurance products allow the cedent to reinsure liabilities for less than the amounts transferred, relying on the time value of money - the expected investment income over the life of the reinsurance contract - to make up the difference. Such products are also particularly attractive to ceding companies involved in mergers or acquisitions. A financial reinsurance product can reduce contingent liabilities, helping to fix the price for a merger or an acquisition. It can also help a ceding company smooth its earnings over a period of years. This enables cedents to predict and budget the liabilities and avoid sharp dips and turns.

445

Financial reinsurance, however, generally does not offer the benefits of conventional reinsurance like substantial risk capacity to insure large per-occurrence limits or assistance with claims handling and underwriting. The spectrum of underwriting risk in the contracts ranges from none to significantly large amounts. Partly because of regulatory and accounting pressures, the trend appears to be toward transfer of larger amounts of risk.

The contracts can be prospective, focusing on future claims, or retrospective, removing past liabilities from the balance sheet. These programs may or may not provide profit commissions for the ceding company, managed through an Experience Account Balance.

While there is little agreement over definitions, the most common types of financial reinsurance include:

- *Time-and-distance contracts*, which guarantee ceding companies' specific payments at specific times in the future based on the initial premium paid and the investment returns expected by the reinsurer. The uncertainty relates to the timing or schedule of the claim payments.

This product is also closely related to a structured settlement contract with no elements of underwriting risk. All risk except credit risk can be practically eliminated if asset cash

flow is made to match the timing or the schedule of claim payments.

Such transactions are not considered reinsurance because there is no obligation to pay claims anymore quickly than provided for under the contract, regardless of the cedent's underlying claims development.

The contracts are priced as the cost of high grade assets needed to meet the liability cash flow stream plus a margin for profit and expenses.

446

○ *Limited Risk Reinsurance*, is a financially oriented reinsurance transaction that contains elements of underwriting risk transfer. These are transactions where underwriting concerns are important, and can be significant to the reinsurer's ultimate financial outcome, but do not dominate the financial motivations. Based on a low-risk margin, the commutation provisions permit the retirement from the agreement and the limitations imposed on the right to share profits under a profit sharing provision.

○ *Loss Portfolio Transfers*, under which an insurer cedes unpaid claims for known claims on a discounted basis to a reinsurer. These are perceived to be the main form of traditional financial reinsurance contracts. The contracts involve a transfer of liabilities for prior accident years. There is usually an aggregate limit for claims under the contract, and this limit may be further protected by sublimits for coverages such as pollution and asbestos liability.

These contracts are priced as the present value of the full aggregate limit at an assumed rate of claim payout. The claim payments are generally estimated on a conservative basis and requires exposure based information.

○ *Retrospective aggregate covers*, under which an insurer cedes claims for known and incurred-but-not reported claims. Sometimes also known as adverse development covers, they serve to assume prior claims, like loss portfolios, but include a somewhat broader range of protection.

○ *Prospective aggregate covers*, under which a ceding company pays a premium and is guaranteed certain future payments to fund future claims. These contracts can provide for an Experience Account Balance calculation resulting in a payment of a profit commission if claims are less than expected, or they can simply provide for the return of premium to pay claims as needed, up to the amount of the premium paid plus investment income.

○ *Financing quota share contracts or surplus relief*, under which the reinsurer assumes a fixed percentage of an entire book of business. The terms and conditions of such arrangements vary depending on the anticipated returns by the reinsurer on the capital employed. In some instances, the reinsurer may cap the aggregate loss under the contract. Some reinsurers place a cap on liability higher than the expected claims and expenses plus investment income to be earned, creating more risk transfer in the transaction. The larger the gap between the expected claims and expenses and anticipated investment income, the closer the product comes to a finite risk reinsurance.

447

○ *Funded or Cash flow protection programs*, can be constructed for otherwise uninsurable risks such as gradual pollution with little or no risk transfer and through which the reinsurer would provide funding in the event of a claim. This would then be recovered from the insurer in subsequent years.

○ *Funded catastrophe covers*, under which some of the premiums paid to the reinsurer are put into a separate fund. Depending on how big a catastrophe claims is relative to the fund balance, the fund could fall into the red. The shortfall then is made up by the insurer in subsequent years through increased premiums, cancellation penalties or settlement adjustments.

Requiring ceding companies to report the amounts owed to reinsurance companies as liabilities effectively means funded catastrophe covers can no longer be used to “smooth out” balance sheet volatility over several years. A contract will be considered reinsurance only if it transfers “significant insurance

risk” to the reinsurer and it is “reasonably possible” the reinsurer will suffer a “significant loss” under the contract.

Generally under most financial reinsurance contracts, reinsurers estimate when claims will be paid under a contract and invest the premium in investment securities that will mature as claims come due. Therefore, investment strategy is an integral part of the financial transaction.

448

Financial reinsurance is a highly technical product and as such experienced specialists should be utilized to maximize profit and to prevent costly mistakes.

If it is true that the pricing of reinsurance requires greater skill and experience than direct insurance, then the pricing of financial reinsurance must require even greater sophistication than traditional reinsurance. Legal counsel and independent auditors, an indispensable part of the team, add to the general know-how of the financial, actuarial and underwriting personnel. Without the comfort of the legal opinion regarding the acceptability of the transaction under the insurance regulations and current tax law, there can be some problems in future. Independent auditors must also review the agreements to ensure that these contain the necessary element of risk transfer to qualify for accounting as reinsurance according to current accounting rules. Involvement by management of both parties in analyzing such requirements must be limited to the underwriting and marketing of such programs to avoid undue biases. Consideration should be given to the substance of the transaction rather than its form.

Financial reinsurance is used as a management tool, to achieve the stabilization of earnings, to manage adverse claims development, to provide short term solutions to problems caused by fluctuations in the insurance business. The key issues one must address are the accounting, regulatory and tax concerns. Guidelines for gauging whether the risk transfer in a particular reinsurance transaction is sufficient for it to be accounted for as reinsurance or instead as a deposit or financing contract must not only be established internally within each individual company

but reviewed in terms of the regulatory reporting framework. The general approach of regulators has been to require a “material” transfer of risk, but a variety of approaches has been adopted to determine what “material” is and how it can be measured.

Accounting for such reinsurance transactions is a complex issue. Although the accounting rules towards these arrangements are much clearer today, the interpretations of the rules are still subjective, and inconsistent. Significant judgment is required in the interpretation of the provisions of the contract and in the evaluation of the transfer of risk. The accounting treatment accorded to a particular transaction does not necessarily determine its status for income tax purposes, but may be a significant influence. To be treated as a reinsurance transaction for income tax purposes, the contract must be a contract of insurance. The general anti-avoidance rules must be taken into account in determining the tax treatment of any financial reinsurance contract.

449

The risk or significant possibility of loss criteria now required to permit the agreements to be accounted for as reinsurance, are being scrutinized more closely. Obtaining regulatory approval in accordance with the reinsurance regulations is now a much more challenging task. A straight forward test in assessing the transfer of risk criteria may require an evaluation along the following lines :

○ what obligation would the insurer have to the reinsurer if the insurer were to cease business on the date on which the catastrophe event occurred? - if a commitment remains to repay the reinsurer, whether or not it may lie ahead of commitments to pay policyholder claims, then the transaction is not reinsurance.

Three additional circumstances require special mention:

- automatic reinstatement premiums whilst they do not affect the issue of transfer of risk, may impact on the insurers' solvency.

- arrangements where a premium may be altered as a result of changes in the scope or extent of the risk would normally not change the nature of a true reinsurance arrangement.
- contracts supporting the transfer of portfolios between insurers and thus the funding of existing claims or events may be treated as reinsurance for prudential purposes.

450

Reinsurance contracts that would be considered as “financing arrangements” involve only the transfer of:

- *Investment risk*, or the risk that the reinsurer will earn less investment income than expected on its reinsurance premium before claims become due.
- *Credit risk*, or the risk that amounts due from other reinsurers may prove partially or wholly uncollectable.
- *Expense risk*, or the risk that the reinsurer's operating expenses may be higher than expected when the reinsurance premium is established.
- *Timing risk*, or the risk that the reinsurer will have to pay claims more quickly than expected, eliminating investment gains on its up-front reinsurance premium.

It is important to understand the concepts of underwriting and timing risk in order to discuss the pricing of such risks. Underwriting risk relates to the uncertainty of the quantum of ultimate claims. This amount is independent of when the claims are notified or settled. In contrast timing risk is due to the uncertainty of when claims will be paid.

Obligations owed to reinsurers under multi-year contracts must now be reported as liabilities by ceding companies and assets by reinsurers. Conversely, if a ceding company stands to make a profit under a multi-year contract because of good claims experience, that amount must be booked as an asset while the reinsurer reports it as a liability.

New, non-traditional or financial reinsurance products will continue to be developed to provide the insurance industry with pools of capital to mitigate catastrophic risk. Characteristics of catastrophe exposures make the linkage with capital markets very desirable. Alternatives for protecting the surplus of insurance companies and therefore protecting the viability of the company will challenge the traditional reinsurance concepts. The whole process of securitizing risks - that is, transferring underwriting and timing risk in the form of a security will draw considerable attention from other financial institutions. This could produce products that blend banking and reinsurance, securitize insurance risks and help finance new reinsurers.

451

The reason for the development is because reinsurance, which has always provided a level of surplus protection to insurers, is transforming as the stakes get higher, resulting in traditional reinsurance capacity being unable to handle the potential claims which may arise from catastrophe exposures. Catastrophic covers are basic to the need for self-preservation and are used to protect against risks that pose a threat to the existence and well-being of the insurer itself.

Financial reinsurance agreements are no more than tools to be used by insurance companies to achieve specific financial goals. *While it is apparent that the move toward such reinsurance arrangements may gain momentum in the future, it is also clear that there are still only a handful of people who are able to design and set up these products and that for many who see this as a quick way to make an easy fortune, it is a solution desperately seeking a problem.* Assessing the degree of risk transferred in such reinsurance agreements is dependent on traditional underwriting skills, however there are many more considerations that need to be evaluated to quantify the financial exposures or the risks.

Aristotle and his peers believed that the heavens beyond the moon were forever unchanging. This view went unchallenged for almost 2,000 years. Then, after discovering a changing star - a nova - Tycho Brahe, a Danish astronomer, learned that we

must never close our minds to the unusual. There was much to be learned. Or is it simply a question of attitude towards risk? At the heart of every reinsurance contract is the assumption of risk in consideration of premium. There is no better way to determine the cost of adequate reinsurance protection than to measure it against the option of not buying anything.

Les conflits dans les réseaux de distribution : le cas de l'assurance dommages en France

par

Bertrand Venard*

Insurance companies are a long way from being ideal organizations. A multiple of conflicts can appear between members from different networks: employer/employee, order makers/suppliers, firm/distributors, ... The relationship between the company and insurance distributors is an example of a relationship which can become conflictual. It is therefore primordial to find out what causes these conflicts. In order to do this, we propose to make use of a case study which will enable us to build upon an explanatory model.

453



Introduction

Les frontières de la firme ont été étudiées avec beaucoup d'attention par la littérature. Ainsi, dès 1952, Coase a posé la question des limites de la firme en essayant de donner une réponse à une question qui semblait apparemment simple: pourquoi une firme existe - elle ? Cette question fondatrice vaudra à Coase le Prix Nobel d'Economie en 1991. En effet, poser le problème des limites de la firme, c'est essayer de répondre à des questions fondamentales telles que :

- pourquoi une firme décide-t-elle d'internaliser ou externaliser des tâches ?

* Professeur de Gestion, ESSCA, Ecole Supérieure des Sciences Commerciales d'Angers, France.

- pourquoi une firme va-t-elle choisir tel partenaire pour externaliser une tâche plutôt qu'un autre ?
- quels vont être les critères de jugement qui vont permettre à une firme de prendre une décision dans la continuité de sa relation avec une autre firme ?

454

Répondre à ces questions est extrêmement éclairant pour comprendre les activités des organisations. Les chercheurs ne se sont pas trompés en s'attaquant aux hypothèses de Coase et de ses disciplines. Ils ont notamment étudiés les relations liant les firmes à leurs réseaux de distribution. Ainsi, des raisons comme la minimisation du coût ont été avancées pour expliquer le recours à un agent extérieur pour distribuer des produits (BUCKLIN in BELL 1960) (MALLEEN, 1977) (FILSER, 1989). Par ailleurs, des études ont été entreprises pour démontrer que la maximisation de l'utilité était un autre critère de décision (BUCKLIN, 1966) (STERN, STURDIVANT, 1988). Enfin, des théoriciens ont travaillé sur les comportements des agents à l'intérieur des réseaux de distribution (DAHL, 1957) (EL ANSARY, ROBICHEAUX, 1975) (FOSTER, SHUPTRINE, 1976) (GASKI, 1984) (FRAZIER, SHETH, 1985) (ANDERSON, 1988).

Un point d'intérêt des chercheurs est de comprendre les dysfonctionnements des relations entre firmes dans ces réseaux. Les conflits qui peuvent apparaître, peuvent avoir des sources multiples.

Certains chercheurs ont mis en évidence la relation entre les conflits dans les réseaux et la contradiction des intérêts des partenaires, qui se situent dans des rationalités différentes (STERN, 1969) (BOWERSOX, 1980). D'autres recherches ont conduit à montrer que ces conflits provenaient de divergences entre les attentes des firmes et les possibilités de réalisations effectives. Ce décalage peut provenir d'une variation dans l'environnement, comme la pression de la concurrence, de la demande, un changement

de réglementation (SIMON, 1958) (ROSENBERG, 1974). Une autre source de conflit dans les réseaux de distribution découle de différences de perception par les membres du réseaux d'événements particuliers (STERN, 1969). Bowersox parle de rupture du processus de communication (1980). De même, un défaut de reconnaissance peut être à l'origine de relations conflictuelles (FOSTER, SHUPTRINE, 1976) (SIMMEL in HAHN, 1990) (ANGELMAR, WALDAM, 1975). Par exemple, un désaccord peut survenir sur la légitimité des positions. Enfin, l'échec des procédures coutumières de conciliation peut entraîner un conflit dans le réseau. Ainsi, les partenaires peuvent être en opposition sur les méthodes pour atteindre le même objectif (MENDRAS, 1975).

455

Notre propos est dans ce papier d'essayer de montrer comment apparaissent les conflits et de réaliser un modèle explicatif de l'émergence de ces conflits.

La méthode de recherche

La première étape de notre recherche a été une enquête clinique en France pendant quatre ans dans une compagnie française d'assurance dommages entre 1988 et 1991 que nous appellerons Topaze pour lui laisser un total anonymat. A l'intérieur de cette firme, nous avons pu accéder à l'ensemble des informations commerciales et techniques. Cette approche qualitative nous a permis de formuler des hypothèses sur le fonctionnement d'un réseau de distribution dans le secteur de l'assurance. Notre attention a porté sur le mode dominant de distribution en France : les agents généraux d'assurances qui sont des entrepreneurs indépendants, mais exclusifs des firmes d'assurances.

Il est important de donner quelques explications sur le contexte de la transaction entre une société d'assurances et ses agents. Les agents, entrepreneurs indépendants, exercent en France une profession libérale. Ils agissent pour

456

leur compagnie en tant qu'intermédiaires exclusifs dans leur zone de chalandise (la circonscription). Leur rémunération est calculée en pourcentage des primes d'assurances collectées. Ils bénéficient d'un mandat d'ordre public qui s'applique donc à l'ensemble de la profession. Le terme de mandat implique structurellement une externalisation qui est l'objet même du mandat. Le statut des agents généraux détermine aussi les conditions minimales d'exercice de la profession (âges, compétence,...) et s'intéresse à une des questions que nous posions précédemment, à savoir les critères de choix d'un agent extérieur. Le statut des agents généraux traite aussi de certains éléments qui caractérisent la transaction, à savoir les obligations des parties dans la transaction, notamment les exclusivités réciproques, la rémunération, la répartition des responsabilités financières dans la production d'assurances,... De plus, il faut remarquer que les prestations entre la compagnie et les intermédiaires ne se limitent pas à des flux monétaires. C'est en réalité tout un tissu de services qui leur est apporté : la formation, l'aide logistique pour la configuration du point de vente, un appui commercial se concrétisant par des opérations commerciales « clef en main », un encadrement humain assuré par des inspecteurs techniques et commerciaux.

Ayant étudié en profondeur la relation firme principale / agents dans un cas particulier, nous avons par la suite étendu notre analyse à dix importantes sociétés françaises d'assurance dommages auprès desquelles nous avons testé nos hypothèses. La taille de notre échantillon ne nous permet pas de parler de validation de nos hypothèses, mais plutôt de tentative pour mieux formuler nos hypothèses. Au total, nous avons rassemblé un important matériau constitué aussi bien par des données quantitatives, des notes d'observation clinique que par des comptes-rendus d'entretiens semi-directifs (85 au total). Il est clair que notre approche qualitative a un caractère inductif, nous permettant de passer dans une certaine mesure du

particulier au général ou la généralisation à tous des caractéristiques mises en évidence chez certains. Mais encore une fois, notre raisonnement n'a pas pour objet de démontrer mais de suggérer des hypothèses.

Nous présenterons la relation firme / agents en soulignant successivement :

- les variables comportementales au niveau de la firme vis-à-vis des agents ;
- les variables comportementales au niveau des agents vis-à-vis des firmes ;
- un exemple de rationalité limitée ;
- le dilemme autonomie-dynamisme / contrôle - stagnation.

457

Les variables comportementales de la firme vis-à-vis des agents extérieurs

Deux variables fondamentales de l'analyse des comportements entre une firme et ses agents extérieurs sont la rationalité limitée et l'opportunisme (Williamson, 1987, 1990). Ces facteurs apparaissent au niveau des clients et des agents, mais aussi de la compagnie.

Au niveau des clients, la rationalité limitée est illustrée par leur difficulté à comparer l'offre des multiples sociétés d'assurances et de leurs intermédiaires. ■ en résulte une grande importance accordée aux prix des produits d'assurance. L'opportunisme des clients se concrétise par le hasard moral, qui peut correspondre à l'extrême à des stratégies malhonnêtes, des malversations ou des tromperies vis-à-vis de l'assureur.

Notre propos étant l'analyse des réseaux de distribution, nous avons concentré notre recherche sur la relation entre la compagnie d'assurance et les agents. Du point de vue organisationnel, on peut caractériser la sous-transaction compagnie-agents par différents éléments.

Variables comportementales de la firme vis-à-vis des agents

Une vision de la firme différenciée en fonction de la position des interlocuteurs (siège / inspecteurs sur le terrain)

Une difficulté d'appréhender la situation commerciale des agents

Une relation établie sur une base conflictuelle

Un certain opportunisme de la firme vis-à-vis des agents

458

En premier lieu, la vision des agents par la firme d'assurance est différenciée en fonction de la position des interlocuteurs dans la firme qui sont en contact avec les agents. En effet, tous les acteurs des compagnies n'ont pas la même connaissance, et donc la même vision des réseaux d'agents. Leur interaction avec les intermédiaires est fonction de leur rôle au sein des entreprises.

A titre d'exemple, les techniciens des sièges sociaux ne voient que les agents désignés pour participer aux réunions de concertation technique ou commerciale. En général, ces agents sont membres des syndicats des agents, organismes composés de représentants de leur compagnie. L'appartenance syndicale de ces agents les conduit le plus souvent à adopter a priori une attitude de protection et de défense de leur groupe professionnel. Par ailleurs, la formation technique des agents se fait en grande partie sur le terrain, sans grand support des compagnies d'assurance (sauf en début de carrière). Par suite, les techniciens des compagnies d'assurance adoptent également l'attitude du diplômé qualifié par rapport à l'autodidacte. Ce décalage technicien des sièges sociaux / vendeurs de terrain implique des difficultés de communication entre les firmes d'assurances et leurs agents. On trouve donc au sein des sièges sociaux une vision parcellaire des réseaux d'agents.

En deuxième lieu, les firmes d'assurance ont une grande difficulté à appréhender la situation commerciale des agents.

On retrouve là clairement une autre dimension de la rationalité limitée, à savoir, une capacité limitée d'intégration des facteurs multiples de différenciation des agents et de leur performance. Berry voit dans cette limitation des capacités cognitives une justification importante dans la mise en place d'instruments de gestion, dont l'objet est de construire une représentation simplifiée de la situation à gérer (1983). En l'occurrence, la base instrumentale de l'appréciation de la performance de l'agent est le triplé d'indicateurs : le rapport sinistres sur primes (S/P), le solde des encaissements / décaissements (solde), et le chiffre d'affaires (CA). Il est clair que ces indicateurs ne sont qu'une partie des résultats des agents et qu'ils ne reflètent ni la situation commerciale, et notamment concurrentielle des agents, ni les activités des agents qui justement conduisent aux résultats mesurés. D'autre part, dans le dispositif de gestion des réseaux d'agents, seul l'inspecteur commercial est le porte-parole auprès des compagnies des aspects qualitatifs du travail des agents. Or, dans un contexte français de concurrence accrue, l'inspecteur commercial manque de disponibilité pour effectuer un travail de synthèse sur les performances relatives des agents dans un contexte commercial donné. Pourtant, c'est surtout sur lui que pourrait reposer la constitution d'outils fins d'analyse des agences et de leurs marchés locaux. Ces contraintes peuvent rendre approximatif le pilotage des agences: « *les chiffres sont inutilisables pour l'agence* », déclare un inspecteur. Dans certains cas, ceci s'exprime de manière cruciale : « *on a de telle difficultés à suivre les agences, que l'agence la plus proche de la délégation, à quelques centaines de mètres, a fait un trou de caisse* », dit un Directeur régional. Cet état de fait renforce le rôle joué par les principaux indicateurs de performance de l'industrie de l'assurance, le rapport

460

Sinistres à Primes, S/P, le solde de reversement des primes, la progression du chiffre d'affaires. Ainsi, rares sont les sociétés qui disposent d'instruments pour juger, non plus de la performance des agents, mais du potentiel économique de leur zone de chalandise. Par ailleurs, la culture dominante des sociétés est avant tout une culture de techniciens, et pas de vendeurs, même si les années 80 ont vu émerger une plus grande sensibilité au commercial, parfois encore limitée. Ainsi dans une société, la création d'un service marketing fut seulement décidée à la fin des années 80, sans toutefois que les produits soient créés avec des études de marché préalables: « *ce n'est pas dans notre culture* », « *nous avons tendance à construire des produits dans notre coin sans y associer les agents* » : un cadre du commercial.

A cause de cette rationalité limitée, les acteurs des sièges sociaux auront tendance à imputer à l'agent ce qui relève plutôt de conditions économiques locales défavorables.

En troisième lieu, la relation compagnies / agents est établie sur des bases conflictuelles.

Une partie des conflits provient de la situation concurrentielle du marché de l'assurance dommages en France. En effet, le climat relationnel est plutôt conflictuel dans la mesure où le marché français de l'assurance dommages est le théâtre de grandes tensions résultant de l'augmentation du nombre d'intervenants et du ralentissement dans la progression de la demande qui ont entraîné une guerre des prix. Ainsi, les compagnies ont tendance à se crispier dans leurs relations avec leur réseau de distribution, expliquant leur mauvaises performances commerciales par l'incapacité des agents à se développer.

De plus, une autre partie du caractère conflictuel de la relation provient de l'inversion du cycle de production propre à l'assurance. En effet, une particularité de l'assurance est que les compagnies d'assurances dommages

sont confrontées à une indétermination dans la fixation de leur prix de vente en fonction du coût réel de leur prestation. Les sociétés dommages ne savent qu'après avoir vendu un contrat d'assurance quel sera la sinistralité relative à ce contrat d'assurance. Il en résulte des erreurs dans l'évaluation des tarifs appliqués pour les contrats d'assurance. Il peut en effet arriver que le volume des sinistres soit supérieur à celui des primes collectées. Les compagnies sont alors obligées de procéder à des politiques de redressement des résultats techniques qui ont pour principale implication des hausses de tarifs pour les assurés et des résiliations de polices d'assurance. Ces actions entraînent des pertes de chiffres d'affaires pour les agents, et donc une diminution de leur rémunération calculée en pourcentage des primes encaissées. Ceci entraîne des conflits entre les compagnies et les agents. Les politiques de redressement technique laissent donc des traces dans les relations entre les compagnies d'assurances et les agents.

461

Enfin, il existe chez les acteurs des sociétés d'assurances une vision plutôt négative des agents.

La sociologie particulière du métier d'agent, peut prêter à une appréciation péjorative des intermédiaires, notamment dans des compagnies dominées par une culture technique. On retrouve l'opposition classique entre « commerçants » et « techniciens », entre « opérationnels » et « bureau d'études », qui prévaut dans beaucoup d'entreprises. Ainsi, les techniciens reprochent en général aux agents d'être mal formés. Certains techniciens pensent que le niveau technique des agents est faible : « *un exemple est que nous avons à peine 20 % des agents, qui ont un chiffre d'affaires significatif en responsabilité civile, qui est un produit véritablement technique* ». Ainsi, au cours de notre observation des comportements à l'intérieur des firmes, nous avons remarqué une certaine condescendance à l'égard des agents généraux d'assurances. Il y a indéniablement un stéréotype de l'agent: fils de famille n'ayant pas eu accès à l'enseignement supérieur, mais bien

462

inséré localement grâce à ses réseaux socio-familiaux, bon vendeur, hâbleur, intuitif, mais individualiste, ayant du mal à adopter le langage technocratique de la grande entreprise à laquelle il est confronté. Cette vision négative du réseau est largement véhiculée : *« j'ai fais faire un test de compétence technique pour les agents : leur niveau était nul, mis à part quelques cas »* déclare un cadre d'une Direction des Sinistres. De même un cadre d'une délégation régionale d'une grande compagnie parle d'un agent en ces termes : *« je ne peux lui faire confiance, je reconnais que s'il me demande quelque chose, je me méfie »*. Cette attitude est ressentie par les agents : *« les employés de la compagnie feraient mieux de passer quelques jours dans une agence afin de savoir réellement comment cela se passe, ils nous mépriseraient moins »*.

Un autre élément va renforcer cette vision péjorative des agents généraux d'assurance par les compagnies : la gestion statique des carrières des agents. En effet, une fois l'agent accepté dans le réseau d'une compagnie, la gestion de sa carrière est purement administrative. Aucune mobilité d'un point de vente à un autre n'est envisagée, en fonction d'éventuels critères de performances. L'agent est attaché à un point de vente, et donc à un potentiel de marché de manière quasi définitive. D'autre part, la formation continue est le plus souvent inexistante, soit que la compagnie pense que cette formation est du ressort de l'agent, entrepreneur indépendant, soit que rien ne soit organisé. Ainsi, on peut considérer que l'agent général d'assurances est perçu comme ayant un niveau suffisant de formation initiale pour l'ensemble de sa carrière.

De plus, les compagnies ont des difficultés à « éliminer » les agents qui ne correspondent plus à l'image idéale qu'elles s'efforcent d'atteindre. En effet, le cadre légal de la relation compagnie / agents ne permet pas à une compagnie de sanctionner l'agent qui ne développe pas son chiffre d'affaires, qui n'a pas de bons résultats techniques (nous reviendrons sur ce point dans la suite de notre

papier). Si l'intermédiaire ne veut pas démissionner, la firme n'a pas de moyen de pression statutaire. Résignées à laisser les agents partir quasi naturellement (décès, maladie, départ volontaire), les compagnies finissent pas construire une image négative des agents, amalgamant ceux qui sont mal recrutés, mal formés, et ceux que l'on ne peut pas faire partir des réseaux, avec l'ensemble des agents généraux.

En quatrième lieu, on peut faire apparaître un certain opportunisme de la part des compagnies vis-à-vis des agents. Un exemple est celui du transfert systématique des tâches administratives des sièges sociaux vers les agences, au nom de leur rémunération jugée excessive, et sans considération de l'impact réel de ces transferts. Selon un agent : *« le rapport entre notre travail et les commissions est parfois injuste : par exemple, la commission de l'assurance maladie ne couvre pas mes frais de gestion des sinistres »*. Un autre exemple est celui de l'attention portée par les compagnies à l'amélioration de leur productivité interne, mais la relative absence d'attention pour l'amélioration de celle des agents.

463

Les variables comportementales des agents extérieurs vis-à-vis des firmes d'assurances

On peut mener une analyse symétrique de la vision que les agents construisent des compagnies pour lesquelles ils travaillent, compte-tenu de la nature des interactions qu'ils ont avec celles-ci. Face aux multiples rationalités locales provenant des compagnies, les agents ne montrent pas non plus un visage plus cohérent.

Variables comportementales des agents vis-à-vis des firmes d'assurances

Des interactions déséquilibrées de l'individu isolé face à une grande organisation

Des tentatives des représentants syndicaux de polariser autour d'eux les relations avec les compagnies

Une fragmentation parfois incohérente de la relation agents / firmes

Une culture des agents de « vendeurs » poussant à l'individualisation, et donc au rejet des organisations

Un opportunisme des agents qui les poussent à maximiser leurs intérêts personnels

464

En premier lieu, les interactions entre les agents et les compagnies d'assurance sont le plus souvent la relation d'un individu isolé face à une grande organisation.

Au cours de nos entretiens avec des agents, nous avons été frappé du fait que ceux-ci ont relativement peu de relations avec leurs confrères d'une même compagnie, au niveau d'une zone géographique donnée. L'agent est donc souvent seul dans sa relation avec sa compagnie. Il est l'agent X face à une bureaucratie représentée par différentes personnes, dont la principale est l'inspecteur commercial. Autrement dit, ses interactions avec la compagnie sont celles d'un individu isolé face à une grosse organisation.

Le recueil d'information est assuré en partie par des réunions ponctuelles. Ainsi, des commissions formelles ont pour objectif d'être des lieux de communication. Ces institutions de concertation si le dialogue n'existe pas, peuvent impliquer un véritable mirage de communication, la réunion de différents individus en un même endroit laissant penser qu'ils échangent et travaillent ensemble. Ainsi dans une des compagnies étudiées, les employés

comme les agents déplorent souvent le manque d'intérêt des commissions : « *encore un après-midi de perdu* », « *nous sommes victimes de la réunionite* », « *on ne s'est rien dit* »,... Les intermédiaires sont bien conscients des limites des commissions : « *on sert à avaliser ce que la compagnie décide* », « *on ne se soucie pas de ce que l'on dit* ». Ils reconnaissent qu'étant pris par leur travail à l'agence, ils ne peuvent consacrer trop de temps à la préparation de ces réunions.

A l'inverse, on peut dire que les employés des compagnies n'essaient pas toujours de s'adapter aux contingences propres à leurs interlocuteurs, à leur niveau de formation, à leur expérience. Ils recherchent plus de la part des agents l'approbation sur ce que la compagnie décide. « *La fausse concertation est arrangeante. Une vraie participation des agents impliquerait une remise en cause pour nous* » : déclare un cadre supérieur d'une compagnie. On s'aperçoit donc que ces réunions sont plus de l'agglomération d'individus isolés que de véritables groupes de travail.

En deuxième lieu, il apparaît que les représentations syndicales tentent de polariser autour d'elles les relations avec les sociétés d'assurance. Par exemple, les commissions, dont nous venons de parler, sont en général des émanations des syndicats représentant les agents. Ces commissions permettent un échange de vue sur différents domaines : administratif, commercial,... Cette polarisation est d'ailleurs difficile à remettre en cause. Par exemple, la Direction Commerciale d'une société avait tenté de densifier ces échanges en créant des réunions formalisées dans différentes régions françaises, auxquelles s'étaient opposés les représentants syndicaux. Dans notre recherche personnelle, nous avons organisé de façon informelle de telles réunions, extrêmement productives en termes d'échange et de remontée d'information, en prenant bien soin d'inviter des élus syndicaux pour éviter des oppositions des agents syndiqués. La représentativité des

interlocuteurs de la firme est un autre point important pour la qualité des informations que l'on en obtient. La compagnie d'assurance peut difficilement être en contact avec tout son réseau pour chaque décision à prendre en commun. Une sélection des intermédiaires est donc opérée. Les syndicats sont considérés comme les interlocuteurs principaux des Directions des sociétés d'assurance, même si l'image des syndicats est assez mauvaise : le syndicat est « *une assemblée de caciques* », « *brouillons, sans idée ni directive* », « *corporatistes, individualistes* ».

466

Par ailleurs, modifier les points de contact de la firme avec son réseau paraît difficile. D'une part, les interlocuteurs privilégiés tiennent à conserver un certain monopole de relation. Ainsi, nous avons essayé de réaliser une enquête postale auprès de l'ensemble des agents du réseau de la société Topaze. Elle fut refusée par le Syndicat des agents. Il semble qu'une raison de ce refus ait pu être le désir du Syndicat de conserver son rôle d'interlocuteur privilégié de Topaze.

D'autre part, les firmes ont tendance à ne pas changer leurs interlocuteurs, pour des raisons de facilités : « *le syndicat n'est pas le meilleur partenaire, ses réactions sont corporatistes* ». Mais les entreprises ne le remettent pas en question : « *l'intérêt du syndicat est que nous avons l'habitude de traiter avec lui* ». « *On négocie avec le syndicat, il semble mobiliser les agents, cela nous suffit* ». La présence des syndicats semble donc être considérée comme « *un moindre mal, puisqu'au moins on connaît notre interlocuteur et qu'il est unique* ».

En troisième lieu, la relation entre les agents et la compagnie est en générale fragmentée. D'une façon générale, les agents vivent deux types d'interactions avec cette bureaucratie: des interactions personnalisées, essentiellement avec le réseau d'inspection de proximité, et des interactions administratives par échange de courrier et de circulaires, avec les personnes du siège. Dans la

pratique, les interactions administratives sont segmentées en fonction des différentes directions du siège. Il n'y a pas ou rarement de coordination d'ensemble. Il existe même des difficultés à coordonner les interactions personnalisées et les interactions administratives, le réseau d'inspection apprenant parfois par les agents, les nouvelles du siège.

En quatrième lieu, la culture des agents est surtout celle de « vendeurs », fiers d'être des assureurs, mais aussi voulant préserver leur forte individualisation, et par suite, rejetant les grandes bureaucraties que sont les compagnies d'assurance.

467

En effet, nous avons pu constater chez les agents une fierté certaine de travailler dans un secteur comme l'assurance, associée au sentiment plus négatif d'être un individu isolé face à de grandes bureaucraties parisiennes. Un réseau d'entreprises se caractérise par l'existence d'une multitude de cultures. L'hétérogénéité des membres du réseau implique une variété d'identités. Les écarts culturels sont générateurs de richesses, mais aussi de tensions. En effet, la culture renvoie à des modes de pensée, et par suite d'action, qui peuvent se trouver en opposition. Les oppositions culturelles peuvent être celles du siège contre le terrain, celles du technique contre le commercial, celles des technocrates contre les agents, celles d'une société dommages contre une société Vie,...

Un élément de l'identité des agents, leur « forte personnalité », est recherché par la compagnie lors du recrutement, car elle est synonyme de bon vendeur. Ceci se concrétise par une certaine indépendance des agents vis-à-vis des compagnies : « *je veux être mon propre patron* ». La difficulté est de rassembler dans une même organisation des individualités fortes. Ainsi, l'agent se construit une identité d'entrepreneur autonome, indépendamment de sa société. Il revendique son statut de profession libérale. A l'inverse, le modèle de l'agent idéal est pour les

compagnies celui d'un notable local, proche de ses clients, vendeur, et non celui d'un chef d'entreprise.

En cinquième lieu, il existe un certain opportunisme chez les agents qui recherchent avant tout leur intérêt personnel.

468 De manière générale, la rationalité limitée associée à l'opportunisme implique l'existence de multiples rationalités locales, chaque institution du réseau de distribution ayant sa propre vision de la réalité et cherchant son intérêt personnel. Ces rationalités locales peuvent impliquer des conflits. Selon que ces conflits se résolvent ou non à la satisfaction des parties, il se crée un cycle pervers avec le développement de comportements opportunistes. Dans ce cas, certains acteurs utilisent (ou créent) une situation d'asymétrie d'information pour poursuivre des objectifs personnels éventuellement contraires à ceux des compagnies.

Un exemple de rationalité limitée est que nous n'avons rencontré au cours de notre recherche que très peu d'agents capables d'apprécier fidèlement leur marché local, et notamment leur concurrence. L'agent ayant une vision parcellaire et imparfaite du marché, a sa propre perception de la stratégie commerciale et technique à mettre en oeuvre par sa société. Certains prônent la nécessité de mettre en oeuvre une politique « *haut de gamme, car on ne peut concurrencer les Mutuelles à très bas prix* ». Au contraire d'autres intermédiaires pensent qu'il faut mener « *une politique bas de gamme avec des produits peu chers* ».

Un exemple d'opportunisme des agents peut être trouvé dans leur comportement : « *les objectifs de la compagnie ne me regardent pas, ce qui compte ce sont mes profits* ».

Ainsi lors des négociations avec la compagnie, il apparaît que chaque agent y participant essaie d'aboutir à des objectifs personnels. Par exemple, dans une réunion sur le produit automobile, l'agent qui n'est pas soumis à une

concurrence importante essaie d'orienter l'évolution du produit par l'addition de garanties supplémentaires. Un autre agent qui a une circonscription dans une région « riche », est préoccupé par la suppression des limites de garantie sur les véhicules haut de gamme, qu'il assure régulièrement. Un autre agent en zone rurale, est un négociateur assidu concernant les réductions tarifaires aux agriculteurs,...

Un exemple de rationalité limitée : l'objectif de développement du nombre de points de vente

469

« Maintenir le drapeau à tout prix »....

Les instruments de gestion structurent la vision que les acteurs ont de l'environnement et du réseau. Les acteurs ont des difficultés à voir la réalité autrement que par eux. Le risque est que l'entreprise peut ne pas avoir adapté ces outils à la variation de l'environnement, et malgré tout, se polariser sur eux.

Au sein de la société Topaze, nous avons mis en évidence un tel phénomène. Il s'agit de la croissance du nombre de points de vente (un objectif pour Topaze depuis, au moins, les années 1950). La société fait l'hypothèse qu'un réseau important permet une meilleure couverture du territoire, et que le développement du nombre de points de vente attise le dynamisme commercial. Cet objectif est motivé par le « *souci d'améliorer l'image de la société, et la qualité de développement de la compagnie* ». Alors que l'objectif de Topaze est depuis de très nombreuses années de développer le nombre de ses points de vente (depuis près de quarante années pour une de ses filiales), le nombre est quasiment stagnant. En 1980, Topaze comptait 1091 points de vente. Fin 1983, le nombre était de 966 points de vente. À la fin de 1986, la Direction générale tablait toujours sur un objectif de 1100 agences. En 1989, une note interne continuait à annoncer, que le nombre devait atteindre rapidement le millier, et qu'il fallait créer au moins trente

agences par an. En 1995, Topaze compte toujours moins de 1000 agences.

Cette « politique traditionnelle » entraîne un effet pervers à différents niveaux. Non seulement, cet objectif n'est pas atteint, mais de plus, il entraîne des effets pervers, principalement :

470

- la mobilisation des énergies, notamment celles des inspecteurs commerciaux sur cette tâche au détriment de l'animation du réseau, sans toutefois qu'ils utilisent des outils élaborés du marketing pour décider des implantations ;
- le maintien des points de vente non rentables pour la compagnie, non viables par rapport à l'état de la concurrence, ou au potentiel des zones de chalandise.

Pourtant, cette compagnie refuse les regroupements d'agences dans le souci de maintenir son objectif global : « *je ne suis pas autorisé à accepter une seule suppression de point de vente* » (Note interne de la Direction Technico-commerciale, 3/3/1989).

Les inspecteurs se focalisent sur cet objectif sur lequel ils se sentent jugés. La Direction de l'entreprise reconnaît que la mise en oeuvre de l'objectif d'augmentation demande un « *effort considérable aux inspecteurs* ». Leur encadrement reconnaît que le principal critère d'évaluation de l'inspecteur est le nombre d'agences en gestion intérimaire, et en création.

Cette focalisation se fait-elle au détriment des autres agences ? Il est difficile de répondre, mais on peut le penser. Le comportement de l'inspecteur est basé sur un indicateur plus important que les autres, sur lequel il se sent jugé : le nombre d'agences en création, et en gestion intérimaire : « *Angoissés* » par la création de points de vente, les agences en gestion intérimaire, les inspecteurs peuvent être tentés d'aller au plus vite dans le recrutement. « *L'inspecteur fait tout pour que l'agent ne soit pas viré. Il*

peut camoufler les erreurs de gestion. Puis, si les dégâts sont faits, il peut chercher très vite un remplaçant, pourquoi pas la secrétaire ? », déclare un chef de service des sinistres. « Le commercial n'est pas la priorité compte-tenu de ma tâche de réorganisation du réseau : le recrutement, les interviews, le suivi des nouveaux agents, les rapports trimestriels, la tenu des tableaux de bord financiers,... accaparent mon temps ». Ceci est d'autant plus vrai que le nombre de gestion intérimaire augmente. « A partir de trois, on ne peut plus rien faire », nous déclarait un inspecteur commercial de cette compagnie.

471

Pourtant, des restructurations peuvent se justifier. Ainsi, en 1981, un agent avait souhaité reprendre le petit portefeuille d'un agent partant à la retraite. Cette proposition fut refusée. Un autre agent fut nommé mais fut par la suite révoqué. Cette erreur de nomination provoqua la mise en gestion intérimaire de l'agence (i.e. la gestion par un salarié de la compagnie en attendant la nomination d'un nouvel agent). Cette gestion par un salarié se solda par une hémorragie de clientèle. Quelques années plus tard, l'agent reprit finalement l'affaire « amoindrie ». En voulant absolument maintenir le nombre d'agences, la compagnie accepte l'existence de points de vente non rentables, et table sur leur développement futur, ce qui n'intervient pas toujours.

Enfin, la stratégie de développement du nombre de points de vente ne repose pas sur un système d'information marketing, qui pourrait la légitimer. Une filiale de la société Topaze avait mis au point une procédure d'analyse des marchés locaux. Outil lourd dans son utilisation, les inspecteurs avouent ne pas pouvoir l'utiliser. Ainsi pratiquement, aucune étude sur la clientèle, sur le marché, n'est faite lors de l'établissement d'un nouveau point de vente, mais une étude de « potentiel » assez floue (concurrence : nombre et taille, activités économiques de la région, démographie). L'analyse porte sur des données facilement collectables. Ainsi, une note interne de Topaze

souligne le « déphasage entre la configuration du réseau et les réalités économiques et démographiques », ce qui signifie que certaines villes moyennes (5000 à 15000 habitants) n'ont pas d'agence. Ceci entraîne que pendant longtemps la recherche d'opportunités a pris appui sur l'existence d'un candidat valable plus que sur un réel potentiel commercial.

...sans maîtrise des flux de sortie du réseau

472

Cette pression de l'urgence sur les inspecteurs commerciaux est renforcée par la difficulté de révoquer les agents, et, par conséquent, d'anticiper sur les sorties du réseau.

Le statut des agents généraux d'assurances en France prévoit les conditions de leur révocation (article 19) :

- en cas d'incapacité notoire ;
- en cas d'insuffisance dans la production ou la gestion ;
- en cas de faute professionnelle grave.

L'incapacité notoire va à l'encontre des dispositions de capacité exigées pour exercer la profession d'agents. Les compagnies n'évoquent que très rarement les cas d'incapacité pour révoquer un agent. En procédant de telle manière, elles font l'hypothèse que l'agent une fois recruté, sera éternellement apte à conduire son affaire.

Pendant la période probatoire (d'une durée maximale de deux ans), l'insuffisance de production et de gestion est le grief le plus évoqué pour ne pas confirmer un candidat. Hormis ce cas, cette raison est peu évoquée.

La faute professionnelle est la manière de « *coincer l'agent indélicat* ». Il s'agit surtout du cas de détournement de fonds (article 23). Les cas d'auto-assurance sont très rares : l'intermédiaire encaisse des primes, et ne déclare les risques à la compagnie qu'en cas de sinistre. Dès que le déficit de caisse est mis en évidence, la révocation peut être

immédiate. En cas de révocation abusive, l'agent qui aura la charge de la preuve, pourra obtenir des dommages et intérêts (Article L 520.1 du Code des Assurances français).

Les trois conditions de révocation sont difficiles à mettre en oeuvre. Ainsi, le problème des compagnies françaises est résumé par ce cadre de Direction : *« l'agent qui ne progresse pas, qui n'a pas de bons résultats, ne peut être sanctionné »*. *« Si la personne ne veut pas démissionner, la firme ne peut rien faire »*.

Au premier abord, il semble que la grande majorité des cessations de fonction soit subie par les compagnies. Il faut remarquer que les démissions ne sont pas le fruit de jeunes agents néophytes : 80 % des départs interviennent après 5 ans de fonction. Il ne nous semble pas que le départ des agents soit véritablement anticipé. Le problème est résolu quand il survient.

Il résulte de l'impossibilité d'anticiper les départs, l'absence de transition entre deux agents. Le cas extrême est celui du jeune agent qui arrive dans son agence, sans retrouver les archives, trouvant une organisation dépassée, notamment l'absence de fichier des clients. Cet état de fait ne permet pas aux sociétés d'accumuler du savoir par le biais de leurs agents : *« à chaque fois qu'un agent part, c'est un peu de l'histoire des compagnies qui disparaît »*. Pourtant, il paraît normal de penser que le travail en tandem de l'ancien et du nouvel agent pourrait être salutaire pour la compagnie. Cette solution n'a jamais été évoquée dans nos entretiens au sein des compagnies. La transmission de l'expérience de l'ancien agent permettrait une prise en main par le candidat moins stressante que l'habituel « parachutage ». Cette situation est d'autant plus dangereuse, que chaque transmission d'agence s'accompagne du départ de clients à la concurrence.

Pour pallier à une partie des effets pervers de cette absence de maîtrise des flux et de la politique de développement des points de vente, les compagnies ont

parallèlement renforcé leurs procédures de sélection de leurs nouveaux agents.

474 Différentes variables interviennent dans le recrutement d'un agent. Le statut français des agents généraux date de 1949. Il avait essayé à cette époque d'imposer un seuil minimum de compétence pour faire évoluer le profil de l'agent du « *fils de famille, pas capable de faire autre chose, pas très courageux* » (un agent retraité) à un professionnel de qualité, véritable conseiller en assurances. Jusqu'aux années 80, il faut souligner l'importance de la « surface financière » de l'agent dans son recrutement pour l'ensemble des sociétés du marché français. Un cadre de Direction résume ainsi ce critère de sélection : « *le bon agent était celui qui pouvait payer son portefeuille* ». « *En y ajoutant une touche de gestionnaire, le profil idéal était le bon père de famille* ». Actuellement, l'existence de fonds personnels n'est pas obligatoire, sauf pour l'acquisition d'une agence importante.

Dans les compagnies, le recrutement d'un agent est dépendant d'une chaîne de décideurs qui est constituée en général de l'inspecteur commercial, l'inspecteur général, le Responsable des agences, le Directeur Commercial, le Directeur Général, et voire le Président qui peut être amené à signer le traité de nomination. Il existe donc une implication au plus haut niveau dans les compagnies.

Après une période probatoire de deux ans au plus, très surveillée par l'inspecteur commercial, un dossier est constitué sur le candidat contenant le rapport de l'inspecteur, le curriculum vitae, l'analyse graphologique, les lettres de références, une note de synthèse.

Entre un grand nombre de documents, de multiples interviews et une longue période probatoire, la procédure de recrutement est très stricte. Il est très habituel dans les sociétés françaises que les dossiers de candidature des agents passent par au moins 6-7 personnes différentes.

Nous avons vu dans cet exemple de rationalité limitée que les firmes pouvaient se fixer des objectifs, sans avoir les moyens de contrôler leur pertinence, en prenant le cas des flux d'entrée et sortie. Ainsi, la société Topaze a décidé de développer son réseau sans avoir mis en place des instruments d'analyse des marchés mais en ayant concentré ses efforts sur la mise en place de procédures de gestion pour le recrutement et le contrôle des agents. Le résultat de ce choix de mobilisation des énergies sur les procédures de gestion et non sur le marketing est l'absence de développement de la société.

475

Le dilemme autonome - dynamisme / contrôle - stagnation

A la suite de notre exposé, on peut en déduire que l'externalisation implique des comportements relativement négatifs tant au niveau des agents que des compagnies. Pourtant l'externalisation n'est pas seulement négative, elle peut générer des opportunités pour une firme. Ainsi, l'intermédiaire peut procurer à sa compagnie d'assurance un dynamisme qui peut manquer aux salariés. Cet aspect est d'ailleurs au centre des stratégies des firmes d'assurance vis-à-vis de leur réseaux d'agents, firmes qui se trouvent en face du dilemme autonomie = dynamisme ou contrôle = stagnation.

Le dilemme autonomie / contrôle des firmes d'assurances

Une logique de l'honneur forte chez les agents

Un encadrement pour orienter les actions des agents qui devient conflictuel car il heurte de front la logique de l'honneur des agents

Des conjonctures économiques mauvaises qui poussent à l'augmentation des contrôles

Un risque d'étouffement du dynamisme commercial des agents, entrepreneurs indépendants à la recherche d'autonomie

476

En premier lieu, les agents montrent pour l'ensemble d'entre eux, une logique de l'honneur très forte (IRIBARNE, 1989). En effet, il semble que les intermédiaires effectuent un travail de qualité pour leurs compagnies. On peut en juger par les résultats techniques (les résultats provenant de la vigilance sur le rapport S/P) comparés entre les firmes qui utilisent des intermédiaires et celles qui ne les utilisent pas. Par exemple pendant la quasi totalité des années 80, il s'avère que le S/P a été meilleur pour la branche dommages automobile des sociétés utilisant des intermédiaires (agents ou courtiers) que pour celle des sociétés n'en utilisant pas. La différence entre les deux types de sociétés est au minimum de 10 % et peut atteindre 23,4 % en 1980.

Compte d'exploitation simplifié — Dommages Automobile par types d'entreprises. Source : Direction des Assurances. AI: Avec Intermédiaires, SI Sans Intermédiaires. Les ressources sont > à 100 à cause de produits financiers

	1975	1975	1980	1980	1985	1985	1990	1990
	AI	SI	AI	SI	AI	SI	AI	SI
Total des ressources	104	106	104,6	105,2	105,7	104,7	110,7	110
Total des charges dont :								
Commissions	15,7	1,4	15,5	1,3	15,3	0,2	15,2	0,4
Frais de fonctionnement	15,1	16,5	16,5	20,1	17,8	20,1	19,1	22,3
Sinistres payés dans l'année	56,8	74	72,1	95,5	66,5	83,4	65,6	75
Solde d'exploitation	+12	+8,2	-5,4	-16,2	+2,4	-7,4	+2,8	+5,6

Ainsi, les agents généraux d'assurance font preuve d'une très grande conscience professionnelle. Ils ont un goût pour le travail bien fait, et une haute idée de leur métier: « nous avons une mission », « mon premier souci, c'est le service honnête aux clients ». D'une certaine

manière, les agents s'auto-contrôlent. Ce sont des professionnels consciencieux qui se considèrent porteurs d'une mission sociale et économique. Cette « mission » implique pour chaque agent d'exercer son métier avec rigueur, d'en contrôler la qualité par lui-même.

En deuxième lieu, les compagnies essaient d'orienter les actions des agents en mettant en place un encadrement qui devient conflictuel dans la mesure où il heurte la logique de l'honneur des agents.

En effet, la firme d'assurances peut être tentée d'organiser sa relation avec ses agents de façon à ce que leurs comportements soient entièrement prévisibles. Elle peut pour cela formaliser expressément les devoirs et les droits de chacun, essayer de prévoir le plus d'éventualités,... L'importance pour l'assureur de l'évaluation des risques explique l'encadrement strict des agents dans ce domaine. Les différentes actions sur le risque sont stipulées par la compagnie aux intermédiaires. La sélection, la définition des obligations de l'assureur et des assurés sont strictement définies. La marge de manoeuvre des intermédiaires peut être très faible.

La conscience professionnelle des agents généraux d'assurance génère de leur part une certaine animosité vis-à-vis des directives et des contrôles effectués par les compagnies : « *une ingérence indue dans notre travail* ». Le contrôle passe pour un acte de méfiance de la part des compagnies d'assurance. Il n'apparaît pas forcément normal aux agents que les compagnies cherchent à recueillir des données sur leur activité. La réponse est alors de la part des agents d'entourer leur travail d'une certaine opacité : « *L'agent général est un professionnel indépendant, qui organise librement son agence,... dès lors, la production des comptes bancaires est superflue et suppose une suspicion de principe vis-à-vis des agents, incompatible avec la confiance inhérente aux relations mandat/mandataire* » (le

syndicat National des Agents Généraux d'une compagnie en 1990).

En troisième lieu, dans un conjoncture économique mauvaise, les compagnies ont tendance à intensifier les procédures de surveillance des agents d'assurances. Cette pression est très mal ressentie par les agents.

478 De surcroît, le degré d'autonomie laissé aux agents est fonction des résultats techniques et de la générosité de l'environnement, notamment au niveau concurrentiel. L'étude du cas français montre de façon claire la façon dont une pression concurrentielle accrue exacerbe le caractère structurellement conflictuel de la relation, par un raccourcissement des cycles de balancement entre les phases de contrôle, et les phases d'autonomie requises par une plus grande agressivité commerciale du réseau.

De prime abord, l'assurance étant un métier où les résultats se mesurent sur le long terme, et où la régularité des flux financiers est un paramètre clé de la rentabilité, des relations de long terme entre les firmes d'assurances et leurs agents peuvent apparaître comme un cadre adéquat dans la mesure où elles permettent de développer des relations de confiance, même si les relations peuvent être conflictuelles à court terme. A contrario, dans un contexte où le métier et son environnement changent sur de nombreuses dimensions, la rigidité des termes de la relation entre les compagnies et leurs agents peuvent entraîner des conflits profonds. Par exemple, comment doit-on répartir les gains de productivité entre les compagnies et les agents ? De même, comment doit-on gérer la carrière des agents dans un réseau ?

Enfin, gérer un réseau d'agents implique d'être confronté à une grande diversité des situations locales et à une certaine difficulté de faire la part entre la qualité intrinsèque du travail de chaque agent, le positionnement concurrentiel de la firme, et le potentiel économique des marchés locaux sur lesquels interviennent les agents. Pour

résoudre ce problème, les compagnies mettent en place une série de dispositifs associant des indicateurs de résultats, des procédures incitatives et de contrôle et un réseau d'inspection permettent en principe la communication entre les firmes et leurs agents. Tant que les résultats sont bons, les compagnies d'assurance se contentent d'une batterie sommaire d'indicateurs et de quelques remontées qualitatives d'information. En cas de crise, les indicateurs sont jugés trop simples, le caractère qualitatif du réseau de communication est considéré comme la marque d'une absence suffisante de contrôle, et les procédures de contrôle formalisé se renforcent de façon indifférenciée, en heurtant de front la « logique de l'honneur » des agents.

479

En quatrième lieu, cette pression du contrôle des compagnies a pour objectif primaire de rétablir la rentabilité des firmes d'assurances, mais risque d'aboutir à un effet secondaire : l'étouffement du dynamisme commercial des agents. En effet, le cas français illustre un paradoxe. La conjonction de l'ensemble des phénomènes décrits ci-dessus conduit les compagnies d'assurances à renforcer les mécanismes d'internalisation de leurs réseaux, alors qu'elles cherchent dans le même temps à développer leur dynamisme commercial. Le problème qui se pose, est celui de l'adaptation des agents à cette liberté encadrée. Le risque est donc qu'un excès d'encadrement atténue les bénéfices de l'externalisation.

En effet, la firme veut profiter de la capacité d'entreprendre de ses agents, de leur capacité de dynamisme. Le caractère libéral de l'activité de l'agent implique un comportement d'autonomie, et une capacité d'entreprendre. Il s'ensuit que comme chef d'entreprise, l'agent accepte mal les procédures de contrôle dont il est l'objet : « *on ne nous fait pas confiance* ». L'isolement des agents renforce leur comportement individualiste.

D'autre part, l'agent tolère mal la fixation d'un niveau minimum pour la réalisation des transactions. Le décalage

entre l'autonomie et l'encadrement rend difficile la gestion de la carrière de l'agent. D'un côté, celui-ci veut préserver les prérogatives qu'il croit être de son ressort : ses objectifs, son organisation,... Sa stratégie est alors d'entourer son activité d'une certaine opacité. De l'autre, la compagnie n'accepte pas d'avoir un intermédiaire entre elle et le marché, qu'elle ne peut pas bien contrôler.

480 Si l'entreprise donne trop de directives, d'obligations à ses agents, elle peut étouffer leur capacité d'innovation. Une gestion externalisée signifie une délégation de pouvoirs, et donc une marge de manoeuvre. Un des atouts de l'externalisation est de laisser s'effectuer une gestion locale des transactions. Limiter la liberté de l'agent correspond à une restriction de l'externalisation, une tentative déguisée d'intégration. Par ailleurs, les agents peuvent refuser une organisation trop rigide. Ils se prévalent d'un statut d'entrepreneur. Une marge de liberté est en quelque sorte une légitimation de leur importance dans le canal, et la preuve de la confiance que l'on place en eux.

Ainsi d'un côté, l'attribution d'une marge de manoeuvre aux agents semble une nécessité. De l'autre, ces degrés de liberté engendrent une incertitude dans le comportement futur des agents. La firme peut avoir des difficultés à résoudre ce dilemme.

Un exemple de marge de manoeuvre est la latitude donnée aux agents des compagnies, en ce qui concerne la fixation des prix de certains contrats. Cette marge de manoeuvre est attribuée à l'intermédiaire pour qu'il adapte le tarif, non plus seulement aux éléments techniques des risques, mais aussi aux caractéristiques propres à la demande (prix psychologique), et à la concurrence (le prix est alors fonction du contexte commercial). Cette facilité tarifaire traduit un écart normal entre des statistiques globales et les données du terrain. Les agents sont en présence d'individus, d'un risque donné, et « *non avec une*

statistique ». Si l'on admet que la relation compagnie/client doit être gérée localement, il est alors logique de laisser aux acteurs locaux, quelques degrés de liberté, ce qui permet une appréciation plus fine.

Ces quelques degrés de liberté peuvent engendrer des effets pervers. Ainsi, les agents peuvent attribuer des réductions à des mauvais risques. Ils peuvent aussi se laisser influencer par leurs clients qui souhaitent toujours payer moins cher. La réduction peut alors devenir systématique pour faciliter la prise de risque. L'attribution d'une marge de manoeuvre crée donc une incertitude pour la compagnie, qui ne sait pas comment elle sera utilisée.

481

L'analyse du cas des sociétés d'assurances dommages en France suggère donc que la relation compagnie-agents génère une tension permanente entre l'autonomie des agents, conforme à leur statut de mandataires indépendants, et le besoin ressenti par les acteurs de la compagnie d'encadrer, sinon de contrôler étroitement leur réseau.

Conclusion

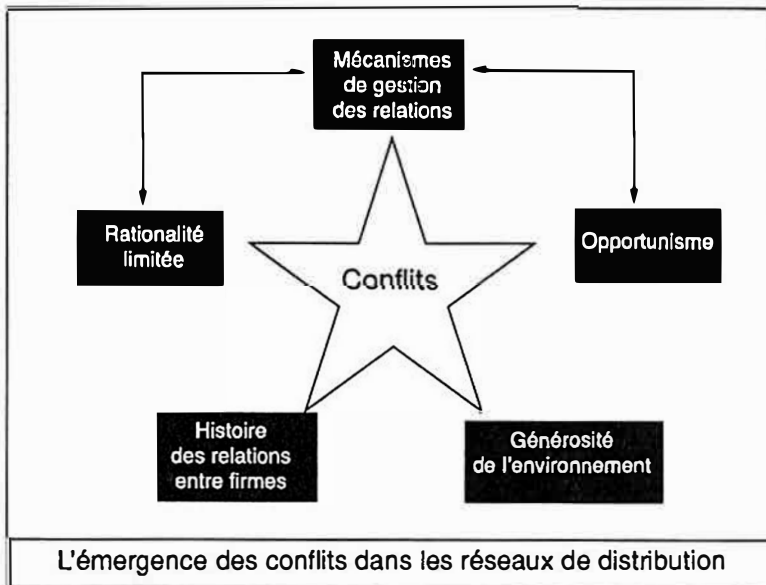
Au travers du cas de la distribution de l'assurance dommages en France, nous avons pu montrer les mécanismes d'émergence de conflits dans des réseaux de distribution. La synthèse des facteurs expliquant ces conflits nous conduit à proposer un modèle inspiré à la fois des travaux d'économistes tels que Williamson (1975, 1979, 1987, 1990) et de travaux de « béhavioristes » tels que Simon (1957), Cyert ou March (1970).

Le premier pilier de notre explication est la rationalité limitée. ■ s'agit de la limite cognitive des individus aussi bien dans la compréhension des problèmes que dans leur résolution. Cette rationalité limitée provient comme nous l'avons vu dans le cas exposé, de nombreux sous-facteurs tels que :

- la capacité intrinsèque des individus,

- l'organisation en elle-même : l'existence de filtre dans la communication (les syndicats par exemple), la position des acteurs dans le réseau aboutissant à une fragmentation de l'information disponible pour chacun des • des instruments de gestion réducteurs de la réalité comme les indicateurs de suivi des agents.

482



Le deuxième élément de notre modèle est l'opportunisme que l'on peut définir comme la recherche de l'intérêt personnel. Ceci peut éventuellement conduire au manque d'observance des règles du jeu économique dans les transactions. L'opportunisme peut découler de la contradiction intrinsèque des intérêts. Dans le cas de la relation compagnie / agent, il peut s'agir de divergences dans la répartition des tâches, des gains de productivité, des gains et des coûts,... L'opportunisme peut aussi être expliqué par les instruments de gestion utilisés qui peuvent amener les acteurs à des comportements opportunistes. Un

exemple est celui du développement des points de vente des compagnies au détriment de certains agents. Une autre raison d'opportunisme peut être trouvée dans les différences culturelles impliquant des intérêts particuliers. Le cas le plus frappant est celui des opportunités découlant des décalages entre la logique technocratique du siège des compagnies poussant au contrôle et la logique de l'honneur d'entrepreneur de terrain qui pousse à refuser tout contrôle.

Le troisième facteur est l'histoire des relations entre les compagnies et leurs agents. Il est clair qu'une relation compagnies / agents bâtie sur une base postérieurement conflictuelle aura plus de chance d'évoluer vers un nouveau conflit qu'une autre relation plus gagnante. L'évolution des termes de la relation, en particulier des facteurs d'environnement est une autre partie de cette histoire. Les relations à l'intérieur du réseau ont pu être constituées dans un contexte donné. Le changement de l'environnement peut entraîner la nécessité de changer les termes des relations dans le réseau. Les changements ont pu avoir lieu sur de multiples composantes technologiques, légales, économiques, politiques, concurrentielles, de la demande. Un élément important du succès de la relation sera donc la capacité des partenaires d'inscrire leur interactions dans un processus permanent de changement.

483

Le quatrième élément de notre modèle est l'articulation des mécanismes organisationnels permettant le fonctionnement habituel du réseau. Les instruments de gestion et les circuits de communication sont des points critiques. Par exemple, il est une chose de faire preuve de rationalité limitée et d'opportunisme, encore faut-il que la communication passe mal entre les acteurs pour qu'un conflit émerge. A contrario, une bonne communication va entraîner la prise en compte du point de vue du partenaire et de ses intérêts particuliers, ce qui conduira à des arrangements entre les compagnies et leurs agents. La sociologie des acteurs peut expliquer des divergences de

logique entraînant des difficultés d'échange, par le fait même d'un manque de reconnaissance réciproque. L'existence de filtre comme les syndicats peut biaiser la qualité de l'information. Dans le cas étudié, nous avons aussi vu l'échec des réunions, procédures coutumières d'arrangement.

484 Le dernier pilier de notre modèle est la générosité de l'environnement. En fait, tous les points que nous venons d'évoquer, ne sont pas importants tant que l'environnement permet aux participants dans le réseau d'atteindre une certaine rentabilité dans leur relation. Il s'agit en quelque sorte du facteur déclenchant les conflits à l'intérieur du réseau. Dès que les entreprises vont commencer à voir leurs profits diminuer, des crispations vont apparaître, première étape vers les conflits.

Le fonctionnement simplifié du modèle peut être résumé de la manière suivante. La rationalité limitée et l'opportunisme peuvent entraîner une inadaptation des termes de la relation en fonction de l'évolution de l'environnement. En effet, les acteurs risquent de ne pas comprendre cette évolution et de ne pas parvenir à accepter les changements chacun cherchant son intérêt personnel. Progressivement par sédimentation, une histoire de la relation se constitue faite de multiples conflits qui finissent par rendre plus difficiles des arrangements futurs. Si de plus l'organisation de la relation principale / agent ne réussit pas à établir des parcelles d'échanges, les conflits peuvent se durcir jusqu'à la rupture, surtout dès que des facteurs exogènes comme l'évolution de la concurrence entraînent une perte rapide de rentabilité de la relation.

Bibliographie

ANDERSON (E.) - « Transaction cost as determinants of opportunism in integrated and independent sales forces » - North-Holland : *Journal of economic behavior and organization*, 1988, p.247-264.

ANGELMAR (R.), WALDAM (C.) - « Les conflits dans les canaux de distribution » - Paris : *Revue Française de Gestion*, N°1, 1975.

BELL (M.) - *Marketing : a maturing discipline* - USA : Chicago, American Marketing Association, 1960.

BERRY (M.) - *Une technologie invisible ? l'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains* - France : Paris CRG, Ecole Polytechnique, 1983.

BOWERSOX (D.J.), COOPER (M.B.), LAMBERT (D.L.), TAYLOR (D.) - *Management in marketing channels* - USA : New-York, Mc Graw Hill, 1980.

BUCKLIN (L.P.) - *A theory of distribution channel structure* - USA : Berkeley, University of California, 1966, 108p.

COASE (R.H.) - « The nature of the firm » in *Readings in price theory* - USA : Homewood, Irwin, 1952.

COASE (R.H.) - « The problem of social cost » - USA : *Journal of Law and Economics*, octobre 1960.

COASE (R.H.) - *Industrial organization : a proposal for research* - USA : New-york, National Bureau of Economics Research, 1972.

CYERT (R.M.) , MARCH (J.G) - *Processus de décision dans l'entreprise* - Paris : Dunod, 1970.

DAHL (R.A.) - *The concept of power* - USA : Behavioral Science, N°2, 1957, 201-215.

EL ANSARY (A.I.), ROBICHEAUX (R.A.) - « A general model for understanding channel member behavior » - USA : New-York, *Journal of Retailing*, 1975.

FILSER (M.) - *Canaux de distribution* - France : Paris, Vuibert, 1989.

FOSTER (J.R.), SHUPTRINE (F.R.) - « Monitoring channel conflict with the evaluation from the retail level » - USA : New-york, *Journal of Retailing*, 1976, Vol.52, N°1, 59-74p.

486

FRAZIER, SHETH - « An attitude-behavior framework for distribution channel management » - USA : *Journal of Marketing*, 1985, 38-48p.

GASKI (J.F.) - « The theory of power and conflict in channel distribution » - USA : *Journal of Marketing*, 1984, 9-29p.

HAHN (A.) - *La sociologie du conflit* - France : Paris, Dunod, Sociologie du travail, 1990.

HAYEK (F.) - « The use of knowledge in society » - USA : *American Economic Review*, septembre 1945.

IRIBARNE d' I.) - *La logique de l' honneur* - France : Paris, Seuil, 1989. 267p.

MALLEN (B.) - *Principles of marketing channel management* - USA : Lexington, Lexington Books, 1962, 353p.

MENDRAS (G.)- *Précis de sociologie* - France : Dunod, 1975.

Rapport du Ministre d'Etat chargé de l'Économie, des Finances et du Budget, au Président de la République, entreprises d'assurances et de capitalisation, publié annuellement.

ROSENBERG (L.J.) - *A new approach to distribution conflict management* - USA : Business Horizon, 1974

SIMON (H.A.) - *Models of man* - USA : New-york, ed. Wiley and Sons, 1961.

STERN (L.) - *Distribution channels : behavioral dimension* - USA : Boston, Houghton, 1969.

STERN (L.W.), STURDIVANT (F.) - « Quand la distribution se met à l'écoute du client » - Paris, Ed. Havard - *L'expansion*, 1988.

WILLIAMSON (O.E.) - « Organization form, residual claimants, and corporate control » - USA : *Journal of law and economics*, Vol. XXVI, juin 1983.

487

WILLIAMSON (O.E.) - *Markets and Hierarchies* - USA : New-york, Free Press, 1975.

WILLIAMSON (O.E.) - *The economic institutions of capitalism* - USA : New-york, Free Press, 1985.

WILLIAMSON (O.E.) - « Transaction-cost economics : the governance of contractual relations » - USA : *Journal of law and economics*, Vol. XXII, octobre 1979, p.233-261.

WILLIAMSON (O.E.), AOKI (M.), GUSTAFSSON (B.) - *The Firm as a nexus of treaties* - Grande-Bretagne : Londres, SAGE, 1990.

Faits d'actualité

par

R.M.

1. Les catastrophes naturelles de l'été 1996 au Québec

Les inondations qui ont frappé le Saguenay, Charlevoix et la Côte Nord pendant plusieurs jours au mois de juillet 1996 ont atteint des niveaux de destruction inégalés, qualifiés d'apocalyptique. Au moins dix personnes ont perdu la vie à la suite de ces pluies diluviennes. Soulignons la mort de deux enfants, à l'occasion d'un glissement de terrain, à La Baie, et de quatre automobilistes, sur la Côte Nord, ainsi que la noyade de trois amateurs de voiles dans Charlevoix. On compte plus de seize mille sinistrés, qui ont dû être évacués d'urgence ou par prévention. Sur ce nombre, près de 2000 personnes n'ont pu réintégrer leur maison, ayant été détruite ou rendue inhabitable. 500 maisons ont été totalement détruites et 850 maisons ont été lourdement endommagées.

489

Sur le plan des dégâts matériels, les pertes furent d'abord estimées à 15 millions de dollars. Sur le plan des pertes économiques (atteintes aux infrastructures, pertes de revenus), les dommages ont franchi le cap des 600 millions de dollars, sans compter les dommages matériels ou financiers et le manque-à-gagner encourus par certaines industries spécialisées, dont l'industrie touristique ou agricole. L'ensemble des pertes financières subies par les particuliers ou les entreprises pourraient dépasser le cap du milliard de dollars si l'on prend en compte l'ensemble des dégâts : pertes de barrages, de ponts, d'usines et de maisons, pannes électriques, affaissements de routes et de voies ferrées, manques d'approvisionnement en eau potable et en électricité, déversements toxiques, berges grugées, arbres déracinés.

Les grandes entreprises, dont Alcan, Abitibi Price, Stone Consolidated et Cascades ont été lourdement touchées. Un chiffre provisoire de 300 millions \$ fut avancé.

Puis, au début d'août, de nouvelles inondations, quoique d'une ampleur moindre, ont frappé trois autres régions québécoises, l'Estrie, la Mauricie et l'Outaouais.

490

Si ces inondations ne sont pas comparables à celles connues en Chine, en juin et en juillet 1996, qui ont fait près de deux mille victimes, ni même à celles qui ont endeuillé l'Espagne, dans un camping des Pyrénées aragonaises, où 85 personnes ont péri, les experts parlent de précipitations uniques au Québec depuis 10 000 ans. Selon les données publiées, 100 millimètres de pluie tombés en l'espace de 48 heures sur une zone de 80 000 kilomètres carrés. Les cours d'eau se sont transformés en torrents déchaînés.

L'aide gouvernementale provinciale a été établie à 200 millions \$, l'aide fédérale étant de l'ordre de 150 millions \$. Le gouvernement a prévu rembourser aux municipalités 100 % des dépenses d'urgence et 90 % des déboursés nécessaires pour la reconstruction ou la remise en état de biens municipaux essentiels, comme les réseaux d'égout ou d'aqueduc, les ponts, les routes et les édifices publics.

L'aide aux entreprises serait exclue, sauf les petites entreprises, dont le revenu imposable n'excède pas 300 000 \$. L'aide aux particuliers reste toutefois plafonnée à la valeur foncière de la propriété (exemples : le montant maximum par sinistré basé sur une évaluation foncière uniformisée est de 100 % de 100 000 \$, plus 75 % de la valeur excédant 100 000 \$ et de 15 000 \$ pour la perte de biens meubles). Des restrictions sont imposés (exemple d'exclusion : biens de luxe, terrains, résidences secondaires).

Du côté de l'assurance privée, les compagnies ont évalué provisoirement à 350 millions de dollars les indemnités qu'elles paieront aux personnes et aux entreprises, dont 320 millions de dollars dans la branche « pertes d'exploitation »,

qui ont été touchées dans les régions du Saguenay, de la Haute-Mauricie, de Charlevoix et de la Côte-Nord.

Les inondations de l'été 1996 au Québec constitueraient l'événement catastrophique le plus coûteux pour les assureurs canadiens, reléguant au deuxième rang la tempête de grêle de Calgary, en 1991, qui avait coûté 342,7 millions de dollars. Sur le plan des garanties, les assureurs ne couvrent pas les pertes catastrophiques dues à l'inondation, au glissement de terrain, ou aux dommages par l'eau qui pénètre directement par les entrées ou les fenêtres. Les dommages assurés sont limités, à certaines pertes, notamment les refoulements d'égouts (option) ou certains frais temporaires de subsistance, lors d'une évacuation, couvrant les frais pour se loger à l'extérieur du domicile.

491

On ne peut passer sous silence l'extraordinaire générosité et solidarité des Québécois qui ont donné au total plus de 20 millions de dollars aux divers organismes caritatifs qui les ont sollicité en vue d'apporter une aide complémentaire aux sinistrés.

Dans les jours qui ont suivi le désastre, le gouvernement a annoncé la création d'un Bureau de la reconstruction, qui sera responsable de la reconstruction des zones sinistrées, de la restauration des cours d'eau et, sans doute, de l'évaluation globale du sinistre en vue de tirer des conclusions appropriées dans un optique de prévention.

2. La distribution de produits financiers aux particuliers : relever résolument le défi du changement

Le ministre d'État de l'Économie et des Finances, M. Bernard Landry, a déposé à l'Assemblée nationale, en juin 1996, un document intitulé Rapport quinquennal sur la mise en oeuvre de la *Loi sur les intermédiaires de marché*.

Les objectifs poursuivis en vue de modifier la *Loi sur les intermédiaires de marché* sont les suivants : renforcer la

492

protection du consommateur et de l'investisseur tout en leur permettant un accès aux produits et services financiers au meilleur coût possible ; optimiser le décloisonnement des réseaux de distribution ; réduire les coûts inhérents à l'encadrement et à la réglementation de la distribution des produits et des services financiers ; simplifier l'encadrement des intermédiaires de marché ; affirmer et préserver la compétence du Québec dans un secteur où il a fait figure de chef de file, principalement dans les domaines des valeurs mobilières, le décloisonnement des institutions financières et la distribution de produits financiers.

D'entrée de jeu, le ministre constate dans le Rapport les profonds changements affectant tout autant la vie quotidienne que les activités financières qui pointent à l'horizon de l'an 2000. C'est dans un contexte de transformation profonde, où il importe de réinventer nos façons de faire, que le ministre a formulé certaines pistes de solution ou options sur la distribution des produits et services financiers.

Concrètement, mentionnons la distribution de produits et services financiers dans les institutions de dépôts, étant entendu, selon le ministre, que cette option n'aurait pas pour effet d'octroyer aux banques et aux autres institutions de dépôts fédérales la capacité de distribuer des produits d'assurance dans leurs succursales puisque cela leur est interdit. Mentionnons également la possibilité de créer un organisme de réglementation et de discipline, nommé Bureau de la distribution des produits et services financiers (BDPF), ainsi qu'un ombudsman, chargé de protéger le consommateur, s'il était insatisfait du traitement de sa plainte contre un intermédiaire de marché ou qui désirerait formuler une plainte contre une institution financière.

Signalons les principaux sous-titres du Rapport:

1. Rappel des principales dispositions de la *Loi sur les intermédiaires de marché* ;
2. Les principaux problèmes constatés dans l'application de la Loi ;

3. La distribution de produits et services financiers par les institutions de dépôts et la compétence du Québec ;
4. Les solutions proposées.

Les changements qui seront apportés à *Loi sur les intermédiaires de marché* devraient tenir compte tout autant des options de solution avancées dans le Rapport que des commentaires qui seront exprimés par les groupes et les personnes concernées en commission parlementaire.

493

3. Rapport annuel sur les assurances - 1995

L'Inspecteur général des institutions financières par intérim, M. Alfred Vaillancourt, a transmis au gouvernement du Québec, en juin dernier, son rapport annuel sur l'état des affaires des assureurs ayant exercé au Québec en 1995, conformément aux dispositions de la *Loi sur les assurances*. Ce rapport a été déposé à l'Assemblée nationale le 19 juin 1996.

Le Rapport mentionne que 363 compagnies et sociétés, y compris 4 corporations professionnelles, détenaient un permis d'exercice au Québec au 31 décembre 1995, dans l'un ou l'autre des champs suivants: assurance de personnes, assurance de dommages et assurances de personnes et de dommages confondues.

Les revenus de primes ont atteint en 1995 le montant de 10,4 milliards \$, par rapport à 10,0 milliards en 1994, soit un total de 6,3 milliards \$ dans le champ de l'assurance de personnes (6,1 milliard \$ en 1994) et de 4,1 milliards dans celui de l'assurance de dommages (3,9 milliards \$ en 1994).

Les principales primes émises par les compagnies à fonds social en assurance de dommages pour l'année 1995 relèvent des branches suivantes: l'assurance automobile a généré des revenus/primes totalisant 1,84 milliards et l'assurance des biens 1,53 milliards \$. Au troisième rang, on retrouve l'assurance responsabilité (380 millions \$).

Les prestations des sinistres, en contrepartie, totalisaient 8,3 milliards \$ (toutes catégories confondues) par rapport à 8,8 milliards en 1994.

4. Les résultats du premier trimestre de l'année 1996

L'industrie de l'assurance IARD canadienne a encaissé des primes nettes totalisant 4,2 milliards \$, au cours du premier trimestre de l'année 1996, d'où une augmentation par rapport aux primes nettes émises pour le premier trimestre de l'année 1995 qui totalisaient 3,9 milliards \$. Cependant, on observe une augmentation des sinistres nets et du rapport sinistres à primes, qui se situe à 76,9 %. Les résultats techniques sont toujours déficitaires, sans interruption depuis le deuxième trimestre de l'année 1987. Le déficit se situe, pour ce trimestre, à 327 millions \$, par rapport à 77 millions \$ pour le premier trimestre de 1995. Les revenus de placement ont légèrement augmenté, ce qui se traduit par des résultats d'opération de 307 millions \$. Les revenus d'opération après impôt ont connu une baisse, par rapport au montant de 377 millions de dollar réalisé lors du premier trimestre de 1995. Cette baisse serait imputable principalement à la hausse des règlements de sinistres et des frais d'exploitation.

Voici le tableau du premier trimestre de 1996 publié par *The Quarterly Report*:

Le premier trimestre - 1996*

	1996	1995
Primes nettes émises	4 279 \$	3 934 \$
Primes gagnées	4 418 \$	4 220 \$
Sinistres nets	3 397 \$	3 016 \$
Rapport sinistres à primes	76,9 %	71,5 %
Résultats techniques avant impôt	- 327 \$	- 77 \$
Rapport combiné	- 7,4 %	- 1,8 %
Revenus de placement avant impôt	580 \$	548 \$
Gains de capital	127 \$	34 \$
Revenus d'opération après impôt	307 \$	377 \$

*(en millions de dollars)

Comme on peut le constater, à la lecture de ce tableau, publié par *The Quarterly Report*, les résultats pour l'année 1995 sont supérieurs à ceux enregistrés en 1994, malgré la hausse des prestations de sinistres. Les revenus d'opération de 1,56 milliards \$ ont connu une progression importante en 1995. Ils s'expliquent par une hausse des primes nettes émises et une baisse du rapport sinistres à primes et du rapport combiné, lequel est à 103,8 % par rapport à 107,5 % en 1994. Les revenus de placement ont connu une légère remontée.

5. Les victimes du sida de plus en plus jeunes

495

Statistique Canada a rendu public, le 3 juillet dernier, à la veille de l'ouverture officielle de la XI^e conférence internationale sur le sida (7 au 12 juillet) un rapport qui brosse un portrait de la situation de sida au Canada. Le rapport signale que l'âge médian des personnes infectées par le VIH est passé de 32 ans en 1982 à 23 ans entre 1985 et 1990. Cette conclusion n'est pas étonnante chez ceux qui observent tous les jours la réalité du sida, tel le Dr Réjean Thomas. Ce rajeunissement de la clientèle sidéenne s'explique par le fait que « plus le virus est présent dans la population, plus il est facile de le contracter ».

On dénombre au Canada 16 000 cas de sida diagnostiqués à la fin de 1994. Parmi les groupes le plus à risque, le Rapport mentionne les homosexuels, les toxicomanes et les femmes qui contractent la maladie par contacts hétérosexuels.

6. La notion de conjoint dans les régimes d'assurance médicale et dentaire est applicable à deux personnes du même sexe

Une récente décision du Tribunal des droits de la personne, en date du 13 juin 1996, a obligé de gouvernement fédéral à offrir à ses employés ayant un conjoint de même sexe l'accès aux programmes d'assurance médicale et dentaire déjà offerts aux employés vivant en union de fait. Ottawa estime qu'environ 1 % des 470 000 employés des ministères fédéraux, des sociétés de la Couronne, de l'armée et de la Gendarmerie

royale du Canada, se prévaudront de ces avantages, cela signifiant, auquel cas, une facture annuelle additionnelle de 1,2 million \$ pour le régime de soins médicaux et de 650 000 \$ pour le régime dentaire.

Pour y avoir droit, un employé devrait démontrer qu'il vit une relation homosexuelle avec son conjoint depuis au moins une année, qu'il le présente publiquement comme son partenaire et qu'il vive encore avec lui au moment d'une demande de prestation. Ces exigences sont similaires à celles imposées aux conjoints de fait.

496

Le gouvernement fédéral a accepté les principes de cette décision, mais il a décidé de contester devant la Cour fédérale certains aspects du jugement, dont la rétroactivité de la décision.

Vu les définitions du mot « conjoint » retrouvées dans nombre de contrats d'assurance, cette décision n'est pas sans intérêt à l'égard de l'industrie des assurances.

7. Les actes de vandalisme de Québec

Dans la nuit de dimanche à lundi, à l'occasion des fêtes de la Saint-Jean, de nombreux vandales et fêtards en mal d'agression ont causé des dommages importants à plusieurs commerces du centre-ville de Québec, puis à l'édifice du parlement où les dommages ont totalisés 300 000 \$. Les manifestants ont profité du mouvement de la foule pour casser les vitrines des magasins, pour y pénétrer et y faire du saccage et des vols et pour endommager de nombreux véhicules automobiles.

Selon le directeur général du BAC, ces dommages devraient être indemnisés par les assureurs des victimes, puisqu'il s'agissait d'une manifestation spontanée et non d'un soulèvement populaire contre les autorités publiques, en vertu d'une exclusion courante retrouvée dans les contrats d'assurance. En effet, les contrats couvrent habituellement les actes de vandalisme, les actes malveillants et les dommages malicieux.

8. Le bilan 1995 de la Société de l'assurance automobile du Québec

Comme par les années antérieures, le Bilan 1995 publié par la direction de la planification de la SAAQ porte sur les accidents de véhicules routiers, les titulaires de permis de conduire et les véhicules en circulation.

À titre d'exemples, au chapitre des accidents, on dénombre globalement, en 1995, 167 589 accidents routiers, soit une diminution de 0,8 % par rapport à 1994. De ce nombre, le rapport signale 35 451 accidents de nature corporelle (21,2 %), ce qui représente une diminution de 0,2 % en 1995. Les accidents corporels survenus en 1995 ont engendré 49 416 victimes, dont 882 personnes décédées, 5 834 personnes blessées grièvement et 42 700 personnes blessées légèrement. Ce nombre de 882 victimes décédées en 1995 (+ 6,7 % par rapport à 1994) se situe au deuxième plus bas niveau des trente-cinq dernières années après 1994.

497

9. Le succès international des compagnies canadiennes des assurances de personnes

Le Conference Board du Canada a publié, en mars 1996, un rapport fort intéressant qui témoigne du succès des compagnies canadiennes des assurances de personnes à l'étranger. Nombreuses sont les compagnies canadiennes qui tirent plus de la moitié de leurs revenus dans des marchés situés à l'extérieur du Canada. Les compagnies canadiennes d'assurances de personnes sont parmi les plus actives sur la scène internationale. Cette tradition internationale remonte même aux origines de l'assurance vie au Canada, au XIX^e siècle.

Les auteurs de cette étude mentionnent que plus de 5 millions de personnes à l'étranger détiennent des polices d'assurance souscrites auprès de compagnies canadiennes d'assurances de personnes, qui ont une valeur de plus de 730 milliards de dollars.

De plus, ces compagnies sont également plus orientées vers l'extérieur du pays que les autres institutions financières canadiennes. En effet, les compagnies d'assurances de personnes vont y chercher 47,7 % du revenu qu'elles tirent des primes, alors que les banques détiennent 28,6 % de leurs actifs à l'étranger et les sociétés de fiducie, seulement 10,7 %.

Cette longue tradition d'activités internationales ne semble pas être en voie de se résorber, puisque les compagnies canadiennes continuent à miser sur les possibilités de croissance à l'étranger, non seulement aux États-Unis, mais dans certaines parties du monde dont la région de l'Asie-Pacifique.

498

10. La protection des renseignements personnels

Selon un rapport en date du mois de juin 1995 présenté par le BAC au ministère des Finances sur la refonte de la législation sur les institutions financières de 1997, « l'un des nombreux problèmes découlant de la très forte concentration du pouvoir financier aux mains des six grandes banques canadiennes est la création d'énormes bases de données renfermant des renseignements financiers personnels ». Ce rapport s'inspire à cet égard d'une enquête commandée par Équifax Canada, faisant état des craintes des Canadiens concernant la confidentialité des renseignements personnels qui les concernent.

Voici quelques chiffres tirés de cette enquête ou d'autres sources:

- 76 % des Canadiens craignent une utilisation abusive des renseignements personnels (enquête Équifax) ;
- 74 % des Canadiens préféreraient que le secteur privé adopte de lui-même de saines politiques sur la protection des renseignements personnels au lieu de laisser au gouvernement le soin d'édicter des règlements à ce sujet (enquête Équifax) ;
- 76 % des Canadiens craignent que les banques utilisent des renseignements financiers personnels

pour vendre de l'assurance (enquête réalisée par Insight Canada Research pour le compte du BAC).

11. Le cycle assurantiel après son apogée

Une étude publiée dans « sigma-prospect », réalisée par la société Suisse de Réassurances (numéro 3/1996) mentionne les tendances du cycle assurantiel après son apogée: la concurrence accrue sur les prix et la conjoncture morose mettent un bémol à l'augmentation des primes.

Étant donné les évolutions dégagées dans cette étude, (mentionnons une croissance modeste aux États-Unis, une augmentation de la concurrence en Europe et le fait que le marché nippon a lui aussi atteint son point de retournement supérieur), il semble que la progression des primes pour les années à venir sera moindre:

499

Les efforts visant à abaisser les coûts et à rationaliser ne compenseront que partiellement, et avec un certain retard, les effets du recul des primes sur les bénéfices. La dégradation prévue des résultats globaux sur les marchés européens des assurances demeurera, en 1996/97, circonscrite aux limites habituelles. Ce n'est qu'à long terme que la volatilité des résultats assurantiers dépassera le seuil auquel nous étions habitués jusqu'ici et ce, même sur les marchés plus réglementés.

12. Les cigarettiers américains remportent une importante victoire judiciaire

Le 24 mai dernier, les fabricants de cigarettes ont remporté une bataille judiciaire importante contre des plaignants qui les accusaient de manipuler la teneur en nicotine de leurs produits dans le but de maximiser la dépendance des fumeurs. La guerre du tabac n'est pas finie, aux États-Unis notamment, mais cette victoire était importante, car les enjeux financiers en cause étaient colossaux. Si la décision du tribunal avait été à l'avantage

des plaignants, les quelque 90 millions d'Américains qui ont éprouvé une dépendance envers le tabac auraient été justifiés d'exiger des dommages pouvant s'élever à 50 milliards de dollars, acculant à la ruine les fabricants de cigarettes.

13. Le désamiantage : une facture qui s'élèverait, en France, à 65 milliards de francs

500

Une étude réalisée en France par le groupe Dafsa fait état des coûts élevés pour le traitement de l'amiante en France, un matériau, maintenant interdit par les autorités françaises, qui se retrouve non seulement dans la construction mais aussi dans la rénovation et la maintenance, et qui a fait l'objet d'une importation massive sur le marché français entre 1950 et 1980 (environ 2,9 millions de tonnes).

L'étude intitulée « *Désamiantage. Quelles perspectives pour ce nouveau marché ?* » conclut que les travaux pourraient coûter environ 65 milliards de francs, sachant que la moitié de l'amiante serait détectée et enlevée.

Au début de juillet 1996, la France annonçait l'interdiction des produits contenant de l'amiante à partir de l'an prochain, devenant ainsi le 8^e pays d'Europe à bannir cette fibre. On sait que également des décrets français récents obligent les propriétaires à rechercher la présence d'amiante dans les immeubles construits avant 1980. L'État, le plus gros propriétaire français, détiendrait environ 70 % des bâtiments contenant de l'amiante.

Les actions judiciaires concernant le dossier de l'amiante seraient en nombre croissant, en France, depuis quelques mois. Une expertise officielle, rendue publique en juillet, faite par l'Inserm, vient d'admettre que l'amiante causera au moins 1 950 décès en 1996. Devant des mises en responsabilité en cascade, l'amiante pourrait se révéler une bombe à retardement pour les assureurs français, signalait récemment un quotidien français.

14. Les assureurs suisses renoncent à utiliser les tests génétiques des clients

Les sociétés d'assurance exerçant en Suisse ont prolongé jusqu'à l'an 2000 le moratoire en vertu duquel elles s'étaient engagées à ne pas utiliser, pour fins de souscription, les tests génétiques de leurs clients. (Tiré de *L'Argus*, 5 juillet 1996).

15. La vingt troisième conférence annuelle de l'association des compagnies captives (CICA)

501

L'association des compagnies captives, *Captive Insurance Companies Association*, a tenu à Phoenix, en Arizona, en avril dernier, sa 23^e assemblée annuelle. On dénombrait 275 personnes enregistrées et plus d'une quarantaine de conférenciers, pour la plupart propriétaires, utilisateurs ou gestionnaires de compagnies captives.

Par le passé, les conférences les plus recherchées dans ces assemblées traitaient des techniques les plus récentes et les plus avant-gardistes (*newest advanced technique*) liées au financement des risques. Or, cette conférence a voulu présenter des moyens alternatifs d'autoassurance et de financement offerts par les grandes sociétés d'assurance et de réassurance. Mentionnons certaines innovations, qui ont pour nom « *finite risk insurance* » (assurance à montants limités), « *capital markets* », « *insurance futures and options* ».

16. Statistiques Incendies 1995

Comme le prévoit la *Loi sur la prévention des incendies du Québec*, la Direction générale de la sécurité et de la prévention du Ministère de la Sécurité publique fait état, dans cette publication annuelle, de la situation des incendies au Québec. Les données qui y sont compilées sont recueillies auprès des services d'incendie, d'une part, et des compagnies d'assurance, d'autre part.

En 1995, au Québec, on a dénombré 12 003 incendies. On a répertorié 84 pertes de vie à la suite de ces incendies et 579 blessés. Les pertes matérielles qui en découlent se chiffrent à 291 millions \$. C'est dans le domaine de l'habitation que les incendies font le plus de ravage, la moitié des incendies québécois de l'année 1995 ayant affecté des bâtiments à vocation résidentielle.

502 Toutefois, les dommages les plus élevés se retrouvent dans le secteur industriel. Les pertes moyennes s'élèvent à 83 246 \$ comparativement à 24 746 \$ dans le secteur résidentiel.

Au chapitre des causes, le rapport mentionne que l'imprudence est responsable de 38,2 % des incendies et de 40,2 % des décès à l'occasion des incendies. Les manquements de toutes sortes, telles les défaillances mécaniques ou électriques, les vices de conception, de construction ou d'installation constituent la seconde cause, à savoir 24,9 % en ce qui a trait au nombre des incendies et 26,0 % en ce qui concerne les pertes matérielles. Au moins 15 % des incendies doivent être considérés comme volontaires ou suspects. Ils correspondent à 20,0 % des pertes matérielles enregistrées en 1995, soit 56,4 millions de dollars.

17. Le crash d'avion de juillet 1996 au large de New York

Selon *Business Insurance*, dans son édition du 22 juillet 1996, Trans World Airlines, dont un avion Boeing 747 s'est écrasée le 17 juillet dernier au large de Long Island, tuant 230 passagers et les membres de l'équipage, possédait une assurance tous risques pour un montant de 10,7 millions \$ et une assurance de responsabilité à concurrence d'un montant de 500 millions \$. Pour l'heure, les assureurs n'en sont arrivés à aucune conclusion définitive, sur le plan de la responsabilité, tant que les causes exactes de l'accident ne seront pas connues.

En effet, le degré de responsabilité de la compagnie TWA et de ses assureurs dépendra des preuves qui seront faites, notamment d'actes de terrorisme ou d'actes négligents de la part

de la compagnie aérienne. Selon la Convention de Varsovie, signée en 1929, la responsabilité ultime d'un transporteur aérien est limitée à 75 000 \$ par passager, sauf si sa grossière négligence est établie.

18. Une commission parlementaire chargée de réviser la *Loi sur la sécurité routière*

Les travaux de la commission parlementaire chargée de réviser la *Loi sur la sécurité routière* débuteront à la mi-octobre. De nombreux sujets litigieux seront à l'étude, dont la pertinence d'indemniser les criminels de la route et la possibilité d'accorder un droit de recours de nature civile aux victimes contre un criminel de la route.

503

Selon une évaluation récente de la SAAQ, il semble que l'ivresse au volant coûte environ 200 millions de dollars annuellement en indemnisations.

Chronique juridique

par

R.M.

1. L'Inoccupation d'un Immeuble est Interprétée selon un sens physique

L'appelant avait pris la décision de louer la maison où il résidait antérieurement. Malheureusement pour lui, le locataire a déguerpi, sans laisser de traces. L'appelant mis alors sa maison en vente et signa une offre d'achat en vertu de laquelle le promettant acheteur s'engageait à occuper l'immeuble quelques mois plus tard, à une date convenue. Dans l'intervalle, la maison alors inoccupée fut cambriolée et des actes de vandalisme furent constatés. Ni le courtier ni l'assureur n'ont été informés que la maison était inoccupée. Deux jours après le cambriolage, la maison fut détruite par un incendie.

505

La Cour supérieure a conclu à bon droit que la maison était vacante depuis trente jours consécutifs, condamnant l'appelant à rembourser à ses assureurs la somme que ces derniers ont payées au créancier.

Portée devant la Cour d'appel, la question en litige fut d'établir si la maison était vacante depuis 30 jours consécutifs, tel que le stipulait une clause d'exclusion de la police d'assurance. L'appelant soutenait que l'offre d'achat mettait fin à la vacance de la maison, puisque les nouveaux propriétaires avaient fixé une date certaine pour occuper les lieux. La Cour d'appel¹ reprit les mêmes conclusions que la Cour supérieure, à savoir que la maison était vacante depuis 30 jours consécutifs. Selon le juge, le mot « vacance », retrouvé dans l'exclusion de la police, fait référence à un vide d'occupation, au sens physique. Au moment de l'incendie, la maison n'était le lieu de résidence de personne, elle n'était ni chauffée, ni meublée, ni entretenue.

¹ *Michel St-Onge c. J.A. Madill, (1995) R.R.A. 607.*

L'eau et l'électricité avaient été coupées. Le fait que la maison était utilisée comme garde-meuble ne changeait rien à l'état vacant de la maison.

Nous signalons une autre décision² sur l'état vacant d'une maison, dans une livraison du *Recueil en responsabilité et assurance* (fascicule 3, 1995). Un logement dans un duplex était inoccupé en raison du décès de son occupant. L'autre logement était occupé par un locataire qui s'était absenté pour une période de 5 jours en confiant le soin à un voisin de visiter le logement tous les jours.

506

Le tribunal décida qu'il faut considérer un immeuble comme un tout pour apprécier si cet immeuble est vacant ou inoccupé. Il fit la distinction suivante entre logement vacant et inoccupé :

Le mot « vacant » par rapport à un bâtiment d'habitation veut dire vide d'occupation au sens physique en ce que personne ne l'habite et, au sens juridique, en ce qu'il n'est le lieu de résidence de personne; vide du côté usage en ce qu'on ne l'utilise pas comme bâtiment d'habitation ou en vue de l'habiter; et vide de son contenu matériel, n'offrant même plus les signes extérieurs d'habitation. Un bâtiment comprenant des logements dont l'un est inoccupé temporairement à la suite d'une mortalité, mais non vide de son contenu, et l'autre où l'occupant s'est absenté pour cinq jours n'est pas un bâtiment vacant. Le concept de bâtiment vacant comporte un élément d'abandon.

2. Le conducteur ivre est Inapte à conduire une voiture, au sens de l'exclusion de la police

Le juge Daniel H. Tingley de la Cour supérieure de Montréal, dans l'arrêt *Duplessis c. Assurances générales des caisses Desjardins inc.*³ n'a pas suivi la position adoptée dans

² *Louise Armstrong-Larnder et autres c. Cie d'assurance Union Commerciale du Canada*, (1995) R.R.A. 814 à 818.

³ LPJ-95-5446.

une décision de la Cour du Québec et il décida que le fait pour l'assuré d'endommager sa voiture, en conduisant en état d'ébriété, équivaut à une faute intentionnelle et le prive d'une indemnisation en vertu du contrat d'assurance automobile. La police stipulant que l'assuré doit être autorisé par la loi et apte à conduire, l'ivresse au volant constituait une inaptitude, au sens de cette police, autant sur le plan juridique que sur le plan physique.

Le tribunal se fondait aussi sur un autre principe : l'ordre public. Étant donné que le conducteur a été reconnu coupable d'une infraction au Code criminel, et considérant que les actes reprochés constituaient une négligence grossière, le tribunal repris à son compte un principe émis dans l'affaire *Burrows c. Rhodes (1889), I.Q.B. (Angleterre) 838*. Ce jugement énonce qu'une personne ne peut s'attendre à être indemnisée pour un acte illégal impliquant une faute civile ou une infraction criminelle.

507

La décision du juge Tingley semble contraire au jugement rendu par la Cour du Québec, commenté antérieurement dans cette revue⁴. Ce tribunal avait décidé qu'un automobiliste ivre, ayant endommagé sa voiture à la suite d'un accident avait quand même droit au bénéfice d'assurance, car il n'était pas inapte à conduire son véhicule, selon une exclusion de la police. Le juge y mentionnait que le conducteur ivre n'avait pas l'intention d'endommager sa voiture.

3. Droit maritime ou droit terrestre ?

Les assureurs ont indemnisé l'appelante à la suite du vol d'une partie de la marchandise transportée par l'intimée, pendant le chargement du camion qui devait délivrer la marchandise à une agence de transit. Ils intentèrent une action en dommages-intérêts contre l'intimée, au nom de l'appelante. La défenderesse intimée s'y objecta en alléguant que l'appelante n'avait plus l'intérêt assurable requis pour intenter cette action

⁴ Voir *Assurances*, Octobre 1995, p. 507.

puisqu'elle avait été indemnisée par les assureurs. L'appelante a alors invoqué le fait qu'il s'agissait d'une assurance maritime, laquelle devait être interprétée selon les règles de la Common Law. Le tribunal rejeta l'action des appelantes, conformément à ce qui avait été décidé par le juge de première instance, qui avait décidé que le droit civil devait s'appliquer en l'espèce.

En effet, en vertu du droit civil, l'action devait être intentée au nom des assureurs, conformément à l'article 2576 C.c. Le tribunal d'appel⁵ estima que le droit maritime est un droit autonome et qu'il ne suffit pas d'utiliser une formule d'un contrat d'assurance maritime pour que les règles du droit de l'assurance maritime s'appliquent automatiquement. En l'espèce, le risque assuré n'était pas exclusivement de nature maritime, puisqu'il s'agissait d'un transport de marchandises par avion et par camion.

508

4. L'assureur doit prouver la mauvaise foi de l'auteur d'une déclaration mensongère

En novembre 1983, une compagnie d'assurance a émis une police d'assurance sur la vie au nom de la mère de l'intimée. L'assureur alléguait que l'assurée avait fait une déclaration mensongère lorsqu'elle avait mentionné, lors de sa déclaration initiale, qu'elle ne souffrait pas de trouble de l'appareil génito-urinaire. Celle-ci, en effet, avait consulté un médecin, en octobre 1983, pour des pertes vaginales accompagnées de sang et elle devait subir ultérieurement un curetage diagnostique. Les résultats de cet examen, communiqués à l'assuré en décembre 1983, concluaient à un carcinome de l'endomètre. L'assurée est décédée de ce cancer en 1986.

Le tribunal d'appel⁶ fit une distinction entre une maladie et un symptôme. Il conclut que l'assureur ne s'était pas acquitté de la charge de la preuve qui leur incombait. Le tribunal

⁵ *Model Furs Ltd. c. H. Lapalme Transport Ltée*, (1995) R.R.A. 611.

⁶ *Royal Insurance Co. Ltd. c. Jean-Claude Magnin*, (1995) R.R.A. 615.

fut convaincu que l'assurée ignorait qu'elle souffrait d'une maladie quelconque. Il est probable, selon le tribunal, qu'elle puisse penser que les pertes sanguines pouvaient être normales et reliées à sa ménopause.

Voici une autre décision⁷ impliquant une allégation de déclarations fausses de la part de l'assuré. L'appelant avait convoqué chez lui un agent d'assurance afin d'obtenir une assurance supplémentaire sur sa vie. L'agent lui a alors proposé une assurance sur la vie de son épouse. L'appelant a répondu aux questions posées. L'épouse de l'appelant est décédée accidentellement deux ans plus tard. L'assureur refusa de payer l'indemnité due en alléguant l'inscription dans la propositions de trois fausses déclarations relatives à l'histoire médicale de l'épouse.

509

Le tribunal conclut qu'il ne suffit pas, pour qu'il y ait fraude, d'établir certaines déclarations fausses. Il faut aussi qu'elles soient malhonnêtes. L'intention de tromper l'assureur est un élément essentiel que le tribunal n'a pu retrouver dans cette cause.

Le principe de la plus entière bonne foi joue pareillement en assurance de dommages. Un simple oubli de l'assuré fait en toute bonne foi, lorsqu'aucune question spécifique n'est posée, peut être excusable par un tribunal. Par exemple, le tribunal pourrait, dans une affaire de vol d'automobile, accepter qu'un assuré ne pense pas de dévoiler à un assureur l'existence d'un casier criminel, surtout s'il remonte à plusieurs années et si les événements s'y rapportant n'ont rien à voir avec l'utilisation d'un véhicule automobile.

Toutefois, dans le présent litige⁸, le dossier criminel de l'assuré incluait le recel d'une automobile. Il fut établi que l'assuré a fait une fausse déclaration concernant un vol antérieur. Un assureur est donc, devant ces faits, justifié de demander

⁷ *Jean-Yves Giguère c. La Mutuelle Vie des fonctionnaires du Québec*, (1995) R.R.A., 635.

⁸ *Murray Hill Leasing Inc. c. Bélair, Compagnie d'assurances et Peter Mouzakiotis*, (1995) R.R.A. 647.

l'annulation *ab initio* de la police. Dans cette affaire, le tribunal conclut que l'assuré savait que l'assureur aurait refusé l'émission de la police, s'il eût été informé de l'existence du vol antérieur.

5. La non-rétroactivité de la loi nouvelle : une affaire ayant trait à un avis de sinistre tardif et un recours contre l'assuré et l'assureur

510

Le nouveau Code civil du Québec édicte, à l'article 2470, que « l'assuré doit déclarer à l'assureur tout sinistre de nature à mettre en jeu la garantie, dès qu'il en a eu connaissance ». Cependant, le second alinéa de cet article précise que si « l'assureur n'a pas été ainsi informé et qu'il en a subi un préjudice, il est admis à invoquer, contre l'assuré, toute clause de la police qui prévoit la déchéance du droit à l'indemnisation dans un tels cas ».

Cet article, qui est de droit nouveau, signifie que désormais, depuis le 1^{er} janvier 1994, l'assureur ne peut invoquer la tardiveté d'un avis que s'il en a subi un préjudice et que si le contrat d'assurance prévoit la déchéance du contrat en telle occasion.

Toutefois, lorsque les faits en litige sont antérieurs au 1^{er} janvier 1994, une récente décision⁹ réaffirme que l'ancien droit doit s'appliquer, à savoir l'obligation de l'assuré d'aviser l'assureur, dès qu'il en a connaissance, de tout sinistre de nature à mettre en jeu la garantie. À moins que le contrat d'assurance, émis avant janvier 1994, n'oblige l'assureur à établir un préjudice, il est clair que l'assureur est libéré de l'obligation de prouver qu'il a subi un préjudice du fait de la tardiveté d'un avis de sinistre.

La Cour résiste à la tentation d'appliquer le nouveau droit concernant les sinistres antérieurs au 1^{er} janvier 1994.

⁹ *Papin c. Éthier*, (J.E. 95-1384).

Le même principe de la non-rétroactivité de la loi nouvelle est réaffirmé dans un autre décision¹⁰. Les demandeurs ont intenté une action, en avril 1993, contre l'assuré de la défenderesse. Alors que cette action est pendante, ils décident de poursuivre directement l'assureur dans une action distincte de la précédente.

L'assureur, par voie de requête, prétend que les articles 2 et 3 de la *Loi sur l'application de la réforme du Code civil* énonce clairement que c'est la loi ancienne qui s'applique, c'est-à-dire que l'ancien article 2603 C.c. interdit de poursuivre en même temps l'assuré et l'assureur.

511

Le tribunal donne raison à l'assureur. En décidant de poursuivre d'abord l'assuré, les demandeurs renonçaient aux droits que la loi leur donnait de poursuivre l'assureur. L'action qu'ils ont intentée contre l'assureur fut entreprise en vertu d'un droit qu'ils n'avaient plus.

L'article 2 de la Loi précitée pose ainsi la règle de la non-rétroactivité de la loi nouvelle:

La loi nouvelle n'a pas d'effet rétroactif: elle ne dispose que pour l'avenir.

Ainsi, elle ne modifie pas les conditions de création d'une situation juridique antérieurement créée ni les conditions d'extinction d'une situation juridique antérieurement éteinte. Elle n'altère pas non plus les effets déjà produits par une situation juridique.

6. Trois cas de divergence entre la police et la proposition

Trois décisions portant sur des divergences entre la police et la proposition ont retenu notre attention, les deux premières ayant trait à l'assurance de dommages, la troisième à l'assurance de personnes.

¹⁰ *A.H. Chester et autres c. Royal Insurance Co. Ltd.*, (1995) R.R.A. 643.

512

D'abord, dans une affaire¹¹ relative à l'incendie d'une ébrancheuse, l'assureur soutenait que l'assuré n'avait pas respecté une disposition de sa police prévoyant que ce dernier s'engage à voir à l'entretien régulier de l'équipement d'extinction et à le faire vérifier au moins une fois par année. Il semble que cette condition, non usuelle, ait été ajoutée au moyen de formulaires distincts. D'autre part, la proposition a été faite verbalement par téléphone au courtier: l'assuré recherchait une protection standard. Le tribunal conclut que la police contenait des divergences entre la police et la proposition.

Dans l'affaire *J.A. Martin & Fils Limitée c. Hercules Auto Parts Inc.*, la Cour d'appel a conclu qu'une police dite « tous risques » (une telle police n'ayant de « tous risques » que le nom, il vaudrait mieux l'intituler « tous risques, sauf », ainsi qu'elle est désignée en France) pouvait induire en erreur un profane assuré qui interprète ce titre de police dans son sens courant. La proposition de l'assureur référerait à une police « tous risques », mais elle était muette sur les diverses restrictions et exclusions que cette police contenait, par exemple, dans l'affaire ici examinée, l'exclusion relative aux inondations et aux refoulements d'égouts. Le tribunal a vu une divergence entre la police et la proposition et il a conclu que l'assureur ne pouvait invoquer cette exclusion, puisqu'il avait omis de la mentionner à l'assuré, par écrit et dans un document distinct, comme le prévoit l'article 2400 C.c.Q.

Ce jugement nous semble mal fondé, car le but d'une proposition, qui est une offre de contracter de l'assuré, n'est pas de reproduire des conditions contractuelles de la police. Une divergence devrait être normalement une contradiction entre la demande de l'assuré, tel étant le but d'une proposition, et le contrat d'assurance à être émis. Par exemple, si l'assuré demande d'être assuré à concurrence de 5 000 000 \$ et que la police d'assurance de responsabilité civile est émise pour un montant moindre. Nous sommes d'avis que la divergence dont

¹¹ *Denis Perron c. Compagnie d'assurance Canadienne Universelle Ltée/Gore Générale Compagnie d'assurance*, (1995) R.R.A. 686.

fait état l'article 2400 C.c.Q. ne doit s'apprécier que par rapport à la demande de l'assuré.

La troisième décision en matière d'assurance de personnes concerne un assuré dont l'invalidité a été établie et qui recevait, depuis la survenance d'une entorse lombaire, des prestations mensuelles supérieures à 80 % de son salaire mensuel moyen, gagné au cours des douze mois précédant le début de son incapacité totale. Sa police d'assurance de personnes prévoyait alors une réduction de l'indemnité mensuelle garantie:

L'indemnité mensuelle garantie par la présente police est réduite du montant de toutes lesdites indemnités combinées stipulées dans la présente Partie dépassant lesdits 80 %.

513

La défenderesse soutenait que la proposition ne suggérait pas que l'indemnité à être versée était variable.

Dans sa décision, le Tribunal¹² ne peut présumer que les attentes légitimes de l'assuré étaient assujetties à un tel calcul. Bien que le Tribunal constate que toute différence ne soit pas une divergence, il considère, en l'espèce, que les attentes de l'assuré étaient simples et qu'il s'agissait véritablement d'une divergence qui, selon l'ancien article 2478 C.c., aurait dû faire l'objet d'un avis écrit de la part de l'assureur.

Une courte réflexion s'impose. En élargissant constamment le champ de l'assurance, la jurisprudence est en train de ruiner l'économie des contrats d'assurance. L'assureur doit en tirer rapidement une leçon: il doit être clair, explicite et précis, dans l'acceptation des propositions, sinon il expose ses polices au couperet de nos juges. S'il existe une divergence entre telle proposition et la police à être émise, il doit la communiquer à l'assuré dans un document distinct avant d'émettre la note de couverture ou la police. Le problème fondamental porte sur la qualification du mot « divergence », tel qu'illustré dans la deuxième décision ici étudiée, et aucun tribunal ne s'est penché, jusqu'à présent, sur cet épineux problème.

¹² *Marcel Fournier c. La Mutuelle d'Omaha, Compagnie d'assurance*, (1995) R.R.A. 663.

7. Un assureur ontarien condamné à des dommages punitifs

Un assureur ontarien a été condamné, en plus du paiement de dommages correspondant à l'indemnité recherchée, à des dommages punitifs totalisant un million de dollars pour avoir rejeté sans motifs une demande d'indemnisation, faite en vertu d'une assurance de propriétaire occupant. Dans cette affaire¹³, l'assureur alléguait que la réclamation de l'assuré découlait d'un incendie criminel, alors que l'expert en sinistre représentant l'assureur avait recommandé, après enquête, le paiement de l'indemnité.

514

Le montant alloué par un jury¹⁴, qui représente environ quatre fois le montant de la réclamation, est sans précédent au Canada. Ce jugement a été porté en appel.

8. Le gouvernement peut pulser dans les fonds accumulés de la SAAQ

Dans un jugement rendu en août 1996, la Cour d'appel a décidé que le gouvernement du Québec peut utiliser à sa guise les surplus accumulés par la Société de l'assurance automobile du Québec, renversant ainsi le jugement rendu par la Cour supérieure, en juin 1994, qui avait alors accueilli la requête de M. Carol Villeneuve.

Devant les ponctions de 2,2 milliards de dollars effectués par le gouvernement québécois depuis 1987, versés dans le fonds consolidé du revenu, le requérant prétendait qu'un tel transfert de fonds devait être déclaré illégal et inconstitutionnel et constituait une taxe indirecte.

La Cour d'appel a justifié sa décision en invoquant le principe de la souveraineté du Parlement.

¹³ *Whiten c. Pilot Insurance Co. et al.* (1996) D.L.R. (4th) 568 (Ont. Div. gén.)

¹⁴ Au Québec, les procès devant jury ne sont pas permis dans les causes civiles.

Chronique actuarielle

par
divers collaborateurs
de MLH + A Inc.

Tirer meilleur profit de votre régime d'assurance collective

Dans les années 1970, nous avons tous été témoins de la croissance fulgurante des régimes d'avantages sociaux. Le contexte socio-économique de l'époque favorisait la générosité de l'État et des employeurs envers les travailleurs. Alors que les gouvernements prenaient en charge la majorité des dépenses sociales des citoyens, bon nombre d'employeurs s'empressaient, par le biais de leur(s) régime(s) d'avantages sociaux, de protéger leurs employés contre tous les autres risques financiers. L'implication des travailleurs dans cette escalade d'avantages se limitait, plus souvent qu'autrement, à la constatation des améliorations apportées par leur employeur ou par l'État à leur régime d'avantages sociaux.

515

Pendant les années 1980 et le début des années 1990, les régimes d'avantages sociaux et, plus particulièrement, les régimes d'assurance collective ont continué leur essor. Cependant, le climat social, politique et économique des dernières années ainsi que la situation des finances publiques ont fait en sorte que le discours a passablement changé. En effet, nous avons été témoins, au cours des dernières années, de changements aussi majeurs que :

- l'imposition complète, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, des primes d'assurance-vie payées par l'employeur ;
- l'imposition au Québec des primes d'assurance-maladie et de soins dentaires payées par l'employeur ;

- l'augmentation considérable des coûts des régimes d'assurance collective ;
- le désengagement continu de l'État face aux régimes sociaux.

Paradoxalement, quelques provinces ont accru leur participation dans certains domaines comme le Trilium Drug Plan en Ontario ou le nouveau régime d'assurance-médicaments du Québec.

516

Parallèlement à cela, nous constatons depuis quelques années que de nombreux employeurs ont entrepris un virage important au sein de leur gestion organisationnelle. Par cette remise en question, nous avons constaté l'apparition d'objectifs tels que la formation, la communication et la responsabilisation visant une plus grande participation des employés.

La participation des employés

Les régimes d'assurance collective privés ont été mis en place pour satisfaire et protéger les employés tout en leur permettant de profiter des avantages fiscaux non négligeables qui en découlent. Puisque le coût moyen d'un régime d'assurance collective représente entre 3 % et 5 % de la masse salariale d'une entreprise, il devient primordial que ces régimes répondent aux besoins de ceux pour qui ils ont été mis sur pied, d'où l'importance de l'implication des employés dans l'élaboration de leur régime d'avantages sociaux. D'ailleurs, la popularité des régimes de type flexible n'est pas étrangère à cette constatation.

Il existe plusieurs formes de consultation qui peuvent être faites auprès des employés. Elle peut se faire par le biais d'un journal d'entreprise, par des communiqués, par des sondages d'opinion, par des *focus groups* ou par des comités spéciaux. De plus, la participation des employés devient un atout important dans la réalisation de plusieurs types de projet. La restructuration des programmes d'avantages sociaux, la mise sur pied d'un régime flexible, la communication d'une participation financière plus importante de la part des employés ou tout

simplement des modifications aux couvertures d'assurance en sont des exemples. Le forum de discussion qui gagne en popularité ces derniers temps est le comité d'assurance. Un tel comité, nous le verrons, peut être mis sur pied pour un projet bien défini mais peut également être créé sur une base permanente. Peu importe la raison de sa mise en place et la durée du ou des projets sur lesquels le comité devra travailler, certaines règles de base doivent être observées.

Rôles du comité d'assurance

517

Le rôle principal du comité est de s'assurer de façon constante que les protections d'assurance répondent aux besoins des employés tout en ayant à l'esprit la contrainte des coûts. Par ailleurs, il est essentiel qu'un tel comité ne soit pas décisionnel, son rôle se limitant à faire des recommandations qui devront ensuite être acceptées par les groupes d'employés ou par l'employeur.

Finalement, il est important que ce comité soit une entité distincte de tout autre comité de l'entreprise. En effet, si l'on veut que le comité joue son rôle à 100 %, il est important que ce dernier se consacre uniquement aux sujets traitant d'assurance collective.

Composition du comité

Plusieurs éléments sont à considérer au moment de la création du comité. Entre autres, le nombre de membres ainsi que la proportion *représentants des employés / représentants de l'employeur* peut différer grandement d'une entreprise à l'autre. Parmi les critères à considérer, mentionnons :

- la diversité des régimes ;
- la distribution géographique des employés ;
- la présence d'un syndicat ;
- le nombre de catégories différentes d'employés ;

- la participation financière des employés au coût du régime.

Néanmoins, le comité devrait compter parmi ses membres un représentant de chacun des services suivants :

- ressources humaines ;
- comptabilité / finances ;
- relations de travail.

518

De plus, chaque catégorie d'employés devrait être représentée par un membre choisi par l'employeur ou par les employés appartenant à cette catégorie. La présence d'un expert externe est également souhaitable afin de faciliter l'orientation des discussions. Finalement, la présence occasionnelle d'un représentant de l'assureur peut compléter la composition du comité d'assurance.

Indépendamment du nombre de membres formant le comité, certains principes doivent être respectés :

1. Formation des membres

Il est impératif que chacun des membres ait une connaissance de base des éléments composant un régime d'assurance collective. Si tel n'était pas le cas, la présence de certains membres, mal informés, serait peu utile et ne ferait que retarder la bonne marche du comité. Ainsi, il faudrait prévoir dès la première rencontre une séance de formation des membres afin de s'assurer que tous maîtrisent ces éléments de base.

2. Connaissance de l'organisation

L'employeur devra nommer, parmi ses représentants, un membre bien au fait de la culture et des stratégies organisationnelles de l'entreprise. Cette règle de base revêt une importance particulière si l'on veut éviter que les recommandations du comité d'assurance soient souvent remises en question par la haute direction de l'entreprise. Sans cet élément, les employés perdront confiance en l'utilisation du

comité. Ainsi, le membre en question pourra, durant les réunions du comité, indiquer certaines contraintes que l'entreprise peut avoir face à diverses situations.

3. Permanence des discussions

Puisque plusieurs idées seront échangées durant les réunions et que plusieurs recommandations seront émises, il est souhaitable qu'un ordre du jour et un procès-verbal soient dressés pour chaque réunion. De cette façon, si le comité a été mis sur pied sur une base permanente, il sera facile de consulter les recommandations des années antérieures sans avoir à faire appel à la mémoire de tous. Cette règle est d'autant plus importante que dans les comités permanents, il est fort probable que la composition du comité soit modifiée au fil des années.

519

Sujets traités

La fréquence des réunions dépend évidemment des travaux que le comité envisage élaborer. Les sujets à discuter sont fort nombreux et peuvent inclure les suivants :

- analyse du design du régime d'assurance collective ;
- contrôle des coûts ;
- appel d'offres auprès d'assureurs ;
- analyse du renouvellement de la tarification ;
- suivi de l'évolution de l'expérience du régime ;
- analyse des états financiers ;
- stratégie de communication auprès des employés ;
- analyse des réclamations litigieuses.

L'agenda d'un comité d'assurance peut donc être très bien rempli au cours d'une année. Les divers sujets sur lesquels le comité devra se pencher démontrent bien que la formation initiale des membres et la présence d'un expert sont des éléments-clés dans le succès du comité d'assurance. De plus, la

présence d'un représentant de l'assureur peut faire épargner du temps puisque plusieurs éléments peuvent être réglés, ou du moins débattus avec ce représentant, lors des rencontres du comité.

520 Finalement, le comité d'assurance peut être créé sur une base temporaire pour traiter d'un sujet bien particulier, tel l'implantation d'un programme d'aide aux employés. Cependant, puisqu'un régime d'assurance collective évolue selon la situation économique générale, la situation financière de l'entreprise, la démographie du groupe des employés et les diverses modifications apportées aux régimes étatiques, le caractère permanent du comité devient une option intéressante à considérer.

Quels sont les avantages?

Bien que louables, les principes énoncés jusqu'à présent ne répondent pas à plusieurs questions que la direction d'une entreprise soulèvera lors de la présentation d'un tel projet :

- « Quels avantages financiers allons-nous tirer d'un tel processus? »
- « Pourquoi mobiliser autant d'employés pour un régime d'assurance collective? »
- « Nous avons déjà un service des ressources humaines qui s'occupe fort bien de nos régimes d'avantages sociaux, alors pourquoi impliquer d'autres employés dans ce champ d'activités? »

Toutes ces questions méritent en effet d'être analysées plus en profondeur et trouveront sûrement réponse parmi les avantages suivants :

Les régimes d'assurance collective ont avant tout été mis sur pied pour la satisfaction des employés. Ainsi leur participation aux décisions résultera en une meilleure appréciation de leurs régimes et en l'acceptation des coûts qu'ils représentent.

Les décisions importantes et parfois difficiles qui, trop souvent, reposent sur les épaules d'un seul employé, auront été analysées préalablement par le comité.

Une communication accrue entre l'employeur et ses employés améliorera le climat de confiance et de travail.

Des employés bien informés, quant à leurs couvertures et aux coûts qui y sont reliés, seront sensibilisés aux augmentations de primes et pourront ainsi modifier leurs habitudes de consommation des soins de santé.

521

Finalement, des employés bien renseignés opposeront moins de résistance face à des modifications à leur régime d'assurance collective qui pourraient autrement être mal comprises.

Conclusion

Depuis le début des années 1990, la hausse des coûts des régimes d'assurance collective a provoqué une remise en question de la structure des régimes offerts aux employés. Il est maintenant fréquent d'entendre des directeurs des ressources humaines ou des directeurs des finances parler de contrôle des coûts, de sensibilisation des employés, de responsabilisation des employés, de désuétude du régime d'assurance collective, de responsabilité de l'employeur, de flexibilité des régimes et ainsi de suite.

Étant donné cette prise de conscience, bon nombre d'entreprises ont déjà commencé, sinon terminé, la restructuration de leur(s) régime(s) d'avantages sociaux. Malgré tout, nous constatons qu'il existe encore plusieurs régimes qui sont demeurés intacts en raison de l'opposition des employés ou de l'employeur face à de trop grands changements, ou tout simplement par manque de temps.

Lorsqu'une entreprise dépense des sommes non négligeables pour un régime d'assurance collective, il est plus que souhaitable que les employés en reconnaissent la juste valeur afin d'en profiter pleinement. Le comité d'assurance n'est pas la

solution unique à la résolution de l'escalade des coûts. Toutefois, la participation des employés à la conception ou la révision d'un régime ne peut que faire augmenter les chances d'une transition harmonieuse.

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.

MÉDIATION ET ARBITRAGE EN ASSURANCES.

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

L'HONORABLE ALBERT H. MALOUF, C.R., CONSEIL

Borden • DuMoulin • Howard • Gervais
VANCOUVER CALGARY TORONTO MONTREAL

Une association de cabinets d'avocats canadiens

RUSSELL & DUMOULIN
1500, 1075 West Georgia Street
Vancouver
(Colombie-Britannique)
V6E 3C2
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.N.C.
Place Mercantile, 13e étage
770, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec)
H3A 1G1
Tél. : (514) 842-9831

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

MONTREAL

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



Sodarcancan inc.

*La plus importante société de portefeuille
indépendante à propriété canadienne
oeuvrant dans les domaines suivants :*

Courtage d'assurance

Dale-Parizeau International inc.

*Le plus important courtier d'assurance
à propriété canadienne.*

Membre du réseau international Excelnet

Courtage de réassurance

B E P International Holding inc.

*Seule société de courtage de réassurance sous
contrôle canadien.*

Un chef de file de l'industrie nord-américaine.

Actuariat et consultation en avantages sociaux

MLH + A inc.

*La plus importante firme d'actuaire et de conseillers
en avantages sociaux à contrôle canadien.*

Alliée au réseau international ASINTA.

PEPIN LETOURNEAU

AVOCATS

ALAIN LETOURNEAU, C.R.
CLAUDE PAQUETTE
ALAIN LAVIOLETTE
ANDRÉ CADIEUX
ANNE JACOB
PASCALE CARON
CHANTAL TREMBLAY

Le bâtonnier GUY PEPIN, C.R.
ÉMILIE VALLÉE
GAÉTAN H. LEGRIS
CHARLES E. BERTRAND
CHANTALE MASSÉ
GUYLAINE MALLETTTE

ROBERT J. LAFLEUR
DANIEL LETOURNEAU
MICHEL BEAUREGARD
JEAN-FRANÇOIS LÉPINE
YVES CARIGNAN
GILBERT HOURANI

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

MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET

Société en nom collectif

AVOCATS

Michel Marchand
Paul A. Melançon
Yves Tourangeau
François Shanks
Michel Savonitto
François Haché

Pierre Magnan
Bertrand Paiement
Alain Falardeau
Jean-François Desjèlets
Lyne Beauchamp
Ruth Veilleux

Yves Forget
Serge Boucher, M.B.A.
Francis C. Meagher
Marie-Claude Thibault
Annamaria Mongillo
Jean-François LeMay

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 4L6
Téléphone : (514) 393-1155
Télécopieur : (514) 661-0727

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

Martineau Walker

AVOCATS

GROUPE EN DROIT DE L'ASSURANCE

<i>Benoît Mailloux</i>	(418) 640-2012
<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
<i>Julien Reid</i>	(418) 640-2011
<i>Jean-François Hébert</i>	(418) 640-2024
<i>Benoît Moore</i>	(514) 397-7571

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

DESMARAI 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



Bureau d'expertise des assureurs ltée

**dans chaque région
dans chaque province**

SIEGE SOCIAL MONTREAL

Serge M. LaPalme, F.I.A.C.
Président et chef de la direction

André Mancini, A.I.A.
Vice-président du marketing / ventes

Téléphone (514) 735 3561
Télexcopieur (514) 735 8439

BUREAU DE LA DIRECTION TORONTO

Serge M. LaPalme, F.I.A.C.
Président et chef de la direction

Téléphone (416) 214 2600
Télexcopieur (416) 214 2601

HALIFAX DIVISION DE L'ATLANTIQUE

Roger M. Leduc
Vice-président

Kenneth C. Harnry
Directeur du marketing

Téléphone (902) 423 9287
Télexcopieur (902) 422-5144

**MONTREAL-DIVISION DU QUÉBEC
DIVISION DE L'ESTIMATION**

Clermont Chastel
Vice-président directeur

Denise L. Hamel, A.I.A.
Directrice du marketing / ventes

Téléphone (514) 735 3561
Télexcopieur (514) 735 8439

TORONTO-DIVISION DE L'ONTARIO

Grant Sawyerby
Vice-président

Cameron R. Leathier
Directeur du marketing
Développement de la clientèle

Deborah Reimison
Directrice du marketing
Service à la clientèle

Téléphone (416) 214 2600
Télexcopieur (416) 214 2601

CALGARY-DIVISION DES PRÉRIES

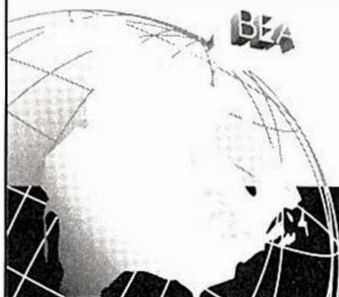
W.A. (Bill) Toibis
Vice-président

Téléphone (403) 296 1300
Télexcopieur (403) 296 1310

**VANCOUVER-DIVISION DU
PACIFIQUE**

J.W. Jack Egery, A.I.A.
Vice-président

Téléphone (604) 694 1581
Télexcopieur (604) 694 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**

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

"...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



Depuis plus d'un siècle et demi....

C'est une tradition chez nous de s'adapter aux nouveaux besoins et exigences des Québécois.

Des centaines d'agences font équipe avec la Compagnie d'Assurance du Québec et l'Assurance Royale pour offrir un service professionnel à une clientèle de plus en plus exigeante.

Un service de règlement rapide, fiable et équitable est une autre raison pour laquelle ils nous accordent leur confiance... comme les agents d'antan.

Compagnie d'Assurance du Québec 

Associée avec l'Assurance Royale depuis 1961



Une nouvelle puissance sur le marché mondial de l'assurance

Nous gérons tous les aspects du risque. Nous offrons tous les types d'assurance. Nous pouvons répondre à vos besoins à peu près partout.

Nous sommes Dale-Parizeau International inc. et nous faisons maintenant partie d'ExcelNet, un réseau international formé de six courtiers-conseils en gestion de risque parmi les plus importants et les plus respectés au monde.

Grâce à la création d'ExcelNet, Dale-Parizeau International inc. peut maintenant compter sur des partenaires d'assurance d'envergure, représentés par 243 bureaux dans 70 pays.

Peu importe où vous faites des affaires, vous pouvez compter sur Dale-Parizeau International inc. et sur ExcelNet pour un service de qualité supérieure dans le monde entier.



Dale-Parizeau
INTERNATIONAL INC.

COURTIERS-CONSEILS EN ASSURANCES
ET SERVICES FINANCIERS

excelNet

 **Bain Hogg**
An Inchcape Company

 **Boels & Bégault**

 **Dale-Parizeau**
INTERNATIONAL INC.

Acordia

CECAR

 **Inchcape**
Insurance Services



DIALOGUER AU PRÉSENT | DÉCIDER POUR L'AVENIR

MLH + A INC., actuaires et conseillers

Montréal Québec Laval Toronto Hamilton Edmonton Calgary Vancouver

**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.

LA DIRECTION

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.

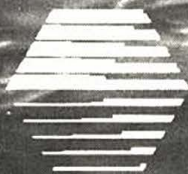
THE MANAGEMENT

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



Sodarcen Inc.