

Assurances

Revue trimestrielle

Janvier 1997 - N° 4

Mot du directeur de l'École des HEC
Financial Decision Model
L'attente raisonnable de l'assuré
Insurance Fraud

Mot de bienvenue du directeur de l'École des HEC
Financial Decision Model for the Property/Liability Insurer
Automobile Insurance Fraud Estimation
La théorie de l'attente raisonnable de l'assuré
The criterion of a *Normally Provident Insured*
La légitimation historique de l'intermédiation
Financial Instruments and Reinsurance

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 tuyou 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

Assurances

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

La revue *Assurances* est la propriété de l'École des Hautes Études Commerciales
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 2A7



Membres du Comité de la Revue

Claire Boisvert, Georges Dionne, Christian N. Dumais, Odette Lavoie, Didier Lluelles,
Louise Ménard, Denis Moffet, Rémi Moreau et Christopher J. Robey

Directeur

Georges Dionne

Rédacteur en chef

Rémi Moreau

Responsable de l'administration

Claire Boisvert

Administration

École des Hautes Études Commerciales
Chaire de gestion des risques
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 2A7

Téléphone: (515) 340-5646

Télécopieur: (514) 340-5019

revue.assurances@hec.ca

Prix au Canada

50 \$ – Le numéro 15 \$

Prix à l'étranger

L'abonnement 54 \$ – Le numéro 17 \$

Ancien numéro

Si disponible 5 \$ l'exemplaire

Les articles publiés dans *Assurances* 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 Periodical Index

Repère

Les articles n'engagent que leurs auteurs.

On ne peut reproduire, enregistrer ou diffuser aucune partie de cette publication sans avoir obtenu, au préalable, l'autorisation du directeur ou du rédacteur en chef.

Dépot légal

ISSN 0004-6027

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Envoi poste publication

Enregistrement no 1638

Port payé à Montréal

Assurances

64^e année, numéro 4, janvier 1997

MOT DU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES COMMERCIALES
par Jean-Marie Toulouse 523

FINANCIAL DECISION MODEL FOR THE PROPERTY-LIABILITY INSURER:
AN ALTERNATIVE TO THE NAIC MODEL INVESTMENT LAW
by James E. Bachman and Joan Lamm-Tennant 525

LA THÉORIE DE L'ATTENTE RAISONNABLE DE L'ASSURÉ
par Marie-Chantal Thoulin 545

INSURANCE FRAUD ESTIMATION: MORE EVIDENCE FROM
QUEBEC AUTOMOBILE INSURANCE INDUSTRY
by Louis Caron et Georges Dionne 567

THE CRITERION OF A *NORMALLY PROVIDENT INSURED*: AN INTERPRETATION
by Daniel Cooper 579

LA LÉGITIMATION HISTORIQUE DE L'INTERMÉDIATION DANS LE SECTEUR
DE L'ASSURANCE DE DOMMAGES : LE CAS DE LA FRANCE
par Bertrand Venard 601

CAN FINANCIAL INSTRUMENTS BE USED AS
A SUBSTITUTE FOR REINSURANCE
by Mohez Remtulla 621

LES CHRONIQUES

FAITS D'ACTUALITÉ, par Rémi Moreau 627

1. Deux Chaires universitaires distinctes, au Québec, oeuvrant dans les domaines de l'assurance et de la gestion des risques. 2. La distribution des produits et services financiers au Québec. 3. Le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec (RCAQ). 4. La gestion du run-off et l'exemple Équitas. 5. Résultats de l'industrie de l'assurance canadienne I.A.R.D. – le deuxième trimestre de l'année 1996. 6. Grandes manoeuvres dans la réassurance. 7. Le premier assureur mondial sera désormais français. 8. Un nouvel Inspecteur général des institutions financières. 9. Le 40^e Rendez-vous de septembre. 10. Cinq écrasements successifs d'avions en l'espace de 30 jours et survol des catastrophes aériennes depuis 1988. 11. Le grand marché européen de l'assurance: les conséquences en matière d'assurance. 12. L'été 1996: le pire été pour les assureurs canadiens – que disent les climatologues ? 13. Nouveau guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe.

REINSURANCE DIALOGUE, par David Wilmot	639
Price of Security. ECO and XPL Clauses.	
GARANTIES PARTICULIÈRES, par Rémi Moreau	647
L'assurance automobile revisitée.	
CHRONIQUE ACTUARIELLE, par divers collaborateurs de MLH + A	653
Des changements à l'horizon en santé et sécurité au travail	
ÉTUDES TECHNIQUES, par Rémi Moreau	661
1. En assurance IARD, la rentabilité financière compense le déficit technique des assureurs canadiens. 2. Les nouveaux outils financiers. 3. Le risque de fraude: jusqu'où va la partie immergée ?	

MOT DU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES COMMERCIALES

Le numéro d'octobre 1996 vous annonçait que la compagnie Sodarcane faisait don de la revue Assurances à l'École des Hautes Études Commerciales. Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Sodarcane et ses dirigeants. Par ce geste, ils assurent la continuité à une revue publiée au Québec depuis 64 ans. Notre milieu compte très peu de revues qui ont vécu de si nombreuses années. Ce succès exceptionnel, nous le devons à M. Gérard Parizeau, qui a dirigé la revue pendant plus de 50 ans et à Sodarcane, qui a pris les moyens pour poursuivre l'œuvre de M. Parizeau.

L'École des Hautes Études Commerciales est très heureuse d'obtenir la revue Assurances et ce, pour trois raisons. La première est que nous sommes très fiers d'accepter le don d'une revue qui a été fondée par une personne qui, pendant plusieurs années, a été l'un de nos professeurs. Plusieurs de nos diplômés se souviendront des enseignements dispensés par M. Gérard Parizeau.

La deuxième raison est que Assurances est une revue spécialisée dont la réputation et la qualité sont reconnues tant au Québec qu'au Canada.

Et enfin la troisième, tout simplement que la présence de cette revue s'inscrit dans notre stratégie globale de mise sur pied d'une Chaire en gestion des risques. Cette chaire, dont le titulaire est le professeur Georges Dionne, aura trois domaines d'intérêts : la gestion des risques d'assurances, la gestion des risques financiers de l'entreprise et le comportement individuel face aux risques. La revue Assurances s'intègre parfaitement à nos projets dans le domaine de l'assurance, d'autant plus que le concept de risque est central dans le domaine de l'assurance.

Accepter ce don, c'est aussi accepter une responsabilité et deux défis. La responsabilité se situe au niveau de la continuité, comme le souligne à juste titre Robert Parizeau dans le numéro d'octobre 1996. Quant aux défis, le premier est de chausser les souliers d'un pionnier dans le domaine, soit ceux de Gérard Parizeau. Peu de personnes ont réussi à diriger une revue qui se situe à l'intersection de la pratique et de la théorie sur une période aussi longue. Le deuxième défi consiste en celui de l'innovation. En effet, nous désirons amener la revue vers d'autres sommets, tout en préservant soigneusement le chemin parcouru par nos prédécesseurs. Dans ses efforts d'innovation, l'École des Hautes Études Commerciales cherchera à maintenir les orientations tracées par le fondateur, tout en y ajoutant une touche recherche, de façon à marquer la cohabitation entre la pratique et la théorie. L'École des HEC espère être à la hauteur de vos attentes, lecteurs assidus de la revue Assurances.

A handwritten signature in black ink that reads "Jean-Marie Toulouse". The signature is written in a cursive style with a large, looping initial 'J'.

Jean-Marie Toulouse

FINANCIAL DECISION MODEL FOR THE PROPERTY-LIABILITY INSURER: AN ALTERNATIVE TO THE NAIC MODEL INVESTMENT LAW

by James E. Bachman
and Joan Lamm-Tennant

RÉSUMÉ

L'organisme américain désigné sous le nom *National Association of Insurance Commissioners* ou NAIC a mis au point un modèle de placement conçu dans le but de réglementer le placement des fonds des compagnies d'assurances provenant de leurs portefeuilles de risques «vie», «dommages» et «responsabilité». Devant les critiques engendrées par ce projet législatif, les auteurs suggèrent une approche alternative en vue d'établir et de contrôler l'allocation optimale de l'actif, la détermination appropriée du capital et l'évaluation du modèle proposé par NAIC.

ABSTRACT

In an attempt to curb the inappropriate investment practices of the past, the National Association of Insurance Commissioners (NAIC) have proposed the Model Investment Law. Although the most recent draft of the Model Investment Law is less complex and offers increased flexibility in certain investment areas, it continues to receive criticism since it uses a "pigeon hole" approach with asset limitations based on definitional classifications that apply to all companies. This paper proposes a methodology for establishing a strategic asset allocation for the property-liability insurer while recognizing the confounding influences of capital structure and product line mix. The methodology is developed in accordance with mean-variance efficiency on an after-tax basis.

The authors:

Mr. Bachman is Chairman and Chief Executive Officer, Aegis Insurance Services, Inc.
Mrs Lamm-Tennant is professor of Finance, College of Commerce and Finance, Villanova University.

The authors are grateful to the executive management of AEGIS Insurance Services, Inc for helpful insights into the financial decisions of the insurance company. They appreciate the technical assistance provided by Patrick Shunk.

■ I. INTRODUCTION

Managers of property-liability insurance companies are faced with difficult and interrelated decisions regarding asset allocation, capital structure and product line mix. That is, the optimal asset portfolio allocation reflects the insurer's liabilities and capital structure. Likewise, effective capital standards must recognize the insurer's assets' and liabilities' composition. *Given the wide differences in the financial structure and product mix across insurers, merely applying uniform standards on investment and capital decisions will be ineffective.*

The National Association of Insurance Commissioners has proposed the NAIC Model Investment Law (MIL), a law designed to regulate the investment portfolios of domestic life and property-liability insurers.¹ This proposed law continues to receive criticism since it uses a "pigeon hole" approach with asset limitations based on definitional classifications that apply to all companies. Babbel (1994) and Lamm-Tennant (1995) demonstrate that any attempt to prescribe a uniform "broad brush" investment strategy given the industry's diverse capital structures and liability characteristics should be suspect. Instead, the methodology should reflect the unique interdependencies of individual companies' product line mix, capital structure and targeted solvency standard.²

The purpose of this paper is to propose an alternate approach for establishing and monitoring optimal asset allocation, determining capital adequacy (risk-based capital) and assessing the impact of the NAIC Model Investment Law. The proposed strategic asset allocation model is intended for the individual property-liability insurer and will recognize the company's specific capital and liability structure. The approach is developed in accordance with mean-variance efficiency on an after-tax basis. Using the proposed methodology, optimal asset allocations are determined for a "typical" insurer while recognizing the limitations imposed by the Model Investment Law. Using the proposed methodology, a sensitivity analysis is performed across various asset limitations, capital structures and product line mix to analyze the implications of the Model Investment Law.

■ II. METHODOLOGY

Although the methodology set forth in this paper targets the asset allocation decision; the capital structure decision or the product

line mix decision could also be targeted. The methodology is developed in accordance with Modern Portfolio Theory (Markowitz, 1959) which has had important implications in prior applications to the management of pension funds and mutual funds. Past uses of Modern Portfolio Theory (MPT) as a foundation for modeling the insurer's financial decisions has been limited for four reasons: (1) the objective function is to maximize the expected return on assets yet the insurer is a bundle of both assets and liabilities whose interdependence needs to be managed; (2) it focuses on before-tax expected return on assets yet the insurance industry is largely taxable; (3) it fails to directly recognize the insurer's need for maintaining solvency; and (4) it typically produces an asset allocation solution inconsistent with regulatory guidelines. Although previous applications of MPT within the insurance industry have been limited, Bachman (1978), Bachman and Lang (1976) and Cummins and Nye (1981) utilize the principles of MPT for modeling the insurer's optimal product line mix.

The proposed methodology for determining and monitoring the insurer's asset allocation decisions relies on MPT as a foundation yet overcomes some of the previously identified limitations by recognizing the insurer's capital structure, product line mix, taxation and regulation. (See Meehan, Yoo and Fong (1993) for an after-tax optimization on nuclear decommissioning funds.) Product line mix is particularly important because of differing underwriting and total return margins by line. Also, the underwriting margin can be on either a gross or net basis reflecting the incidence and quality of reinsurance, a subject of considerable interest in Risk Based Capital discussions. By maximizing the after-tax return on equity (ROE) in accordance with MPT we consider not only the assets but also the insurer's specific product line mix, capital structure and taxes. (Recognition of regulation is discussed in a following section.) We can demonstrate this point by reviewing Equation 1, the statement for after-tax ROE.

$$ROE^{AT} = \left(\frac{P}{S} * \sum_i w_i ROU_i^{AT} \right) + \left(\frac{R}{S} * \sum_j w_j ROI_j^{AT} \right) + \left(\sum_j w_j ROI_j^{AT} \right) \quad (1)$$

where

ROE^{AT} = after-tax return on equity

P/S = insurance leverage = premium-to-surplus ratio

w_i = percent of business in line I

ROU^{AT} = after-tax return on underwriting

R/S = financial leverage = reserves-to-surplus

w_j = percent of assets invested in asset class j

ROI^{AT} = after-tax return-on-investments.

On an after-tax basis ROE is the sum of three terms: (1) the levered after-tax return on underwriting; (2) the levered after-tax return on funds provided by insurance reserves; and (3) the after-tax return on surplus. The product line mix is recognized in the first term since the return on underwriting (ROU) is the weighted average of the by-line ROU. Capital structure is recognized in both the first and second term. In the first term, ROU is multiplied by insurance leverage (premium-to-surplus) to derive a levered ROU. In the second term, return on investments ROI is multiplied by financial leverage (reserves-to-surplus) to derive a levered return on reserves.

In accordance with MPT, a quadratic programming model is developed whereby the optimal asset allocation maximizes the insurer's after-tax return on equity for each solvency target (ie. probability of surplus decline). In addition, constraints reflecting asset class limitations imposed by insurance regulation and capital market limitations are recognized within the modeling process.³ The following quadratic programming objective illustrates the intuition of the process:

Maximize: After-tax Return on Equity

Subject to:

- (1) the company's tolerance for risk (ie. minimal acceptable standard deviation or probability of 50% surplus decline)
- (2) the allocation to equities (internationals, growth, value, domestic index) must not exceed 25%
- (3) the allocation to mortgage-backed securities must not exceed 25%
- (4) the allocation to preferred securities must not exceed 15%
- (5) the allocation to international securities must not exceed 20%
- (6) the allocation to low grade fixed-income must not exceed 10%
- (7) the allocation to convertible securities must not exceed 5%
- (8) the allocation to international equities must not exceed 8%

- (9) the sum of all the asset allocations equal 100% and no allocation is negative.

The intent is to solve the allocation decision for incrementally increasing levels of risk as measured by either the standard deviation in after-tax ROE or the probability of surplus decline. We target the eventual probability of a 50% decline in surplus as our risk proxy, although any level of surplus decline may be modeled. Also we specify the time period as infinite, yet an interim time period may be specified. In essence, a range of efficient portfolio allocations is identified - one efficient portfolio allocation for each level of risk. Constraints 2 through 6 are motivated by the Model Investment Law. Constraint 7 is justified based on the size of the convertible security market relative to amount of investable assets.⁴ Constraint 8 is based on evidence indicating that the allocation to international equities should not exceed one-third of the allocation to domestic equities.⁵ Since equities are capped at 25%, then a sub-constraint is placed on international equities at 8% or approximately one-third the equity allocation. The final constraint assures that all assets are invested and no short sales are allowed. There are no constraints upon fixed income securities beyond those above.

For the purposes of this article a "typical" insurer is hypothesized. The insurer's a product line mix and capital structure is characterized by the industry's results accumulated by A. M. Best. Although this approach is acceptable for demonstrative purposes, the advantage of the methodology rests in its ability to specify optimal asset portfolios given specific company financial/product line characteristics and operating results.⁶

■ III. DATA

□ Asset Data

Time series return data on capital market assets was attained on twenty-one capital market asset classes and styles. Asset styles were simulated for both the equity and fixed-income asset classes. For example, as opposed to simulating domestic equities as one asset class, the various management styles are recognized. Consequently three domestic equity asset classes are modeled, namely, value, growth and indexed. Likewise, the international fixed income class is modeled as unhedged world fixed-income, hedged world fixed-income, unhedged foreign fixed-income,

TABLE I
CAPITAL MARKET ASSET CLASS RETURN PROXY

ASSET CLASS	PROXY
<p>Fixed Income Securities: US Treasury Bill Intermediate Treas. Note Long Term Treas. Bond 30-Year Treas. Bond Intermediate Municipal Bond Long Term Municipal Bond Intermediate Corporate Bond Long Term Corporate Bond Mortgage Backed Security High Yield Bond</p>	<p>Salomon Brothers Treasury Index Shearson Lehman Intermediate Treasury Index Shearson Lehman Long Treasury Index Ryan Labs 30-Year Treasury Index Equal Weight of: Dreyfus Intermediate Municipal Bond, Scudder Medium-Term Tax-Free and Vanguard Municipal Intermed. Term Equal Weight of: T. Rowe Price Tax-Free Income, SAFECO Municipal Bond and Scudder Managed Muni Bonds Shearson Lehman Intermediate Corporate Index Shearson Lehman Long Corporate Index Lehman Brother Mortgage Backed Securities Index CS First Boston High Yield Bond Index</p>
<p>Hybrid Securities: Convertible Security Preferred Stock</p>	<p>CS First Boston Convertible Securities Index S&P Preferred Stock Index</p>
<p>Structured Security: Laddered Treasury</p>	<p>Cash Flow Match Against Treasury Securities</p>
<p>Equity Securities: Domestic Equity Passive Growth Value</p>	<p>S&P500 Index Equal Weight of: Janus, Scudder Capital Growth and Twentieth Century Ultra Investors Equal Weight of: Fidelity Equity Income, T.Rowe Price Equity Income and Washington Mutual Investors</p>
<p>International Securities: International Equity World Fixed Income - Hedged World Fixed Income - Unhedged Foreign Fixed Income - Hedged Foreign Fixed Income - Unhedged</p>	<p>EAFE Index Salomon World Government Bond Index - Hedged Salomon World Government Bond Index - Unhedged Salomon WGBI - Excluding US and Hedged Salomon WGBI - Excluding US and Unhedged</p>

hedged foreign fixed income.⁷ A “Laddered” asset class was simulated by staggering the coupons and maturities on treasury securities such that they form a cash flow match with consolidated insurance liability payouts.⁸ Table 1 displays the twenty-one asset classes/styles and the index selected as the proxy.

For each capital market asset class, total return time series data, and the capital gain and income components of the total return were obtained using a generally accepted asset class index. For example, monthly time series data is from February 1973 to January 1995 representing four complete market cycles.⁹ The component return data is necessary to support the tax adjustment in deriving after-tax returns. Also a typical turnover rate as well as tax rates on capital gains and income were assumed to support the after-tax return calculation. Investment management styles, such as growth equities or value equities, are simulated using performance data on mutual funds professing adherence to the style. In the case of municipal bonds, mutual fund data was used to attain the break-out of total return into its components - capital gain and income.

Liability Data

The approach taken in this paper relies on statutory accounting data. For each line of business, underwriting return data is provided on a before-tax basis by A. M. Best. Given by-line, before-tax underwriting returns from 1973 through 1993, after-tax underwriting returns were proxied by applying industry wide tax rates uniformly across lines for each year. Although this becomes a proxy, at best, it is acceptable for demonstration purposes. When applying the process to a specific insurer, the accuracy of estimating after-tax underwriting returns across time is improved since their specific tax structure can be applied.

Capital Structure Data

As stated in Equation 2, the insurer’s by-line financial leverage (reserves-to-surplus) is the product of insurance leverage (premiums-to-surplus) times the reserve-to-premium ratio.

$$\frac{\text{Reserves}}{\text{Surplus}} = \frac{\text{Premium}}{\text{Surplus}} * \frac{\text{Reserves}}{\text{Premium}} \tag{2}$$

The total financial leverage for the insurer becomes a weighted average of the by-line financial leverage whereby the percent of premiums to total serve as the weights.

In order to proxy the "typical" insurer's by-line financial leverage, we must derive estimates of (1) insurance leverage and (2) the reserve-to-premium ratio. Insurance leverage was measured as 1.40 based on the industry wide premium-to-surplus ratio reported by A. M. Best. The by-line reserve-to-premium ratio was proxied through simulation based upon product line mix.

Table 2 below illustrates the simulation of the reserve-to-premium ratio for two lines of business - automobile liability and automobile collision. For automobile liability, with an average loss ratio of 0.764, Table 2 indicates that as of midyear in the first year, 65.69% of the initial reserve is still outstanding. Per \$1 of premium, \$0.502 ($.6569 \times .764$) of the initial loss reserve remains outstanding. Similarly, in the fifth year, the midyear percent outstanding is 0.047 of the initial reserve. If a company were underwriting automobile liability at a constant amount of premium for several years, then, according to Table 2 at any point in time after 14 years it would have \$1.134 of outstanding reserves per \$1 of premium. In the case of automobile collision, there would be \$0.12 of outstanding

TABLE 2
DEVELOPMENT OF THE RESERVE-TO-PREMIUM RATIO

End of Year	AUTO - PRIVATE- LIABILITY Avg. Loss Ratio: 0.764			AUTO - PRIVATE- COLLISION Avg. Loss Ratio: 0.644		
	Percent Paid Out	Percent of Reserve Remaining	\$ Amount of Reserve Remaining	Percent Paid Out	Percent of Reserve Remaining	\$ Amount of Reserve Remaining
Initial		1.00	0.764		1.00	0.644
1	34.31	65.69	0.502	83.11	16.89	0.109
2	30.88	34.81	0.266	15.78	1.11	0.007
3	15.03	19.78	0.151	0.54	0.57	0.004
4	8.82	10.96	0.084	0.57		
5	4.76	6.20	0.047			
6	2.73	3.47	0.027			
7	1.24	2.23	0.017			
8	0.63	1.60	0.012			
9	0.23	1.37	0.010			
10	0.31	1.06	0.008			
11	0.31	0.75	0.006			
12	0.31	0.44	0.003			
13	0.31	0.13	0.001			
14	0.13					
15						
Reserve to Premium Ratio: 1.134				Reserve to Premium Ratio: 0.120		

reserve per \$1 of premium. Hence the reserve-to-premium ratio of automobile liability equals 1.134 and 0.12 for automobile collision. If the business mix were equally weighted, then the company reserve-to-premium ratio would be 0.627.

■ IV. RESULTS

□ Computation of Input Estimates

The necessary inputs for the objective statement are proxies for the after-tax expected return for each insurance line of business and for each capital market asset class. For individual asset classes or lines of business, the mean-variance model utilizes the arithmetic average of historic after-tax returns as the proxy for the next period after-tax expected return. The objective statement is constrained by the company's risk tolerance (or, alternately, the company's targeted solvency margin). Risk is measured by the standard deviation in the after-tax ROE. Using the standard deviation and the after-tax expected ROE we derive an alternate risk proxy, the probability of a 50% surplus decline. Hence, the inputs needed for our risk proxy include (1) the standard deviation of each asset class/style returns across time, (2) the standard deviation of each product line returns across time, and (3) the covariance or correlation between all paired combinations of after-tax returns generated by asset/style classes and insurance lines of business.

More recent application of mean-variance model blend forward-looking simulations of the term structure of interest rates with traditional concepts from equity management when deriving the asset class expected returns. Although the approach taken here within is based on traditional MPT, these recent developments may be easily incorporated into the analysis.

□ Simulation of Current Industry Benchmarks

Table 3 below displays the current condition for the "typical" property-liability insurer to establish benchmark values for the expected after-tax return on equity and probability of surplus decline given the insurer's current asset allocation, business diversification and capital structure. As reported in Table 3, the insurance leverage (premium-to-surplus) for the insurer is currently 1.40 and the financial leverage (reserves-to-surplus) is 1.66. The business diversification is measured as the percent of by-line premiums

**TABLE 3
BENCHMARK VALUES**

INPUTS			
Premium to Surplus: 1.40			
Liability Classes	Mix (%)	Asset Classes	Mix (%)
Allied/Fire	3.9	Int'l Equity	
Auto - Comm. - Liability	6.0	Growth Equity	
Auto - Comm - Collision	2.1	Equity	17.0
Auto - Private - Liability	29.3	Value Equity	
Auto - Private - Collision	16.9	Treas - 30 Year	
Burglary/Theft/Glass	0.1	Intl Fix Inc (XU)*	
Fidelity/Surety	2.1	Convertibles	
General Liability	8.8	Treas - Long	
Inland Marine	2.3	Muni - Long	
Ocean Marine	0.7	Preferreds	2.3
Medical Malpractice	2.2	Corp - Long	
Home - Multiple Peril	10.7	Mortgage Back	2.7
Workers Compensation	15.0	High Yield	
		Muni - Inter	36.0
		Intl Fix Inc (IU)*	1.0
		Corp-Inter	19.0
		Treas-Inter	22.0
		Intl Fix Inc (IH)*	
		Intl Fix Inc (XH)*	
		T-Bills	
Totals:	100.0	Totals:	100.0
RESULTS			
Financial Leverage: 1.66			
Returns:	(%)		
Underwriting	(7.70)		
Reserves	12.07		
Surplus (ROA)	7.28		
Capital Gain Return	1.35		
Income Return	5.70		
Total Ret. on Equity:	11.65		
Risk:	(%)		
Std Dev	9.63		
Variance	0.0093		
Ruin Probability:	(%)		
100% Surplus Reduction:	1.3E-11		
50% Surplus Reduction:	3.5E-06		

* There are four World Gov't Bond International Fixed Income Indices

IU includes the U.S. gov't bonds, Unhedged.

XU excludes the U.S. gov't bonds, Unhedged.

IH includes the U.S. gov't bonds, Hedged.

XH Excludes the U.S. gov't bonds, Hedged.

written to total and range from 29.3% in private passenger automobile liability to 0.1% in burglary and glass. The percent of assets allocated by-asset class is proxied by the industry's 1993 asset allocation and range from 36% in intermediate municipal bonds to 1% in global fixed income securities. Given the insurer's asset allocation, product line mix and capital structure, as well as standard assumptions regarding tax rates and turnover, the expected after-tax return on equity is targeted at a 11.65%, a rather low rate in today's capital markets making it difficult to compete effectively. Of this 11.65% after-tax return on equity, -7.70% is attributed to the levered after-tax loss on underwriting, 12.07% is attributed to the levered after-tax return on reserves and 7.28% is attributed to the unlevered after-tax return on surplus. The unlevered after-tax return on surplus is equivalent to the after-tax return on assets and is comprised of a capital gain of 1.35% plus an income gain or yield of 5.70%. The standard deviation in the asset portfolio is 9.63% and the probability of 50% surplus decline is less than 5 in 1 million.

Asset Allocation Optimization with Model Investment Law Constraints

As previously shown, the results reported in Table 3 provide benchmark values for the property-liability insurance industry's expected return on equity and probability of surplus decline. These results suggest that the current asset allocation is not optimal relative to the insurer's product line mix and capital structure. Alternatively, Table 4 provides for a mean-variance optimization of the asset allocation decision given the "typical" insurer's product line mix, capital structure, tax status and regulatory/capital market constraints.¹⁰ MPT provides for the optimal asset allocation at various positions along the efficient frontier with each position representing incrementally increasing levels of targeted after-tax expected return on equity.

By comparing the benchmark asset allocation shown in Table 3 with the optimal constrained asset allocations displayed in Table 4 below, alternative asset allocations exist that provide either the same expected after-tax return on equity and a lower probability of surplus decline (Portfolio A).

Although portfolio with an equivalent probability of surplus decline as currently experienced by the industry is indeterminable, a near substitute with a higher after-tax expected return on equity is indicted as Portfolio C. The Portfolio C is of similar risk as the "typical" industry insurer, yet it provides a 430 basis point

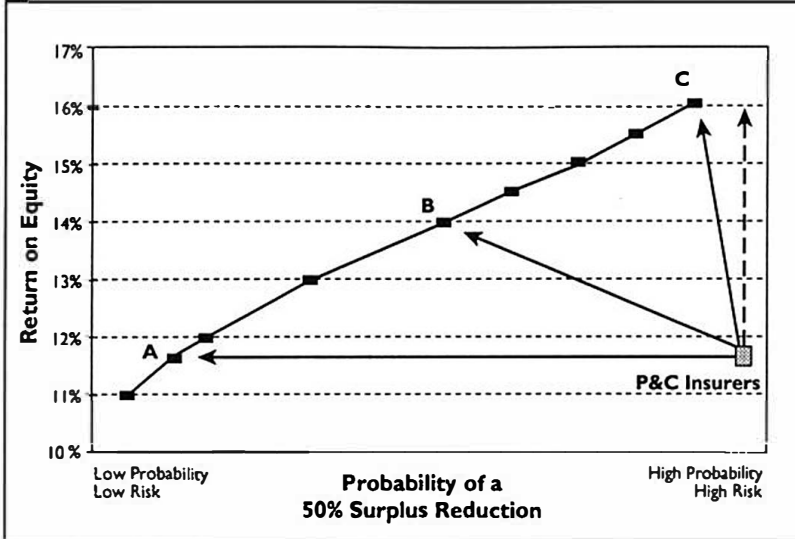
TABLE 4
INDUSTRY ASSET ALLOCATION - CONSTRAINED

<i>Premium to Surplus: 1.4</i>				
ASSET	PORTFOLIO			
	A (%)	B (%)	C (%)	P&C (%)
ROE	11.7	14.0	16.0	11.7
Std Dev	5.0	6.7	9.5	9.6
P(S)	9.0E-21	2.2E-14	1.9E-08	3.5E-06
Total ROA	7.3	8.2	8.9	7.3
Cap Gains ROA	1.3	2.0	3.0	1.4
Income ROA	5.8	5.7	5.4	5.7
Int'l Equity	2.0	4.4	7.2	
Growth Equity				
Equity	5.6	8.5	15.6	17.0
Treas-30Yr				
Convertible			5.0	
Muni-Long				
Preferred	5.6	14.9	15.0	2.3
Mortgage Back	18.7	20.0	20.0	2.7
High Yld				
Int'l Fix Inc*	12.1	15.6	12.8	1.0
Muni-Inter	23.3	24.0	24.4	36.0
Corp-Inter	2.9			19.0
Treas-Inter				22.0
T-Bills				
Treas Ladd	29.8	12.6		
Total	100	100	100	100.0

* Int'l Fixed excludes US securities and are unhedged.

improvement in expected after-tax ROE. Also, some asset allocation exists that provides both a higher after-tax return on equity and lower probability of surplus decline (Portfolio B). For example, Portfolio B provides an after-tax expected return on equity of 14.0% versus 11.65% for the "typical" insurer allocation, a 235 basis point improvement. Also, Portfolio B provides for less risk than the current "typical" insurer asset allocation. The precise asset allocation underlying Portfolio B on the efficient frontier is as follows: 12.6% in the treasury ladder asset, 24.0% in intermediate municipal bonds, 15.6% in international fixed income securities (excluding U.S. securities and unhedged), 20.0% in mortgaged-backed securities, 14.9% in preferred securities, 8.5% in domestic

FIGURE 1
INDUSTRY ASSET ALLOCATION – CONSTRAINED



equities (indexed) and 4.4% in international equities. Figure 1 below graphically displays the improved expected return and reduced risk resulting from the model-derived optimal portfolio allocations.

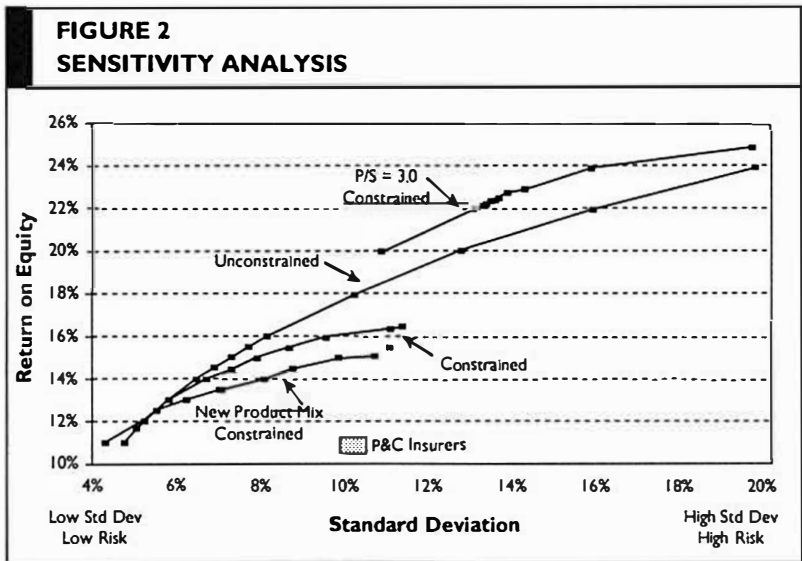
With regards to the analysis of various management style choices, it appears that on an after-tax basis, an indexed exposure to domestic equities always dominates an actively managed growth or value style. Due to the high turnover associated with active managed equities, the after-tax risk-adjusted returns associated with active managed equities are lower than the after-tax risk-adjusted returns on the index. Also with regards to the international fixed income allocation, an unhedged exposure excluding U.S. securities always dominated the hedged style as well as the world approach. Although the unhedged exposure excluding U.S. securities has high total risk, most of the total risk is eliminated through diversification. Finally, at low levels of risk the laddered asset class which structures the asset returns according to the liability payouts using default free securities dominates, as would be expected.

When simulating the “typical” industry insurer, the asset constraints imposed by the Model Investment Law prevent solutions with expected after-tax ROE in excess of 16.0%. Furthermore risk (probability of 50% surplus decline or standard deviation in expected ROE) is held unnecessarily low. Consequently, in pursuit of containing risk, the MIL may prevent the insurance company

from competing effectively in today's markets by holding targeted ROE at 16.0% or less. In a following section we demonstrate that by increasing leverage the insurer may target an after-tax ROE in excess of 16%, although increasing leverage causes the risk level to exceed those associated with alternate asset allocations. In other words, given the MIL an insurer may be incentivized to increase leverage in an attempt to raise the targeted ROE; yet increasing leverage may add more risk that relaxing the asset constraints. It appears that the proposed NAIC asset constraints are economically inefficient.

□ **Sensitivity Analysis Product Line and Leverage**

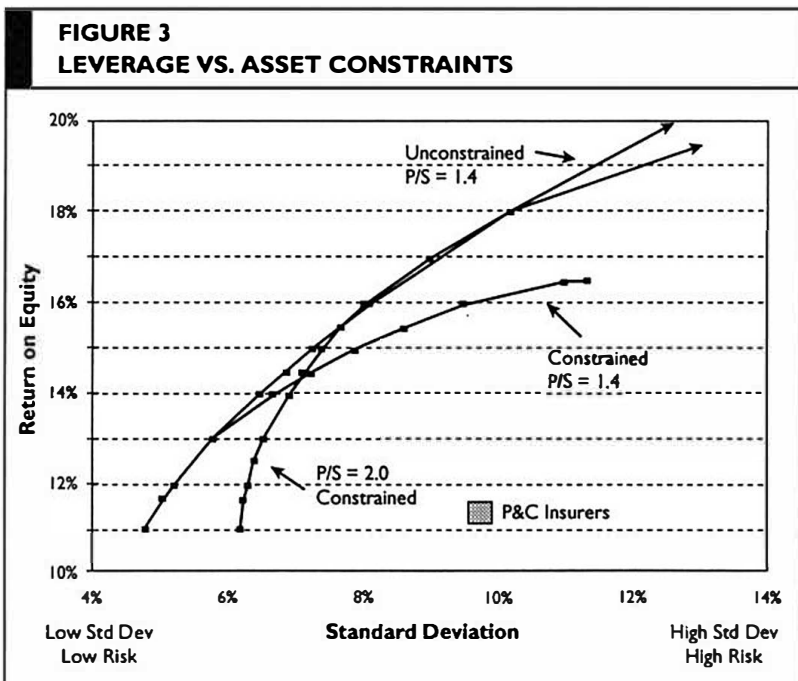
Figure 2 illustrates the relationship between risk and after-tax return on equity given (1) a change in the product line mix and then given (2) a change in the level of insurance leverage. Each of these two scenarios are plotted against the efficient frontier with and without the MIL asset allocation constraints. When comparing the efficient frontier with the MIL asset allocation constraints against the unconstrained efficient frontier, a cost or trade-off is attributed to the imposition of the MIL constraints. That is, at a 14% targeted return on equity the optimal asset allocation results in a standard deviation of 6.5% under the traditionally constrained solution versus 6.7% under the solution constrained by the Model Investment Law. Although this difference may seem insignificant, Figure 2 illustrates that the cost or trade-off attributed to regulation will increase as the targeted after-tax return on equity rises.



We then increased insurance leverage from 1.4 to 3.0 and recalculated the efficient frontier. When comparing the constrained efficient frontier with P/S = 3.0 efficient frontier, Figure 2 indicates that an increase in insurance leverage will result in an efficient set well beyond that provided for by the constrained scenario. Stated differently, even with the MIL asset constraints imposed, an increase in insurance leverage will result in high risk levels. In fact, an increase in leverage prevents solutions within the previously targeted low risk range.

We then altered the product line mix by increasing workers compensation and decreasing the property lines. The specific adjustment increased the business allocation for workers compensation 32.6% and eliminated inland marine, ocean marine, allied fire and homeowners. When comparing the constrained efficient frontier with the new product mix efficient frontier, Figure 2 illustrates that the new product mix results in a higher level of risk for any targeted return on equity. Thus for any targeted after-tax ROE, asset constraints alone will not contain risk.

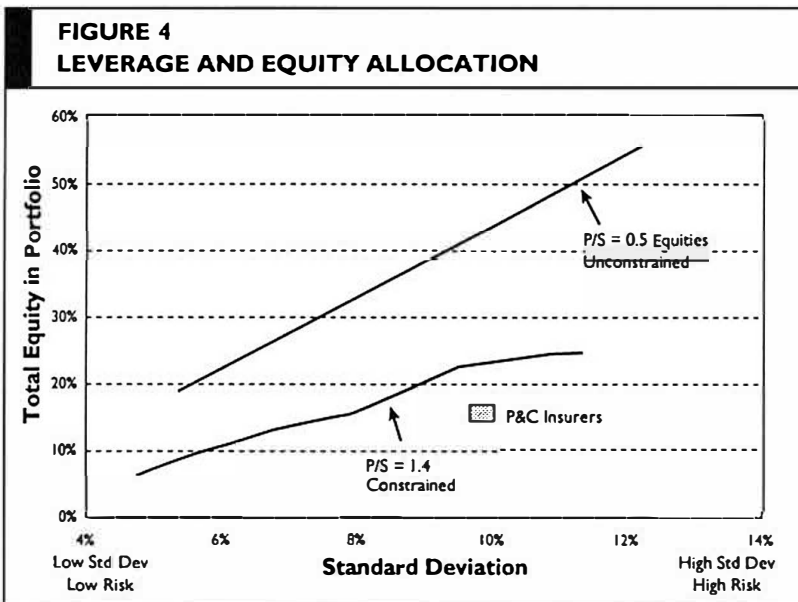
Figure 3 provides a closer look at the underlying incentives attributed to the MIL. As previously discussed, given the “typical” industry insurer, the MIL limits the targeted expected after-tax ROE



to 16.0%. Consequently an insurer may be incentivized to increase leverage so as to increase the expected ROE. For example, Figure 3 illustrates the expected return/risk opportunities under three conditions: (1) P/S = 1.4 with MIL asset constraints, (2) P/S = 1.4 without MIL asset constraints, and (3) P/S = 2.0 with MIL asset constraints. By comparing the unconstrained/1.4 leverage opportunity set against the constrained/2.0 leverage opportunity set, we see that for most risk levels the unconstrained/1.4 leverage opportunities dominate the alternatives. That is, when constrained by the MIL insurers will be incentivized to increase leverage so as to achieve higher targeted levels of ROE, yet for most targeted levels of ROE the risk resulting from increasing leverage exceeds the risk resulting from relaxing the asset constraints. We have demonstrated that under certain circumstances, the MIL asset constraints provide for inefficient incentives. These inefficient incentives are clearly attributed to the MIL's failure to consider the interdependencies between capital structure, asset allocation and product line mix.

□ Sensitivity Analysis Across Equity Constraints

A final sensitivity analysis is performed by lowering insurance leverage from 1.4 to 0.5 and relaxing the constraint on the equity allocation. Figure 3 plots the percent of assets allocated to equities relative to risk under two scenarios - with the MIL equity constraints and insurance leverage equal to 1.4 versus without equity



limitations and insurance leverage equal to 0.5. For any targeted level of risk, higher allocations to equities are permitted by lowering insurance leverage. In fact, given insurance leverage equal to 0.5, the equity allocation can increase to 50% yet maintain risk levels permitted within the MIL asset constrained scenario.

■ V. CONCLUSION

In summary, optimizing the financial decisions of the property-liability insurance company requires recognition of the relationships among asset allocation, business diversification and capital structure. In this paper, a process for establishing a strategic asset allocation for the property-liability insurer while recognizing the interdependent influence of capital structure and product line mix is developed in accordance with MPT on an after-tax basis. Although the decision process targets the asset allocation decision, it could be empirically implemented with either product line mix or capital structure as the targeted decision element.

Using the proposed framework for establishing an insurer specific asset allocation, an evaluation of the risk/return trade-offs imposed by the Model Investment Law is performed. The mean-variance efficient solution is first derived while recognizing the asset class limitations imposed by the Model Investment Law. Then a sensitivity analysis is performed across varying levels of leverage, product line mix and asset constraints.

The following conclusions are evident. First, after-tax ROE can be improved by as much as 435 basis points from a modest expected 11.65% without increasing risk, given industry leverage and product line mix. Second, the NAIC asset allocation constraints produce either lower returns or increased risk when compared to the unconstrained situation. That is, for any target expected return on equity, the imposition of the Model Investment Law will impose a higher risk portfolio as measured by the probability of surplus decline or the standard deviation in ROE. Third, the Model Investment Law will needlessly suppress expected ROE making it difficult for the insurance industry to compete in today's marketplace. Fourth, the risk/return trade-off is sensitive to product line mix and leverage. Therefore, should the NAIC impose asset constraints, the individual insurer may either alter its product line mix or its leverage to increase targeted after-tax ROE and in so doing may increase risk beyond acceptable levels. In essence the MIL will

not be effective in preventing insolvencies. At the same time, the imposition of asset constraints specific by the MIL will force well-managed, well-capitalized insurers to increase risk for any targeted level ROE. Fifth, solvency regulation, which limits the investment activities, should be firm specific. The imposition of industry wide standards on the asset allocation without considering the company's leverage and product line mix may not result in acceptable levels of risk.

Endnotes

1. Although prior drafts were circulated, in September 1994 a full revised draft was made available upon request to the Model Investment Law Working Group of the Valuation of Securities Task Force of the NAIC in Kansas City. The earlier versions of the model law were deemed complex, burdensome and received extensive criticism from the industry.

2. See Lamm-Tennant, Starks and Stokes (1995) for a discussion of solvency standards and cost considerations when regulating solvency; and Cummins, Harrington and Klein (1994) for a review of insolvency experience and corrective actions

3. The precise variables definitions as well as a full model specification appear in a working paper titled "The NAIC Model Investment Law: Implications for Optimal Capital Allocation Decisions" and can be attained from the author upon request.

4. The U.S. insurance industry represents approximately \$3 trillion of investable assets. Given the size of the convertible securities market, an allocation limitation is necessary to maintain liquidity in this asset class.

5. In 1991, SEI Capital Resources issued a position paper titled "International Equity Investing" which summarizes their research regarding the appropriate blend of international equities within a domestic equity portfolio.

6. This model has been used to derive the asset allocation decision for multi-line insurers writing various types of property-liability insurance. Across all levels of risk, a very different allocation decision is identified as being optimal when compared to the optimal asset allocation for the "typical" insurer. Herein lies the precise advantage of the methodology. That is, optimal asset allocations are firm specific. The Model can identify optimal asset allocations, product line mix and capital structure for any individual company by relying upon the company's line of business, operating results and stated level of risk tolerance.

7. A foreign asset class excludes U.S. holdings whereas a world asset class includes U.S. holdings.

8. Although the Laddered asset class was simulated by structuring a cash flow match against consolidated insurance lines on business, a preferred methodology would be to structure a Laddered asset class for each insurance line of business such that near perfect negative correlations would be attained between the Laddered asset class and the insurance line of business.

9. Exceptions are noted when the data was unavailable. For example, return data on mortgage backed securities begins in February 1979 due to the newness of the asset class. Also, 30-year Treasuries and high yield fixed income returns data is quarterly as opposed to monthly.

10. An Appendix is available upon request detailing the optimal asset allocation for nine positions on the efficient frontier ranging from an expected after-tax return on equity of 11.0% to 16.0%, although any intermediate targeted return on equity can be derived.

References

- Babbel, D. E., 1991, A Perspective on Model Investment Laws for Insurers, *Journal of the American Society of CLU & ChFC*, 72-77
- Bachman, J. E., 1978, *Capitalization Requirements for Multiple Line Property-Liability Insurance Companies*, Monograph No. 6, S.S. Huebner Foundation for Insurance Education, University of Pennsylvania.
- Bachman, J. E. and Lang, G. C., 1976, Investment Portfolio Composition, Product Line Mix, and Their Impact Upon Operating Leverage and Solvency, *Bests Review*, 76:26- 31.
- Cummins, J. D. and Nye, D. J., 1981, Portfolio Optimization Models for Property-Liability Insurance Companies: An Analysis and Some Extensions, *Management Science*, 27: 414-430.
- Cummins, J. D., Harrington, S. E. and Klein, R., 1994, Insolvency Experience, Risk-Based Capital, and Prompt Corrective Action in Property-Liability Insurance, Paper presented at the 4th International Conference on Insurance Solvency and Finance, University of Pennsylvania.
- Lamm-Tennant, J., 1995, Model Investment Act: Implications for Optimal Allocation Decision, forthcoming in E. I. Altman and I. T. Vanderhoof, eds., *The Financial Dynamics of the Insurance Industry* (New York: Irwin Press).
- Lamm-Tennant, J., Starks, L. and Stokes, L., 1995, Considerations of Cost Trade-Offs In Insurance Solvency Surveillance Policy, forthcoming in *Journal of Banking and Finance*.
- Markowitz, H., 1959, *Portfolio Selection* (Cambridge, Ma: John Wiley & Sons, Inc.).
- Meehan, J.P., Yoo, D. and Fong, H. G., 1993, Asset Allocation in a Taxable Environment: The Case of Nuclear Decommissioning Trust, *Financial Analyst Journal* 40, 67-73.

LA THÉORIE DE L'ATTENTE RAISONNABLE DE L'ASSURÉ

par Marie-Chantal Thouin

RÉSUMÉ

La théorie de l'attente raisonnable de l'assuré, déjà bien établie aux États-Unis, fait l'objet de référence de plus en plus fréquemment par les tribunaux québécois. Elle s'est développée afin de permettre aux tribunaux de rétablir l'équilibre entre l'assureur et l'assuré. L'auteure tente de faire la lumière sur son fondement et son application.

ABSTRACT

The theory of reasonable expectation, already well established in the United States, is now referred to more and more by our Quebec Courts. The theory was first developed by the Courts to balance the pendulum between insurers and insureds. The author looks into the origins, content and actual scope of the theory.

L'auteur :

Marie Chantal Thouin, avocate, est analyste au service des réclamations du fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec.

Nous remercions l'auteure qui a aimablement consenti à la publication du chapitre I.B de son mémoire présenté en décembre 1995 à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître en droit (LL.M.) , Faculté de droit, Université de Montréal.

■ I. PRINCIPE

□ I.1 La définition

a) La naissance de la théorie

La théorie de l'attente raisonnable de l'assuré s'est développée afin de permettre aux tribunaux de rétablir l'équilibre des forces en présence, soit entre l'assureur et l'assuré, lesquelles sont souvent inégales¹. Elle est née au début des années soixante de remarques faites à titre d'obiter dans des jugements rendus au New-Jersey ainsi qu'en Californie².

C'est au New-Jersey en 1961, où l'on fit pour l'une des premières fois référence au concept d'attente raisonnable de l'assuré:

«When members of the public purchase policies of insurance they are entitled to the broad measure of protection necessary to fulfill their reasonable expectations.»³

Cette remarque de la Cour suprême du New-Jersey a ouvert de nouvelles avenues au droit des assurances.

Quelques années plus tard, la Cour suprême de Californie⁴ rendait une décision similaire lors d'un litige portant sur l'obligation de défendre qui incombe à l'assureur. Le contrat fut interprété de façon à respecter les attentes de l'assuré, qui s'attendait à être défendu par l'assureur et à ce que la décision d'indemniser ou non soit prise après que jugement soit rendu et non à la simple lecture de l'action, laquelle comportait de nombreuses allégations erronées.

Ces décisions ont eu pour effet d'attirer l'attention des juristes sur l'évolution qu'avait connue le droit des assurances depuis le début du siècle; la référence aux attentes raisonnables étant une manifestation concrète de ce changement⁵.

La théorie n'est autre chose qu'une réponse au problème que pose parfois la recherche de la commune intention des parties⁶. Elle est née de la prémisse voulant que la recherche de cette intention s'effectue en tenant compte de la compréhension que les parties ont et de leurs attentes. La théorie de l'attente raisonnable est une suite logique du principe bien connu voulant que l'ensemble du contrat doit recevoir une interprétation raisonnable⁷. La théorie de l'attente raisonnable est cependant plus large que toutes les autres règles d'interprétation, elle les englobe toutes⁸.

La définition à laquelle on réfère le plus souvent en matière d'attente raisonnable ou légitime, est la suivante:

«The objectively reasonable expectations of applicants are intended beneficiaries regarding the terms of insurance contracts will be honored even though painstaking study of the policy provisions would have negated those expectations.»⁹

En moins d'une décennie, ces remarques et obiter, à l'apparence anodine, furent érigées au rang de doctrine¹⁰, du principe à la doctrine, il n'y a qu'un pas à franchir et il semble bien l'avoir été dans ce cas.

b) Une synthèse

La théorie de l'attente raisonnable s'inspire largement de la règle d'interprétation *contra proferentem*, applicable en présence de contrats d'adhésion, mais ses effets sont toutefois beaucoup plus étendus¹¹, ainsi que nous aurons l'occasion de le constater. La doctrine de l'attente raisonnable est plus qu'une simple règle d'interprétation puisqu'elle permet aux assurés d'obtenir plus que ce qui est prévu à la police d'assurance dont ils sont titulaires et ce, en autant que leurs aspirations aient été raisonnables dans les circonstances:

«The Reasonable Expectations Doctrine, on the other hand, begins with the premise that the insured is entitled to all the coverage he may reasonably expect to be provided under the policy and that only an unequivocally conspicuous, plain and clear manifestation of the company's intent to exclude coverage will defeat expectation.»¹²

Bref, en vertu de ce principe, les tribunaux appliqueront le contrat conformément à ce que l'assuré pouvait comprendre des termes utilisés¹³. La théorie de l'attente raisonnable trouve son fondement dans le fait que le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion¹⁴. Il s'agit d'une doctrine qui intègre l'ensemble des règles d'interprétation applicables au contrat d'assurance, notamment l'interprétation des termes selon leur sens ordinaire, la recherche de l'intention des parties, ainsi que la résolution des ambiguïtés de façon favorable à l'assuré¹⁵.

1.2 Les objectifs de la théorie

a) L'objet

Le principal objectif poursuivi par les tribunaux faisant appel à la doctrine de l'attente raisonnable des assurés est très certainement de protéger les assurés. Il est nécessaire que les contrats reflètent

leurs intentions et buts poursuivis. Dans tous les cas, il faut se souvenir que le contrat ne doit pas être inutile, soit en permettant à l'assuré d'obtenir une indemnité à laquelle il ne pouvait raisonnablement s'attendre ou encore à l'assureur de toucher une prime sans risque¹⁶.

L'application de la théorie permet conséquemment d'éviter que l'assureur ne soit avantagé outrageusement par rapport à l'assuré. Le contrat d'assurance est bien souvent un contrat d'adhésion et dans ce cas, il est unanimement reconnu que les abus doivent être évités dans la mesure du possible. L'utilisation de l'attente raisonnable respecte ce principe.

La prise en considération de cette doctrine de l'attente légitime de l'assuré permet également de vérifier s'il y a bien eu entente et consentement sur tous les aspects du contrat¹⁷. Ainsi, on protège l'intention raisonnable qu'avait l'assuré en se procurant une assurance.

L'élaboration de la doctrine de l'attente raisonnable permet de pallier le problème que pose parfois la complexité des polices d'assurance¹⁸, difficiles à comprendre, peu lues par les assurés et souvent remises à ceux-ci uniquement une fois la prime acquittée.

b) Les origines

i) en common law

De façon générale, il est reconnu que la théorie de l'attente raisonnable est une création du système de la common law et qu'elle est propre au droit américain¹⁹ ou, à tout le moins, d'origine américaine. Or, nous nous permettons de mettre en doute cette affirmation. En effet, nous croyons que la théorie de l'attente raisonnable, telle qu'elle est connue aux États-Unis, diffère peu des règles d'interprétation élaborées par les autres juridictions de common law ou par les systèmes civilistes, pour contrer les problèmes d'interprétation liés au contrat d'adhésion²⁰.

L'Angleterre a élaboré la théorie du *fundamental breach*, qui permet aux tribunaux de refuser de donner effet au sens littéral d'une clause si le résultat est absurde²¹, eu égard aux circonstances propres à chacun des contrats. Cette théorie a été développée afin de limiter les incidences des clauses d'exonération²², lesquelles menaient parfois à des abus flagrants. À l'origine, on appliquait cette théorie uniquement aux contrats de vente, mais elle s'est rapidement étendue à toutes les relations contractuelles, notamment au droit des assurances.

En vertu de ce principe, la clause d'exonération est inopposable, si la partie qui désire l'invoquer est elle-même en défaut de respecter ses obligations en totalité. L'étendue de ce principe habilite les tribunaux à écarter une disposition pourtant claire et dépourvue d'ambiguïté, lorsqu'une application littérale mènerait à un résultat absurde²³ et contraire à ce que les parties ont voulu.

De plus, les tribunaux anglais reconnaissent depuis longtemps que le contrat d'assurance peut être rectifié ou clarifié, au besoin, notamment lorsque l'assureur aura été de mauvaise foi en ne fournissant pas à l'assuré les explications satisfaisantes, ou encore en employant des termes obscurs²⁴.

Nous retrouvons dans ce principe de nombreuses similitudes avec celui qui veut qu'il faille donner effet aux attentes des contractants. Les tribunaux cherchent, dans les deux situations, à protéger les parties défavorisées ayant eu le plus faible pouvoir de négociations lors de la conclusion du contrat et éviter que le contrat ne soit inutile ou non conforme à leurs intentions. Il est donc possible, dans les systèmes de common law autres que les États-Unis, d'obtenir un résultat équivalent.

D'ailleurs, la théorie n'a pas reçu un accueil favorable dans tous les États américains. Cependant, l'ensemble des tribunaux vont arriver à un résultat analogue en utilisant d'autres règles d'interprétation notamment, en évaluant le plus objectivement possible comment un assuré raisonnable, placé dans les mêmes circonstances, aurait compris la police²⁵ et quelles étaient ses intentions véritables.

ii) en droit civil

Dès le début du 20^e siècle, l'attention des civilistes était retenue par la difficulté d'interprétation des contrats d'adhésion. La préoccupation était principalement de donner satisfaction aux uns et aux autres, et éviter que l'adhérent ne se voit imposer, après la conclusion du contrat, des obligations nouvelles²⁶.

On avait noté que les clauses essentielles du contrat étaient librement consenties, mais que l'adhérent comprenait mal ou n'avait tout simplement pas connaissance des clauses accessoires. Il fut donc proposé de donner effet aux clauses accessoires dans les cas où elles ont pour résultat de préciser ou encore de compléter une clause essentielle, mais non dans les cas où elles viennent modifier l'essence du contrat²⁷. Un tel contrat serait en tout point contraire aux attentes de l'adhérent.

Cette règle d'interprétation, élaborée par les auteurs français au début du siècle, est fort proche de celle de l'attente raisonnable

puisque, dans les deux cas, il est permis d'outrepasser la lettre du contrat afin de respecter les attentes de la partie adhérente ou de celle qui n'a pas eu l'opportunité de négocier tous les aspects du contrat auquel elle a souscrit.

Encore aujourd'hui, il est permis aux tribunaux français saisis d'un problème d'interprétation de négliger «une stipulation purement formelle» afin de faire droit aux intentions des parties²⁸; et nous, nous ajoutons, aux attentes raisonnables des contractants.

À la lumière de ce qui précède, il n'est pas étonnant que lors de l'élaboration du nouveau Code civil, le législateur québécois ait pensé intégrer dans la définition de la clause abusive une référence aux attentes légitimes. L'article 1484 al. 2 de l'avant-projet se lisait ainsi:

«Est abusive toute clause qui, dans l'exécution du contrat désavantage l'une des parties d'une manière excessive et déraisonnable ou la prive de ses *attentes légitimes*, allant ainsi à l'encontre de ce qu'exige la bonne foi [...]»
(nous soulignons)

Cette allusion aux attentes légitimes a été éliminée suite aux vives oppositions qu'elle a suscitées. Les commentaires étaient à l'effet que cette notion, étrangère au droit civil, était très subjective et susceptible de créer une instabilité importante dans le monde contractuel²⁹.

Cependant, nous ne sommes pas convaincus que le retrait de cette référence explicite aux attentes légitimes signifie que cette théorie ne doit pas trouver application dans le système québécois, puisque l'actuel article 1437, qui définit la notion de clause abusive, est une illustration probante de ce que sont les attentes raisonnables. Nous nous rappellerons qu'est abusive la «clause si éloignée des obligations essentielles qui découlent des règles gouvernant habituellement le contrat qu'elle dénature celui-ci.» Or, afin de déterminer quelles sont les obligations essentielles, il est nécessaire de référer à la nature raisonnablement prévisible pour l'adhérent au contrat et aux attentes raisonnables qu'avait celui-ci à l'égard du contrat qu'il a conclu.

Malgré la croyance populaire, nous estimons que la théorie de l'attente raisonnable n'est pas complètement étrangère au droit civil, tout au moins dans sa dimension minimale. Nous constatons effectivement que cette théorie se présente sous deux volets, une dimension minimale et l'autre maximale.

■ 2. L'APPLICATION: UN COMPLÉMENT AUX RÈGLES D'INTERPRÉTATION

□ 2.1 Les volets de la théorie

La théorie de l'attente raisonnable est invoquée et trouve application dans quatre (4) situations distinctes. Elle est utilisée lorsque le contrat est ambigu, la garantie indûment réduite par des définitions restrictives, les termes utilisés sont de nature à confondre le profane peu habitué au vocabulaire particulier du droit des assurances, ou encore lorsque certaines dispositions du contrat sont inconnues de l'assuré³⁰.

De façon générale, nous simplifierons ce qui précède en affirmant qu'il y a deux (2) tendances au sujet de l'application de cette théorie; la première voulant qu'elle soit appropriée dès que le contrat est ambigu, la deuxième qu'elle reçoive application même en l'absence de toute ambiguïté. On reconnaît habituellement qu'une clause ou des dispositions sont ambiguës lorsque des personnes raisonnables, placées dans la même situation, divergeraient d'opinion sur le sens à lui donner³¹, ou s'il y a plus d'une interprétation possible à un problème.

La référence aux attentes raisonnables dans les cas où le contrat ne présente aucune ambiguïté et n'aurait pas, du moins en principe, à être interprété, est considérée comme étant un élargissement de la théorie telle que conçue à l'origine. De manière à distinguer les deux domaines d'application, nous discuterons de la dimension minimale et maximale³².

a) La dimension minimale

Dans sa dimension minimale, la théorie de l'attente raisonnable ne doit trouver application que lorsque le contrat est ambigu. Il s'agit dans ce cas d'un prolongement, un complément aux règles d'interprétation classiques, plus particulièrement de la règle *contra proferentem*. Les premières fois³³ où les tribunaux prirent en considération les attentes légitimes de l'assuré, les contrats alors en cause présentaient de véritables ambiguïtés³⁴ et il était nécessaire de les interpréter.

Souvent le tribunal conclura à l'ambiguïté du contrat avant d'utiliser le concept d'attente raisonnable de l'assuré³⁵. Dans cette optique, la théorie est un guide³⁶ à l'intention des tribunaux, utile lorsque l'étude de la police d'assurance révèle quelques ambiguïtés, peu importe les causes de celles-ci.

La dimension minimale de la théorie permet d'interpréter le contrat de façon à avantager l'assuré, lorsqu'il y a matière à interprétation et ce, en se basant sur la compréhension qu'avait l'assuré de la garantie procurée auprès de l'assureur³⁷. Conséquemment, même si l'assuré crie haut et fort que ses attentes n'ont pas été respectées, le tribunal ne les prendra pas en considération s'il n'y a pas de doute sur l'étendue de la protection prévue³⁸.

La compréhension qu'a l'assuré de son contrat d'assurance ou les attentes suscitées par celui-ci peuvent dépendre des limitations ou des exclusions à la garantie non portées à la connaissance de l'assuré par l'assureur³⁹, d'une définition restrictive⁴⁰, ou encore de la présentation physique du contrat. La présentation du contrat peut laisser croire à l'assuré qu'il bénéficie d'une protection pour un risque particulier alors que tel n'est pas le cas. Dans ces situations, les tribunaux ont tendance à faire droit aux attentes de l'assuré, considérant que la présentation du contrat a été source d'ambiguïté.

Un exemple tiré de la jurisprudence illustre bien cette situation⁴¹. Un assuré voit son immeuble et tout ce qu'il contient détruit par un violent incendie. L'assureur indemnise l'assuré pour la perte de l'immeuble, mais non pour celle de son contenu. Or, la lecture de la page frontispice permettait à l'assuré de croire qu'il détenait une protection pour les deux aspects de sa réclamation. On y laissait entendre que la totalité des primes requises pour une protection complète avait été payée, ce qui n'était pas le cas. Selon le tribunal l'ambiguïté résulte de la non-conformité de la page frontispice avec le reste du contrat. Conséquemment, il fait appel à la théorie de l'attente raisonnable pour résoudre cette difficulté et conclure au droit de l'assuré à une protection complète.

Le tribunal a profité de l'occasion pour rappeler que le contrat d'assurance était un contrat d'adhésion et qu'en conséquence il était nécessaire de rechercher l'intention de la partie adhérente.

Nous comprenons de cette décision que la doctrine de l'attente raisonnable permet de rechercher l'intention véritable de l'assuré. Il ne s'agirait donc pas, du moins dans cette optique, d'une nouvelle règle, mais simplement un moyen permettant d'utiliser la règle la plus importante en matière d'interprétation, soit la recherche de l'intention véritable de l'assuré. Pour découvrir cette intention, différents éléments peuvent être pris en considération dont les attentes. La Cour d'appel de Californie exprime très bien cette réalité lorsqu'elle affirme: «The reasonable expectations of the insured cannot be ignored»⁴². La recherche de l'intention des

assurés peut notamment être guidée par leurs attentes raisonnables et légitimes⁴³.

Les tribunaux invoquent donc la théorie après avoir conclu que le contrat est ambigu⁴⁴ pour une raison ou pour une autre. Or, nous nous rappellerons que les règles d'interprétation classiques prévoient aussi que les ambiguïtés doivent être résolues en faveur de l'assuré.

C'est ainsi que, l'on en a déjà discuté, dans sa dimension minimale, la théorie de l'attente raisonnable peut être considérée comme étant une règle d'interprétation de plus. En fait, le résultat obtenu par l'utilisation de cette théorie, du moins dans sa dimension minimale, sera souvent identique à celui que l'on aurait obtenu par l'utilisation d'une ou plusieurs des autres règles d'interprétation. Outre la similitude avec la règle d'interprétation *contra proferentem* dont on a déjà discuté, la théorie présente aussi des ressemblances avec le principe voulant que les termes utilisés dans un contrat d'assurance doivent être interprétés selon leur sens usuel. Illustrons ce principe par un exemple tiré de la jurisprudence⁴⁵.

Par exemple, il est prévu qu'un contrat d'assurance collective prendra effet après trois mois de service continu. L'expression service continu n'étant pas défini, un litige survient au moment de donner application au contrat. Le tribunal, saisi de ce problème, conclut que la signification donnée par l'assuré à cette expression était raisonnable, c'est-à-dire que service continu signifiait sur une base raisonnable, avec régularité et le tribunal poursuit en affirmant: «Policy holder's expectations should be protected as long as they are objectively reasonable from layman's point of view»⁴⁶.

En conséquence, définir les termes dont le sens n'est pas donné au contrat selon leur sens ordinaire est bien conforme à la théorie de l'attente raisonnable⁴⁷ puisque leur définition, selon le sens courant, répondra en conséquence aux attentes de l'assuré. Nous croyons, que la théorie n'apporte alors aucun élément nouveau. Des méthodes différentes nous permettent d'obtenir le même résultat.

Il est aussi possible de conclure à l'ambiguïté du contrat lorsque celui-ci est rédigé en termes vagues et généraux et qu'aucun terme important n'y est défini⁴⁸. En tout temps, le critère pour vérifier s'il y a réellement ambiguïté est celui de l'assuré raisonnable⁴⁹.

Certaines juridictions n'ont adopté que la dimension minimale de la théorie⁵⁰; pour celles-là, il s'agit d'une règle d'interprétation de plus applicable au contrat d'adhésion, en présence d'ambiguïté:

«Insurance contracts are considered adhesion contracts, and courts must evaluate not only the provisions of the policy but consider them to give the protection the insured reasonably had a right to expect.»⁵¹

Puisque dans ces cas, la théorie est vue comme étant une simple règle d'interprétation, ils ont considéré qu'il était tout simplement inutile de recourir aux attentes raisonnables dans les cas où le contrat d'assurance est ambigu. Il existe déjà de nombreuses règles d'interprétation de nature à favoriser l'assuré qui est la partie adhérente⁵², et propre à résoudre les ambiguïtés pouvant se présenter.

Certains tribunaux ont donc reconnu l'importance de lire le contrat en accord avec la théorie de l'attente raisonnable mais ils ont précisé⁵³ que, lorsque le contrat ne présentait aucune ambiguïté, l'assuré ne pouvait avoir d'attente contraire à ce qui y était édicté.

Dans cette optique, la doctrine sera jugée inappropriée si le contrat est clair et dépourvu d'ambiguïté: «The reasonable expectations principle is a rule of construction to be applied when policy provisions which would deny coverage are unclear or un conspicuous»⁵⁴. En fait, certains tribunaux ont rappelé que si les dispositions du contrat ne sont pas ambiguës, il ne faut pas les interpréter⁵⁵ en risquant ainsi d'en changer le sens. Il ne faut pas réécrire un contrat qui autrement serait clair⁵⁶.

Les tribunaux invoqueront donc la théorie après avoir conclu que le contrat est ambigu,⁵⁷ pour une raison ou pour une autre. Nous nous rappellerons à ce sujet que les règles d'interprétation classiques prévoient que les ambiguïtés doivent être résolues en faveur de l'assuré. S'il y a plus d'une interprétation possible à un problème, il y a alors ambiguïté et celle-ci doit nécessairement être résolu en faveur de l'assuré. Après avoir énoncé ce principe, le tribunal se permet de faire droit aux attentes raisonnables des assurés⁵⁸.

L'ambiguïté peut aussi résulter du fait que certains termes, pourtant essentiels à la compréhension du contrat, n'y ont pas été définis⁵⁹. Dans ces cas, plus fréquents que l'on ne pourrait le croire, les tribunaux se sentiront justifiés de faire appel, une fois de plus, à la théorie «passe-partout» de l'attente raisonnable.

Une étude des jugements rendus au cours des dernières années a permis de remarquer que la dimension minimale connaissait un regain de popularité. De nouveau, la théorie semble être vue dans sa dimension minimaliste⁶⁰. Au cours des dernières années, elle fut surtout utilisée lorsque le contrat comportait de véritables ambiguïtés⁶¹.

Dans certains États, seule la dimension minimale a été retenue à ce jour, et la théorie n'est utilisée qu'en présence d'un contrat ambigu⁶².

Ajoutons cependant qu'au fil des ans, les tribunaux se sont mis à voir des ambiguïtés plus facilement, ce qui leur permet de faire référence aux attentes légitimes des assurés sans craindre de faire erreur⁶³.

Le principe du respect de l'attente raisonnable est le reflet de la préoccupation des tribunaux face au contrat d'adhésion que sont souvent les contrats d'assurance: «[...] reflected the court's recognition that insured's do not see the policy until the premium is paid and that even if read the language is complex and difficult to comprehend.»⁶⁴

Nous croyons nécessaire de faire appel à un autre exemple d'application de la théorie dans sa dimension minimale. L'assuré acquiert une assurance auto dont la prime est payable de 6 mois en 6 mois. L'assureur a l'habitude d'envoyer un rappel aux assurés trente jours avant l'échéance. L'assuré n'effectue pas son paiement et nie avoir reçu un avis de l'assureur. L'accident survient sans que le paiement n'ait été effectué. Le litige est donc de savoir si l'assuré a droit au bénéfice de la protection. Une fois de plus, la Cour discute de l'attente raisonnable⁶⁵ après avoir conclu à l'ambiguïté du contrat; l'ambiguïté étant de savoir s'il s'agissait d'un contrat venant à échéance de 6 mois en 6 mois, ou simplement payable de 6 mois en 6 mois, mais venant à échéance tous les ans. L'assureur aurait facilement pu pallier à cette difficulté en envoyant un avis de terminaison de contrat.

En conclusion, dans sa dimension minimale, la théorie de l'attente raisonnable permet d'interpréter le contrat favorablement à l'assuré, de rechercher son intention véritable, lorsqu'il y a matière à interprétation, en se basant sur sa compréhension de la garantie qu'il s'est procurée auprès de son assureur⁶⁶. Cette façon d'interpréter les contrats, non étrangère au droit canadien et québécois, s'est surtout développée aux États-Unis.

Bref, un contrat dans lequel les clauses d'exclusions sont clairement identifiées, et ne présentant aucune ambiguïté, ne sera pas contraire aux attentes raisonnables de l'assuré⁶⁷.

Concluons simplement en ajoutant:

«However, even when not formally embraced by courts, the reasonable expectations analysis often silently affects coverage disputes. Court's interpreting policy languages are often influenced by whether a given result is more

consistent with the objectively reasonable expectations of the litigants.»⁶⁸

b) La dimension maximale

Dans sa dimension optimale, au contraire, la théorie est plus qu'une simple règle d'interprétation puisqu'elle permet d'aller à l'encontre des clauses, même non ambiguës, afin de satisfaire aux attentes de l'assuré, en autant que ces dernières soient raisonnables⁶⁹. Il s'agit de la recherche de l'intention, bien au-delà de la lettre du contrat. Les attentes de l'assuré peuvent donc avoir pour effet d'élargir la protection prévue⁷⁰, même si le texte est dépourvu de toute ambiguïté. Cela signifie que le texte, même clair et non ambigu, doit être lu de façon à ce qu'il réponde aux attentes, raisonnables et légitimes des assurés, en se rappelant que l'assuré comprend son contrat en terme de couverture plutôt qu'en termes d'exclusions. Dans cette dimension, il s'agit plus que d'une simple règle d'interprétation⁷¹.

Il faut garder à l'esprit que la popularité de cette application étendue de la théorie de l'attente raisonnable découle directement du fait que les contrats d'assurance sont bien souvent des contrats d'adhésion et que, dans ces cas, les adhérents doivent être protégés⁷². Au surplus, les limitations et exclusions de garantie doivent être clairement identifiées et ce, aussi en raison du caractère d'adhésion⁷³.

La théorie de l'attente raisonnable, dans sa dimension que nous appelons maximale, a souvent été invoquée en assurance-vie, lorsque le preneur décède alors que seule une police intérimaire a été émise. On prétend alors que l'assuré a droit à la protection, c'est ce à quoi il s'attendait en payant le premier versement⁷⁴. Ainsi, on tentera d'accorder le bénéfice de la couverture à l'assuré qui décède entre le moment de la proposition et celui de l'acceptation définitive du risque par l'assureur. Les démarches et enquêtes subséquentes, à l'émission du contrat intérimaire, sont vues comme une condition résolutoire plutôt que suspensive, afin de faire droit aux attentes légitimes de l'assuré⁷⁵.

Dans sa dimension optimale, la théorie de l'attente raisonnable peut être invoquée, sans même qu'il y ait eu de fausses représentations de la part de l'assureur⁷⁶.

Ainsi:

«The essence of this doctrine is that court will enforce what is found to be objectively reasonable expect to the coverage are explicitly set forth in the particular policy.»⁷⁷

Lorsque l'application de ce principe est reconnue dans une juridiction particulière, cela a pour résultat que les contrats d'assurance soumis à l'attention des tribunaux pourraient être automatiquement interprétés selon les attentes raisonnables⁷⁸.

Nous notons cependant que les tribunaux font appel aux attentes raisonnables des assurés, alors que le contrat n'est pas ambigu, lorsque l'assureur n'a pas porté certaines exclusions importantes à l'attention de l'assuré, que celles-ci sont incompatibles avec le type de protection recherchée, qu'elles sont abusives ou encore rendent le contrat détenu, inutile⁷⁹.

Par exemple, un assuré qui se procure une police d'assurance dite «umbrella» est présumé s'attendre avoir droit à une couverture d'assurance la plus complète possible. Le type de protection recherchée dans ce cas est éloquent. Dans ces situations, les tribunaux ont donc tendance à utiliser la doctrine de l'attente raisonnable et à accorder à l'assuré toute la protection recherchée⁸⁰.

Le but de la doctrine, dans sa dimension maximale, est manifestement d'empêcher que l'assuré ne soit induit en erreur. Les attentes raisonnables de l'assuré seront appréciées le plus objectivement possible, en référant au critère de l'assuré raisonnable. Le recours à la théorie de l'attente raisonnable permettra aussi d'évaluer si l'ensemble des prétentions de l'assuré, à l'égard de la protection à laquelle il croyait avoir droit ou uniquement une partie de ses prétentions⁸¹, doivent lui être octroyées.

L'adoption de cette dimension minimale permet donc aux tribunaux, saisis de litiges, de respecter les attentes raisonnables, peu importe la présence d'ambiguïté car, le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion⁸² et ceux-ci nécessitent des règles de protections particulières pour la partie adhérente.

La dimension maximale de la théorie semble avoir une reconnaissance théorique plus grande que pratique. En effet, une étude de la jurisprudence au sujet de l'attente raisonnable nous permet de constater qu'il y a fréquemment matière à interprétation ou encore que l'assureur ne s'est pas conformé à son obligation de renseignement⁸³ lorsque la théorie est utilisée.

c) L'étendue de la reconnaissance au Québec

Bien des auteurs se sont dit d'avis que la théorie de l'attente raisonnable, telle qu'élaborée en droit américain, peut être employée avec succès devant les tribunaux canadiens et québécois⁸⁴. Malgré cela, nous avons plutôt tendance à penser⁸⁵ que seule la dimension

minimale a été retenue car, dans les cas où la théorie fut utilisée, il y avait matière à interprétation et le contrat, objet du litige, n'était pas des plus limpides.

En fait, on réfère souvent aux attentes raisonnables des assurés, mais uniquement comme outil afin de découvrir les intentions véritables des parties et lorsque le contrat a réellement besoin d'être interprété ou encore lorsque sa compréhension en est difficile⁸⁶.

De plus, on parle souvent de la théorie de l'attente légitime, sans pour autant élaborer sur le contenu et l'étendue de la théorie. Les tribunaux québécois tentent, par le biais des attentes, de découvrir les intentions raisonnables qu'ont pu avoir les assurés à l'égard de tel ou tel type d'assurance⁸⁷.

Les tribunaux québécois et aussi canadiens ont utilisé la doctrine comme un indice ou un guide permettant d'interpréter les ambiguïtés contre l'assureur et de protéger les assurés de certains abus⁸⁸. Rarement, la doctrine a servi à contrer les effets d'une clause claire et non ambiguë dont l'assuré raisonnable aurait dû avoir connaissance. Bref, le principe qui semble prévaloir est que le contrat doit être interprété raisonnablement⁸⁹, en prenant en considération les intentions raisonnables des parties.

Il y a quelques années, la Cour suprême esquissait les prémisses de la reconnaissance de la théorie⁹⁰, en prenant soin de rechercher quelles étaient les intentions raisonnables de l'assuré en souscrivant à une assurance. Sans parler explicitement d'attente raisonnable il y avait tout de même une reconnaissance implicite du respect de l'attente raisonnable.

L'une des premières reconnaissances implicites de ce principe remonte à quelques années dans une affaire concernant une police intérimaire d'assurance-vie. La Cour suprême du Canada a considéré ces polices comme procurant une couverture immédiate, autrement cela serait contraire aux attentes légitimes des assurés. Effectivement, souvent rien dans la proposition n'indique de façon expresse que la protection dépend d'une preuve ultérieure d'assurabilité. La Cour suprême a donc considéré qu'il s'agissait d'une assurance provisoire, susceptible d'annulation⁹¹.

Une reconnaissance, cette fois plus explicite de l'application de la théorie dans sa dimension minimale, fut également donnée dans un jugement dissident de la Cour suprême. C'est ainsi que l'affaire *Scott c. Wawanesa*⁹² a fait couler beaucoup d'encre. Certains auteurs, dont le professeur Bergeron⁹³, y ont vu une reconnaissance claire de l'application de la théorie américaine sur les

attentes raisonnables en territoire canadien. Avant de discuter plus longuement de cette affaire, mentionnons que les faits à l'origine ont eu lieu en Colombie-Britannique. Un jeune garçon est trouvé coupable d'avoir mis le feu à la résidence de ses parents. Les parents réclament auprès de leur assureur les dommages subis. L'assureur refuse de les indemniser, vu la définition du terme assuré que l'on retrouve au contrat. Or, dans un dissidence intéressante le juge Laforest note:

«[...] les tribunaux doivent être guidés dans l'interprétation d'une police d'assurance, par les attentes légitimes d'une personne ordinaire et le but raisonnable qu'elle se fixe en concluant un tel contrat; les termes employés dans la police doivent recevoir leur sens usuel, savoir celui que lui donneraient tant l'assureur que le titulaire de la police, ordinaire, doué d'une intelligence normale.»⁹⁴

Le juge L'Heureux-Dubé, quant à elle, considérait qu'il n'y avait pas matière à interprétation⁹⁵, peu importe la règle utilisée, car la clause en litige n'était pas ambiguë. Nous comprenons qu'elle considère que la référence aux attentes des assurés peut se faire uniquement en présence d'ambiguïté.

La considération des attentes légitimes aide donc à découvrir quelles sont les intentions de l'assuré; elle est un support permettant cette recherche.

Un an plus tard, en étant au prise avec l'interprétation d'une clause hypothécaire, la Cour suprême reconnaissait de nouveau l'importance des attentes légitimes des assurés⁹⁶; dans une opinion majoritaire cette fois, il y avait ambiguïté et il ne faisait aucun doute que le contrat devait être interprété.

De même, une récente décision rendue par la Cour d'appel, dans l'affaire opposant le *Groupe Commerce c. Service d'entretien Ribo*⁹⁷, faisait référence aux attentes légitimes. Dans cette affaire, l'assuré n'avait que parcouru la page frontispice de la police émise et avait erronément conclu qu'il était assuré pour l'ensemble des activités auxquelles se livrait son entreprise de nettoyage de vitres. Or, au moment où un avis de réclamation fut présentée, la clause d'exclusion qui fut invoquée par l'assureur n'était pas claire, elle était donc sujette à interprétation. Au surplus, l'importance de l'exclusion en cause, eu égard au type de protection recherchée par l'assuré, permettait aussi d'appliquer les règles concernant les divergences. C'est dans ce contexte que la Cour d'appel fit droit aux attentes de l'assuré! Il y avait cependant divergence et ambiguïté dans le contrat en cause⁹⁸.

Le type de protection qui a été recherchée par l'assuré influencera l'interprétation qui sera éventuellement donnée au contrat. Il serait effectivement difficile de comprendre qu'un assuré s'étant procuré une police multirisque se voit refuser l'application de la garantie pour une activité importante de son entreprise⁹⁹.

Nous retrouvons dans ces dernières décisions le reflet des réalités de la jurisprudence québécoise. D'une part, sans référer explicitement à la théorie de l'attente raisonnable, celle-ci est dans les faits respectée puisqu'il y a une recherche de l'intention de l'assuré. D'autre part, il est possible d'atteindre le même résultat en utilisant adéquatement les autres règles d'interprétation.

La jurisprudence tant québécoise que canadienne a donc référé, à l'occasion, à cette théorie connue aux États-Unis sous le nom de *reasonable expectations*. Cependant, nous avons remarqué que, dans bien des cas, le contrat en cause ne pêchait pas par excès de clarté.

□ 2.2 Les critiques

a) Les désavantages de la théorie

C'est sans véritable surprise que nous notons que l'application de la théorie de l'attente raisonnable des assurés, dans sa dimension maximale, a été à l'origine de vifs débats. Il y a les fervents partisans et les autres. Les juristes qui militent contre l'application d'un principe tel que celui-là ont clamé haut et fort, que cela créerait trop d'incertitudes¹⁰⁰ susceptibles de déranger le fragile équilibre¹⁰¹ de la répartition des risques. Ils estiment que ce déséquilibre défavorisera finalement les assurés puisque l'instabilité obligera les assureurs à augmenter le coût de l'assurance.

Une autre critique résulte du fait que l'application étendue de la théorie peut inciter les tribunaux à créer de nouveaux contrats¹⁰², en imposant aux parties des conditions et obligations non prévues au contrat tel que conclu. Il y aurait alors un frein important à la liberté contractuelle pourtant privilégiée depuis le début du siècle.

De plus, une application généralisée de la doctrine pourrait mener aussi à des abus de la part des assurés qui ne feront plus aucun effort pour se renseigner sur le contenu du contrat auquel ils s'appêtent à souscrire¹⁰³, ne prenant pas la peine de lire le contrat, se contentant plutôt de prétendre qu'ils avaient l'intention et croyaient être couverts pour tel ou tel type de risques¹⁰⁴. Toutefois, nous croyons que si l'assuré n'a pas assumé adéquatement son obligation de se renseigner, la doctrine ne devrait pouvoir être invoquée avec succès.

Certains États américains, dont la jurisprudence tendait à reconnaître l'application de la théorie, dans sa dimension maximale, ont changé de cap après quelques années¹⁰⁵, remarquant que les abus des assurés se faisaient de plus en plus fréquents et que les tribunaux, de leur côté, étaient prédisposés à créer de nouveaux contrats sous prétexte de respecter les attentes raisonnables des assurés.

Cependant, si au contraire seule la dimension minimale de la théorie doit recevoir application, c'est-à-dire que les tribunaux ne puissent y référer qu'en cas d'ambiguïté, il n'y aurait alors rien de nouveau¹⁰⁶, si ce n'est une application différente et un peu plus moderne du principe déjà reconnu voulant que la recherche de l'intention véritable des parties, et particulièrement celle de l'assuré, doit être favorisée.

L'un des autres désavantages de la théorie, qui reflète aussi les difficultés d'application, est qu'il est très difficile de trouver de la cohésion entre les différentes décisions rendues quant à son étendue et ce, même au sein d'un même État¹⁰⁷.

b) Les avantages de la théorie

Si certains critiquent vertement le recours aux attentes raisonnables des assurés, d'autres le saluent au contraire avec soulagement¹⁰⁸, croyant qu'il s'agit là d'un mal nécessaire tant que les assureurs ne décideront pas de revoir le contenu de leur police, leur méthode de souscription et celle de leur publicité. La théorie aura au moins pour effet de sensibiliser les assureurs à donner une meilleure information aux assurés et à garantir une certaine équité dans ce rapport de forces trop souvent inégales entre les assureurs et les assurés¹⁰⁹.

Dans l'attente de ces changements dans le monde de l'assurance, il importe donc pour les partisans de rétablir l'équilibre entre les forces en présence, en obligeant notamment l'assureur à beaucoup plus de transparence¹¹⁰.

Si les assureurs faisaient preuve de plus de transparence et renseignaient l'assuré sur la teneur de la police, les risques couverts, et ceux spécifiquement exclus, portés à leur connaissance, nous n'aurions pas besoin d'invoquer la théorie de l'attente raisonnable, celle-ci deviendrait sans objet. Les attentes de l'assuré ne pourraient être contraires aux explications et renseignements qui leur ont été fournis.

Un autre avantage de la théorie serait d'éviter la création d'ambiguïté, par les tribunaux là où il n'y en a pas vraiment¹¹¹, sous

prétexte de protéger l'assuré et tenter de le faire bénéficier, à tout prix, de la protection de la garantie.

À ceux qui craignent les effets d'une reconnaissance systématique de la doctrine des attentes raisonnables, les tribunaux répondent:

«Even when formally recognized or informally influential, however, the principle of honoring reasonable expectations is no guarantee of victory for a plaintiff against an insurer.»¹¹²

En fait, la jurisprudence a clairement établi que ce n'est pas parce qu'il est fait appel à la théorie de l'attente raisonnable que la décision sera nécessairement d'accorder la protection recherchée à l'assuré. Un cas flagrant nous permet d'illustrer ce fait¹¹³. Un assuré souscrit à une assurance-vie, mais au moment où il reçoit son avis d'assurance intérimaire informe le courtier qu'il a changé d'idée et lui donne instruction de retourner la police. Il décède cependant avant que le contrat ne soit retourné, mais sans qu'aucune prime n'ait été payée. Le tribunal conclut dans cette affaire que l'assuré ne s'attendait à aucune protection.

Au surplus, ajoutons que l'assuré qui a, dans les faits, pris connaissance et compris l'étendue et la portée des clauses de limitation de garantie et d'exclusion, ne pourra invoquer cette doctrine avec succès afin d'obtenir une protection plus étendue que celle prévue car, dans ces cas, ses attentes parfaitement contraires à sa connaissance ne sauraient être raisonnables.

Une autre conséquence positive de l'application de la doctrine serait d'obliger les assureurs à donner aux assurés une information plus complète au moment de la conclusion du contrat; puisque la connaissance de l'assuré empêche l'invocation d'attentes autres¹¹⁴.

Notes

1 Mary PEJRIL, «Reasonable Expectations: Contract Ambiguity v. Arbitrary Application Iowa», (1985) 34 *Drake L.R.* 1065, p. 1065.

2 Robert E. KEETON, *Basic Text on Insurance Law*, St-Paul, Minn., West Publishing Co., 1971; D. GOODHUE, «The Doctrine of Reasonable Expectations in Massachusetts and New-Hampshire: a Comparative Analysis», (1982) 17 *New Eng. Rev.* 891; W. M. LASHNER, *loc. cit.*, note 66.

3 *Kievit v. Loyal Protective Life Ins. Co.*, 34 N.J. 475, 482, 170 A.2d 22, 26, p. 26.

4 *Gray v. Zurich Ins. Co.*, 65 Cal. 2d 263, 419 P.2d 168, 54 Cal Rptr.104, p. 108 (1966).

5 R. E. KEETON, «Reasonable Expectations in the Second Decade», (1976) 12 *Forum* 275, p. 278.

6 J.G. BERGERON, *op. cit.*, note 23, p.116 et suiv.; Claude BELLEAU, «L'interprétation des contrats suivant la théorie des attentes légitimes de l'assuré», (1992-93) 60 *Assurances* 79.

7 G. J. COUCH, *op. cit.*, note 23, 15:16.

8 R. E. KEETON, *loc. cit.*, note 17, p. 967.

9 R. E. KEETON, *op. cit.*, note 95, p. 351.

10 R. E. KEETON, *loc. cit.*, note 98, p. 275(80).

11 William M. HOLBURN, «Reasonable Expectations», (1988) 6 *Can. J. Ins. L.* 95; Alan J. MITTELMAN, «Reasonable Expectations and Bad Faith in the Settlement of Health Insurance Claim», (1983-84) 19 *Forum* 340.

12 H. F. PERLET, *loc. cit.*, note 73, p. 123.

13 G. J. COUCH, *op. cit.*, note 23, 15:16; dans l'ouvrage de John Alan APPLEMAN, *Insurance Law and Practice*, St-Paul, Minn., West Publishing, 1987, #7386. On note quelques différences dans la conception du principe puisque, cette fois il est indiqué que le contrat doit être lu en accord avec les attentes raisonnables des assurés, en autant que les termes du contrat le permettent. La différence entre les deux ouvrages nous indique à quel point il peut être difficile de définir la doctrine des attentes raisonnables.

14 John Alan APPLEMAN, *Insurance Law and Practice*, St-Paul, Minn., West Publishing, 1987, #7386.

15 R. E. KEETON, *op. cit.*, note 95, p. 351.

16 *Exportations Consolidated Bathurst c. Mutual Boiler and Machinery Ins. Co.*, précité, note 19, 904.

17 W. M. LASHNER, *loc. cit.*, note 66: L'auteur remarque que l'adoption de la théorie a pour effet de transférer le fardeau de preuve sur l'assureur, qui doit alors prouver que l'assuré a reçu des explications suffisantes.

18 Sheldon FLECK, «Reasonable Expectations: The Insurers Dilemma», (1975) 24 *Drake L.R.* 853. p.855.

19 R. E. KEETON, *op. cit.*, note 95, p. 350: L'auteur croit que la théorie permet de distinguer le droit américain du droit anglais; et B. MOORE, *loc. cit.*, note 63, p.226; D. LLUELLES, *op. cit.*, note 16, p.98.

20 À cet égard, nous partageons l'opinion exprimée par B. Moore, dans son article portant sur les clauses abusives: B. MOORE, *loc. cit.*, note 63, p. 226 et suiv.

21 Malcolm CLARKE, «The Reasonable Expectations of the Insured in England», (1989) *Journal of Bus. Law* 389.

22 B. MOORE, *loc. cit.*, note 63, p. 225.

23 M. CLARKE, *loc. cit.*, note 114, p.401.

24 *Id.*, p.395.

25 G. J. COUCH, *op. cit.*, note 23, 15:16.

26 René DEMOGUE, *Traité des obligations*, T.2, Paris, Librairie Arthur Rousseau, 1923, 969p., 316.

27 *Id.*, p.311; Ainsi par exemple, le contrat sera substantiellement transformé si quelqu'un prend un abonnement à l'électricité et qu'il lui est défendu d'allumer sa lampe. Un tel contrat serait en tout point contraire aux attentes de l'adhérent. (p. 316).

28 J. GHESTIN, *Traité de droit civil, Les obligations - Les effets du contrat*. Paris, L.G.D.J., 1992, p. 39.

29 *Mémoire du Barreau du Québec sur le Code civil du Québec, Théories des obligations*, Projet de loi 125, Livre V, 1991, voir aussi au même effet, Rémi MOREAU, «Que sont devenues les réalités de l'assurance?», (1990-91) 58 *Assurances* 335, il considère que la règle des attentes légitimes est inappropriée au droit des assurances vu sa subjectivité et qu'au surplus, elle pourrait être fort déstabilisante pour l'industrie.

30 M. PEJRI, *loc. cit.*, note 94, p. 1065; S. FLECK *loc. cit.*, note 111, 24: 853.

31 *Di Santo v. Enstrom Helicopter Corp.*, (1980 ED Pa) 489 F. Supp 1352, p. 1359; *Entreprises Tools Inc. v. Export-Import Bank of the United States*, précité, note 20, 439; *Grinnel Mut. Reinsurance Co. v. Wasmuth*, 432 N.W. 2d 495, p. 497.

32 Nous nous permettons ici d'emprunter la classification faite par le professeur Didier LUELLES, *op. cit.*, note 16, p. 99; Claude BELLEAU, «L'harmonisation du droit civil et de la Common Law» (1991) 32 C. de D. 971, discute aussi des deux volets de la théorie.

33 R. E. KEETON, *loc. cit.*, note 98.

34 W. LASHNER *loc. cit.*, note 66, p. 1184; *Cal Farm Ins. Co. v. TAC Exterminators*, précité, note 59, 410.

35 Voir notamment à titre d'illustration: *Sparks v. Republic Nat. Life Ins. Co.*, 647 P.2d 1127.

36 W. LASHNER, *loc. cit.*, note 66, p. 1191.

37 A. J. MITTELMAN, *loc. cit.*, note 104, p. 343.

38 *Keenan v. Industrial Indem. Ins. Co. of the Northwest*, 738 P.2d 270.

39 W. M. HOLBURN, *loc. cit.*, note 104, p. 2.

40 *Centennial Ins. Co. v. Zilberberg*, 422 N.W. 2d 18, p.22: dans ces cas, il n'y a pas nécessairement ambiguïté au sens classique du terme, mais il y a, à tout le moins, un manque de transparence de la part de l'assureur.

41 Exemple tiré de l'affaire *Hurd v. Republic Ins. Co.* 169 Cal. Rptr. 675; voir aussi dans le même sens *Groupe Commerce, Cie. d'assurance c. Services d'entretien Ribo Inc.*, précitée, note 34.

42 *Beaumont-Gribin-Von Dyl Management Co. v. California Union Ins. Co.*, [1976], 134 Cal. Rptr. 25, p.28.

43 *Morgan c. Greater N.Y. Taxpayers Mut. Ins. Ass'n.*, [1953], 112 N.E. 2d 273, p. 275.

44 *Entreprises Tools Inc. v. Export-Import Bank of the United States.*, précité, note 20, 442; *Grinnel Mut. Reinsurance Co. v. Wasmuth*, 432 N.W. 2d 495, p. 497.

45 *Cody v. Remington Electric Shavers, Div. of Sperry Rand Corp.* [1980], 427 A.2d 810, p. 812.

46 *Id.*

47 *Hahn v. Alaska Title Guaranty Co.*, [1976], 557 P.2d 143, p. 146.

48 *Insurance Co. of North America v. Gibrasco Inc.*, 847 F.2d 530, p. 534.

49 *Marston v. American Employees Ins. Co.*, précité, note 20, 1039.

50 *Mutual of Enumclaw Ins. Co. v. Wood By-Products Inc.*, 695 P.2d 409, p. 413. On retrouve des propos similaires dans *National Mutual Insurance Co. v. Mc Mahon & Sons Inc.*, 356 S.E. 2d 488, p. 495.

51 *Cal Farm Ins. Co. v. T.A.C.Exterminators*, 218 Cal. Rptr. 407, p. 410.

52 *Casey v. Highlands Ins. Co.*, [1979], 600 P.2d 1387, p. 1391.

53 *Middlesex Mut. Ins. Co. v. Bright*, [1980], 165 Cal. Rptr. 45, p. 51.

54 *Crawford v. Ranger Ins. Co.*, [1981], 653 F.2d 1248, p. 1251; il s'agit d'un cas où, vu l'absence d'ambiguïté, la doctrine des attentes raisonnables fut jugée inappropriée.

55 *Illinois Casualty Co. v. Peters*, [1979], N.E. 2d 547, p. 549.

56 *Entreprise Tools v. Export-Import Bank of the United States*, précité, note 20, 442.

57 *Id.*, p. 442; *Grinnel Mut. Reinsurance Co. v. Wasmuth*, précité, note 137, 497.

58 *Grinnel Mut. Reinsurance Co. v. Wasmuth*, 432 N.W. 2d 495, p. 497. Dans cette affaire, on se demandait si l'exclusion concernant la pollution devait trouver application dans le cas où la pollution était causée par l'installation négligente de matériaux de construction.

59 *Employers Casualty Co. v. Northwestern Nat. Ins. Group*, 167 Cal. Rptr. 296, p. 299.

60 Il est toutefois difficile de trouver cohésion entre les décisions rendues dans un même état: R. HENDERSON, «The Doctrine of Reasonable Expectation in Insurance Law after Two Decades», (1990) 51 *Ohio State L.J.* 823, p. 839.

61 D. L. GOODHUE, *loc. cit.*, note 95, p. 900.

62 *Id.*, p. 917.

63 A. J. MITTELMAN, *loc. cit.*, note 104, p.343 et Jeffrey N. STEMPEL, «Insurance Law: Reading Between the Lines - Insurance Contract Interpretation», *Trial*, September 1995, p. 74.

64 W. M. HOLBURN, *loc. cit.*, note 104, p. 95.

65 *Gibson v. Milwaukee Mut. Ins. Co.*, 265 N.W. 2d 742, p. 745.

66 *Exportations Consolidated Bathurst c. Mutual Boiler & Machinery Insurance Co.*, précité, note 19.

67 *National Ins. Underwriters v. Carter*, [1976], 551 P.2d 362, p. 367.

68 J. N. STEMPEL, *loc. cit.*, note 156, p. 75.

69 C. BELLEAU, *loc. cit.*, note 99.

70 J.-G. BERGERON, *op. cit.*, note 23, p. 11.

71 R. HENDERSON, *loc. cit.*, note 153, p. 830.

72 *Cal Farm Ins. Co. v. T.A.C. Exterminators*, 218 Cal.Rptr. 407; A. J. MITTELMAN *loc. cit.*, note 104; W. LASHNER, *loc. cit.*, note 66; H.F. PERLET *loc. cit.*, note 73.

73 M. PEJRIK *loc. cit.*, note 94, p. 1066.

74 *Matchett c. London Life Ins. Co.*, [1986] 13 C.C.L.I. 298 et *Kompon et al. v. Eaton-Bay Life Assurance Co.*, [1982] I.L.R. 5930.

75 *Zurich Life Ins. Co. c. Davies*, [1981] 2 R.C.S. 670; J. G. BERGERON, *op. cit.*, note 23; *Guimond c. La Prudentielle*, J.E. 95-876 (C.S.).

76 H.F. PERLET *loc. cit.*, note 73, p. 123.

77 D. GOODHUE, *loc. cit.*, note 95, p. 893.

78 C'est notamment le cas au New-Hampshire, *Id.*, p. 903

79 Alan L WANS, «Washington's Judicial Invalidation of Unambiguous Exclusion Clauses», (1992) 67 *Wash. L.R.* 215.

80 *Bryan Construction Co. v. Employer's Surplus Lines Ins. Co.*, 60 N.J. 375, 377, 290 A.2d 138, 139.

81 *Corgatelli v. Globe Life Ins. and Acc. Ins. Co.*, 533 P.2d 737, p. 741.

82 *Magulas v. Travelers Ins. Co.*, 327 A.2d 608, p. 609.

83 Nous reviendrons plus longuement sur cet aspect.

84 J.G. BERGERON, *op. cit.*, note 23; C. BELLEAU, *loc. cit.*, note 125.

85 À l'instar du professeur Didier LLUELLES, *op. cit.*, note 16, p.99.

86 *Solario c. Wellington Ins. Co.*, précité, note 75, jugement rendu le 16 juin 1994, p. 2: «Les demandeurs étaient encore assurés chez la défenderesse. Cette dernière plaide que la police ne couvre pas ce genre de dommages. Les demandeurs étaient confiants d'être couverts. Il est difficile pour une personne raisonnable de comprendre les termes de cette police.». Le tribunal poursuit en faisant référence aux dispositions législatives concernant les clauses abusives.

87 *Ateliers M. Pardiac c. Groupe Desjardins*, [1991] R.R.A. 158 (C.S.).

88 W.M. HOLBURN, «Reasonable Expectations II», (1989) 7 *Can. J. Ins. L.* 95; *Davies v. Zurich Life Ins.*, [1981] 2 R.C.S. 670; *Pettit v. Economical Mutual Ins. Co.*, (1982) 40 O.R. (2d) 344; *Matchett v. London Life Ins.*, précité, note 167; *Piggot Construction v. Saskatchewan Ins. Office*, (1985) 16 C.C.L.I. 204; *Banque Nationale de Grèce c. Katsikonouris*, [1990] 2 R.C.S. 1029.

89 *Brissette, Succession c. Westbury Life Ins. Co.*, [1992] 3 R.C.S. 87, p. 104; en appel de la Cour d'appel de l'Ontario.

90 *Exportations Consolidated Bathurst c. Mutual Boiler*, précité, note 19; J. G. BERGERON, *op. cit.*, note 23, p. 118.

91 *Zurich Life Ins. Co. c. Davies*, précité, note 168; en appel de la Cour d'appel de l'Ontario; plusieurs ont vu dans ce raisonnement la reconnaissance de l'importance de prendre en considération les attentes légitimes des assurés. Nous nous permettons toutefois d'ajouter que même si ces contrats ne sont pas ambigus, au sens littéral du terme, ils n'en demeurent pas moins fort difficiles à comprendre pour un assuré «raisonnable».

92 [1989] 1 R.C.S. 1445.

93 J.G. BERGERON, *loc. cit.*, note 27.

94 *Scott c. Wawanesa Mutual Insurance Co.*, précité, note 27, 1455.

95 *Id.*

96 *Banque Nationale de Grèce c. Katsikonouris* précité, note 181, en appel de la Cour d'appel du Québec.

97 *Groupe Commerce, Cie. d'assurance c. Services d'entretien Ribo Inc.*, précité, note 34.

98 *Id.*, p. 963.

99 *Commercial Union c. Pentagon Construction Canada Inc.*, [1989] R.J.Q. 1399 (C.A.); dans cette affaire, l'assureur avait nié couverture à l'assuré en invoquant l'exclusion concernant les malfaçons. L'assuré chargé de la construction de piliers de ponts avait dû les recommencer à grands frais lorsque des fissures avaient été découvertes. La cour s'est demandée quelle serait l'utilité d'une police multirisques, s'il fallait exclure toute activité reliée à la construction de l'objet assuré.

100 M. CLARKE, *loc. cit.*, note 114; C.L. SQUIRES, «Skeptical Look at the Doctrine of Reasonable Expectation», (1971) 6 *Forum* 252.

101 M. CLARKE, *loc. cit.*, note 114, p.390.

102 *Casey v. Highlands Ins. Co.*, précité, note 145, 1391; *Illinois Casualty Co. v. Peters* précité, note 148, 549.

103 H.F. PERLET *loc. cit.*, note 73.

104 A.W. LATOURETTE, «Role of the Public Policy and Reasonable Expectations in Construing Insurance Contracts», (1974) *Temp. L.Q.* 47:748, p. 754.

105 W. LASHNER, *loc. cit.*, note 66, p. 1191.

106 C.L. SQUIRES *loc. cit.*, note 193, p. 256.

107 R. HENDERSON, *loc. cit.*, note 153, p. 838.

108 D. GOODHUE, *loc. cit.*, note 95, p. 918.

109 M. CLARKE, *loc. cit.*, note 114, p. 390.

110 *Id.*

111 R. E. KEETON, *op. cit.*, note 95, p.351; C.L. SQUIRES *loc. cit.*, note 193, p. 255: nous croyons toutefois que dans les faits, les tribunaux continuent à avoir tendance à voir des ambiguïtés là où il n'y en a pas réellement.

112 *Davenport c. Royal Globe Ins.*, 490 F.Supp. 286, p. 291.

113 *Griffin v. Aetna Life Ins. Co.* p. 759.

114 *Middlesex Mutual Ins. Co. v. Bright*, précité, note 146, 51.

INSURANCE FRAUD ESTIMATION: MORE EVIDENCE FROM THE QUEBEC AUTOMOBILE INSURANCE INDUSTRY

by Louis Caron, a.s.a. and
Georges Dionne, Ph.D.

RÉSUMÉ

Cet article présente une extension d'une étude sur l'évaluation de la fraude à l'assurance dans l'industrie de l'assurance automobile du Québec (Dionne et Belhadji, 1996). Les résultats de cette recherche indiquaient que 3 à 6,4% des montants des réclamations payées (excluant ceux pour bris de vitre seulement) étaient frauduleux, soit un total des réclamations variant entre 28 et 61 millions de dollars en 1994-1995. Cette évaluation était un plancher, car elle était limitée à la fraude observée seulement. Dans cette recherche, nous appliquons une méthode statistique qui permet d'évaluer la fraude totale dans l'industrie pour la même période. Nos résultats multiplient par 3,4 le pourcentage de dossiers frauduleux obtenus dans Dionne et Belhadji, ce qui représente un total de réclamations variant de 96,2 à 208,4 millions de dollars en 1994-1995. Notre Meilleur Estimateur génère un taux de fraude de 10% ou 113,5 millions de dollars. Un corollaire intéressant de ce résultat est que les enquêteurs des entreprises qui ont participé à l'enquête (représentant 70% du marché) ont observé seulement $\frac{1}{3}$ de la fraude potentielle dans les dossiers fermés étudiés. Nous pouvons interpréter ce ratio comme un indice d'efficacité du processus de vérification de l'industrie. Une question naturelle est: Pourquoi cet indice est-il si faible ?

Mots clés: Fraude à l'assurance, industrie québécoise de l'assurance automobile, fraude observée, fraude estimée, phénomène dissimulé, enquêteurs, estimateurs de données de comptage, robustesse.

The authors:

Louis Caron is a Ph.D. student in economics at Université de Montréal. Georges Dionne holds the Risk Management Chair at École des HEC.

This research is an extension of Caron (1996). The authors wish to thank Le Bureau d'Assurance du Canada and CRT - Université de Montréal for their financial support.

This article follows a previous study on insurance fraud in the Quebec automobile insurance industry (Dionne and Belhadji, 1996). Results from that research showed that 3 to 6.4% of all claim payments (excluding those for "glass damage only") contained fraud, representing 28 to 61 million dollars in 1994-1995. This evaluation was a minimum since it was limited to observed fraud only. In this paper, we apply a statistical method to estimate the total fraud level in the industry for the same period. Our results show a multiplicative factor of 3.4% of fraudulent files found in Dionne and Belhadji, which means that total fraud payments ranged from 96.2 to 208.4 million dollars in 1994-1995. Our Best Guess Estimator yields roughly a 10% fraud rate or about 113.5 million dollars. An interesting corollary in this finding is that the claim adjusters who participated to the survey (representing 70% of the market), observed only 1/3 of the potential frauds in the studied closed files. One can interpret this number as an index of efficiency for the entire verification process in the industry. A natural question is: Why is this index of efficiency so low?

Keywords: Insurance fraud, Quebec automobile insurance industry, observed fraud, estimated fraud, hidden phenomenon, claim adjusters, count data estimators, robustness.

■ INTRODUCTION

This article follows a previous study on insurance fraud by Dionne and Belhadji (1996). It uses the same data bank. Eighteen companies have contributed to the survey of this study, representing 70% of the Quebec automobile insurance market in 1994. Claim adjusters randomly reopened 2,509 closed files, or 2,772 coverages, to evaluate the significance of insurance fraud.

Results from this study showed that 3 to 6.4% of all claim payments contained fraud, representing 28 to 61 million dollars in 1994-1995. This evaluation was a minimum since it was limited to observed fraud only. Their definition of fraud included build-up, opportunistic fraud and planned fraud (see Weisberg and Derrig (1993) for a detailed discussion of different fraud definitions; for recent studies on insurance fraud, see the "References" section).

The objective of this paper is to apply a statistical method to estimate the total fraud level in the industry. From the data, investigators found 19 established fraud cases out of the 2,772 coverages,

and 123 suspected cases with a degree ranging on a scale from 1 to 10, where 10 means that the case was suspected of having a probability of being fraudulent close to one.

If one considers that only the coverages with established fraud are actually fraudulent, then one obtains a 0.69% fraud level. One can also think that the established and the suspected cases are *all* fraudulent with a probability equal to one. This observation yields a 5.1% fraud level for the 2,772 coverages or 5.4% for the 2,454 closed files with complete information. In both cases the assumptions are extreme and are limited to observed fraud.

Another possibility is to start with the assumption that, when fraud is established, these coverages are fraudulent with a probability equal to one. This yields a 0.69% lower bound for fraud. We can also say that suspected coverages are “more likely” to represent fraud than the unsuspected ones. In other words, we can assume that at least “some” of these other coverages contain some fraud.

But one may ask: To what extent does the observed fraud underestimate the real fraud? Are we seeing the whole picture or just the tip of an iceberg? This paper proposes an answer.

In the following sections the methodology used for the estimation process is presented and major problems encountered are discussed. A succeeding section presents some estimation results obtained from the data in Dionne and Belhadji (1996), and the last section will wrap-up the results and interpret them in terms of claim payments for the industry. The main results are interpreted in the concluding section.

■ PROBLEMS AND METHOD

In standard statistical evaluations of a ratio, both the numerator and the denominator are perfectly observable. With some subset of the population one can get a robust estimator of the sought proportion.

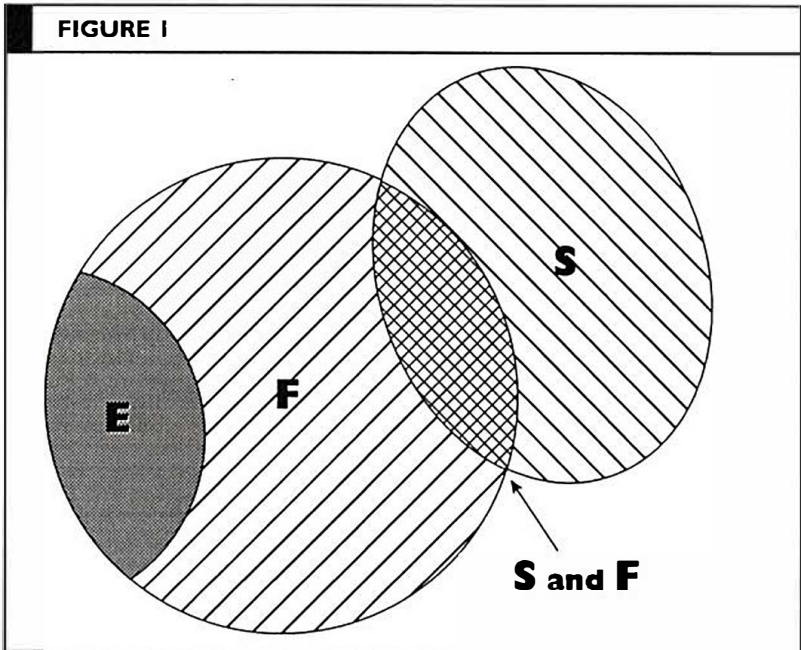
The major problem when we have to evaluate the significance of fraud in a given market, is one of estimation. We cannot find easily a proportion of fraud over all coverages because the numerator of this proportion is hidden information. In other words, we do not know with certainty the value of this numerator even in the sample. Consequently, we have to resort to a *count data estimator*

of some *hidden phenomenon*. The major statistical problem associated with these estimators is their lack of *robustness*.

Figure I will help to illustrate the problem. Set F represents total fraud in the market while sets E and S show respectively the established and suspected fraud. Clearly, for “fraud proportion” the cardinal of set F is what we are looking for to be our numerator over total claims.

The result given in Dionne and Belhadji for observed fraud (19 fraud cases or 0.69%) is represented here by the shaded set E. Since set E is the Established fraud set, then clearly, it is completely contained in the total fraud set F. Set E is in fact a lower bound for set F. Established fraud (set E) is *known* but it is only part of the total fraud (set F).

We also have a Suspected fraud set (S) with a degree of suspicion for each claim in that set. Some of these suspected fraud cases are really fraudulent, hence they are part of set F, noted here as “S and F”. In Dionne and Belhadji (1996), we could see several assumptions on the size of “S and F” ranging from 0 and yielding 0.69% fraud, to 100% of set S and yielding 5.1% fraud. Whatever the assumption used, the total fraud set F was only composed of Established fraud E plus some part of the Suspected fraud S, with the remainder of set F being empty. In other words, Dionne and



Belhadji (1996) assumed that claims that are neither established nor at least suspected fraudulent by claim adjusters are *never* fraudulent.

In order to estimate the cardinal of set F we have to use a count data estimator. The origins of count data estimators date back to Student with Poisson's law, which is well suited for rare occurrences. The advance in genetic science led Fisher to consider the problem with the Negative Binomial law. The Binomial law, for the purpose at hand, was first considered by Binet (1954) and had two major properties.

The first property is that this law has an implicit lower bound, which is the observed number of success in the data. For example, one cannot obtain "100" from a Binomial law with parameters 70 and p , $\text{Bin}(70,p)$, no matter what " p " is. So, if the number of established fraud cases in some set is 15, we cannot assume with the Binomial law to have, say, 10 fraudulent cases in this set.

The second property is one of intuition regarding the definition of " p ". If we assume that the number of detected fraud we find in any set follows a $\text{Bin}(n, p)$, with " n " being the total number of fraud cases, then, by definition, " p " will be the conditional probability of detecting a fraud, given that the claim is fraudulent. So, if we can estimate this "index of efficiency" of claim adjustment staff, we can also find, as a by-product, the total number of fraud, which is what we are mainly looking for.

For example, if we find that a claim adjuster will detect a fraud, given the claim is fraudulent with a probability of 0.5, then according to the Binomial law, since $E[X] = np$, we should double our findings in order to get " n ", the total number of fraudulent cases: $n = E(X)/0.5$ where $E(X)$ is the expected number of fraud cases.

■ MODEL

Therefore, our assumption is that the detection process of fraud follows a $\text{Bin}(n,p)$, with " n " and " p " being the unknown parameters. A method to estimate these parameters is the Method of Moments.

Since there are two parameters in this estimation process, one then needs at least two moments, $E[X]$ and $\text{Var}[X]$. Since our objective is to compute a variance between each group; consequently we need more than one group. For that reason, one has to use a stochastic process to put the data into a number of sets S_1, S_2, \dots, S_K .

There is a trade-off in the choice of the number of sets (K). When K is large, the moments are more stable and precise. But as K increases, it becomes more difficult to maintain the Binomial assumption that each set has the same $\text{Bin}(n,p)$. The “ p ” parameter does not change, but the more groups we have, the less elements we have in each group and hence, the less we can say that there is the same number “ n ” of total fraud cases in each group.

We therefore have to choose a K , or repeat the same experiment with different values of K , and verify how large the variations are between the results for different K 's. We will further comment on this point in the next section.

Once we have chosen the number of groups, we can proceed with the estimation of the two moments, and then find the estimation of the two parameters, “ n ” and “ p ”, as follows.

Let us use the notation μ and σ^2 for the mean and the variance, respectively:

$$\mu = E[X] = np,$$

$$\sigma^2 = V[X] = np(1 - p).$$

Then, we can easily find that $n = \mu^2/(\mu - \sigma^2)$.

However, a major problem arises. As we can see, when $\mu \rightarrow \sigma^2$ then $n \rightarrow \infty$. This estimator is *not robust*, which means that little variations in the data will lead to big changes in the estimation. For that reason, we have to use a process to stabilize the estimation. The process used was found and described by Olkin, Petkau and Zidek (1981). Their estimator from the method of moments solves:

$$\text{Max} \{ \sigma^2 \psi^2 / (\psi - 1), X_{\max} \}$$

where,

$$\begin{aligned} \psi &= \mu / \sigma^2, & \text{when } \mu / \sigma^2 \geq 1 + 1/\sqrt{2} \\ &= \max \{ z / \sigma^2, 1 + \sqrt{2} \}, & \text{otherwise} \end{aligned}$$

and,

$$z = (X_{\max} - \mu) / \sigma.$$

■ RESULTS

We first present the results of one experiment done with six sets of 462 coverages. This experiment represents the average of a thousand estimations with the method described above. Each esti-

TABLE I
RESULTS WITH SIX SETS (N = 462)

	Occurrence		Estimation		
	(n)	(n/N)%	(n)	(n/N)%	(p)
E	19	0.6852	10.9449	2.3690	0.2893
E+(S>9)	38	1.3704	22.1362	4.7914	0.2861
E+(S>8)	48	1.7310	27.7267	6.0015	0.2885
E+(S>7)	62	2.2358	35.449	7.6729	0.2915
E+(S>6)	71	2.5604	41.9	9.0693	0.282
E+(S>5)	78	2.8128	43.7889	9.4781	0.2969
E+(S>4)	100	3.6062	56.4136	12.2107	0.2954
E+(S>3)	108	3.8947	59.4966	12.8781	0.3025
E+(S>0)	127	4.5799	69.5356	15.0510	0.3044
E+S	142	5.1208	76.3894	16.5345	0.3098

mation is not stable, but when we take an average of a hundred or so, the results become much more reliable.

The first column represents the *detection assumption*, which is: “What do we consider as *detected fraud*?”. In terms of figure I, “E” represents the entire set E or the Established fraud set. “S” stands for the Suspected fraud set or that portion of the set which is calculated as fraud detection. Again, in terms of Figure I, S gives the part of set S that is included in set F, or the proportion of set (S and F) over set S. Therefore, the detected fraud set will be set E plus set (S and F).

For example, “E+(S>4)” means that set (S and F) is composed of all the suspected fraud cases that have a suspicion degree higher than 4 in the data set of Dionne and Belhadji (1996). That degree of suspicion was included in the data bank and was given by claim adjusters as a “probability of being fraudulent”. Hence, in this example, “E+(S>4)” means that for this *detection assumption*, we calculate as detected fraud cases as follows: Set E, entirely, plus all suspected cases with a “probability of being fraudulent” equal to 0.5 and higher.

The *detection assumption* ranges from “E”, the more Optimistic one, found in the first row, where only Established fraud

cases are considered as Detected fraud cases, to “E+S”, the more pessimistic one, under which all cases of either Established or Suspected fraud are considered as Detected fraud cases.

The second and third columns present the results of the claim adjusters as taken directly from the data bank, and the percentages of fraud proportion. These figures are the *observed* cardinals of set E plus set (S and F). For example, in the first *detection assumption*, only 19 cases in the data bank were Established as fraudulent, which yields a 0.69% fraud proportion (19/2,772). These two columns show the results presented in Dionne and Belhadji (1996).

The last three columns present the results from the estimation part of this study. The fourth one gives the average “n” estimated over a thousand iterations of the process described earlier. In the fifth column, we can read the fraud proportion obtained where $N = 462$. Finally, the last one presents the estimated conditional probability of detecting fraud, given there is fraud. In other words, if we give a fraudulent claim to a claim adjuster, then “p” represents the probability that he will *detect* it as being fraudulent. This, of course, is dependent of the detection assumption.

One important thing to note here is that, as we become more pessimistic in our detection assumption, “p” increases. This is coherent with the intuition that the more we include Suspected fraud cases as Detected, the more we effectively detect fraud. So, as we increase the number of detected fraud with the suspected frauds, the estimated fraud proportion increases, but not linearly so. The relation is increasing but concave.

The percentage of fraud estimated ranges from 2.37% to 16.53% depending on the “optimism degree” in the assumption. This is quite a large bracket but both assumptions are quite extreme. The first one assumes that Suspected cases have no more chances of being fraudulent, and the latter assumes that *all* Suspected cases can be seen as cases where fraud is detected.

If we want a “realistic” fraud estimation, we may consider the Detection assumption to be halfway between the two extremes, which is “E+(S>5)”. Here we consider as Detected fraud cases, the Established cases together with Suspected cases where the degree of suspicion, as recorded by the claim adjusters, exceeds five. This gives an estimated “n” of 43.79 fraud cases per set, which yields to an estimation of roughly 9.5% fraudulent claims. We name this assumption the “Best Guess Assumption”.

The conditional probability “p” of detecting fraud given there is fraud, under the Best Guess Assumption, was estimated as 0.3.

We can compound a *multiplicative factor* with these results. This *multiplicative factor* is defined by the size of the estimation when compared to the observation. In terms of Figure I the *multiplicative factor* is the number of times set E plus set (S and F) enters in the total fraud set (F).

The corresponding *multiplicative factor*, for the Best Guess Assumption, is 3.4. This means that the observed fraud rates, the fraud rates given in the study of Dionne and Belhadji (1996), are multiplied by 3.4 in this study in order to get the real estimated fraud rate in that market.

As we have said earlier, the number of sets (K) was chosen somewhat arbitrarily, with the exception that one had to consider the trade-off in so choosing it. Hence, we only know that the number of sets "K" cannot be close to the value of one or "too large". So we have repeated the same experiment, with a thousand iterations, for different values of "K" (from 5 to 18). In table II we can see some of the results for the estimated percentages.

As we can see, for different numbers of sets, the estimated percentage of fraudulent claims is quite stable. That is, the estimated number of fraudulent claims "n" decreases significantly when we increase the number of sets, but this effect is offset by the decreasing number of claims in each set.

TABLE II
RESULTS FOR (n/N) BY NUMBER OF SETS

Assump.	Number of Sets (K)					
	5	6	7	9	11	18
E	2.2860	2.3690	2.3858	2.5819	2.5501	2.7077
E+(S>9)	4.5631	4.7914	4.9345	5.1174	4.9756	5.2368
E+(S>8)	5.7705	6.0015	6.0668	6.4005	6.2785	6.6488
E+(S>7)	7.2835	7.6729	7.5528	8.0999	8.0044	8.5361
E+(S>6)	8.3811	9.0693	9.2734	9.1558	9.1621	9.7969
E+(S>5)	9.2065	9.4781	9.8199	9.9097	10.060	10.762
E+(S>4)	11.724	12.211	12.128	12.494	12.847	13.639
E+(S>3)	12.314	12.878	13.148	13.413	13.966	14.709
E+(S>0)	14.883	15.051	15.608	15.692	16.349	17.222
E+S	16.563	16.535	17.721	17.618	18.014	19.012

For the Best Guess Assumption "E+(S>5)", the variation in the estimated percentage ranges from 9.2% to 10.8%, which gives us a $10 \pm 0.8\%$ interval where we can find the estimated fraud percentage under this assumption.

■ NEW MONETARY ESTIMATES FOR QUEBEC AUTOMOBILE INSURANCE INDUSTRY

In this section, we first use the Pessimistic Assumption that sets the degree of suspected fraud at 100%, which means that the total claim payments by the industry for these suspected cases represent detected fraud. We also assume that the multiplicative factor (3.4), obtained from our Best Guess Assumption for the 2,772 coverages, applies to the 2,454 claims for which information on claim payments is available.

Under these assumptions, the total number of fraudulent claims represent 18.4% ($5.4\% \times 3.4$) of total claims and 21.8% ($6.4\% \times 3.4$) of total claim payments, (which amounts to 957,902,484 million dollars in 1994-1995 when excluding "glass damages only"). This yields 208.4 million dollars compared to the 61.3 million obtained in Dionne and Belhadji (1996).

If we now apply the residual monetary amounts for fraud payments obtained from the questionnaire (Realist Assumption #1 in Dionne and Belhadji's study), the residual fraud is equal to 96.2 million instead of 28.3 million or 10% instead of 3% of total claim payments.

Finally, if we restrict the percentage of fraud cases to that of our Best Guess Assumption (E + (S+5)) which means that the fraud rate is 10%, but apply the monetary amounts of the Pessimistic Assumption, we obtain that fraud payments represent 11.85% of total claim payments or 113.5 million dollars of 957,902,484 million dollars.

■ CONCLUSION

Our Best Guess Estimator roughly yields a 10% fraud rate, and this result is found to be quite stable. However, the fraud rate is

found to have a 16.5% upper bound. The findings in Dionne-Belhadji (1996) are multiplied by 3.4, which were given as a floor estimate, or observed fraud rates. In monetary values, this means that total fraud payments by the industry in 1994-1995, ranged from 96.2 to 208.4 million dollars instead of 28.4 to 61.3 million dollars. In other words, our results indicate that 10 to 21.8% of all claim payments are fraudulent instead of 3 to 6.4%.

An interesting corollary of the present study is the finding of “p” is equal to roughly 1/3. Again “p” is the conditional probability for claim adjustment staff to detect fraud, given the claim is fraudulent. This can be seen as a significantly low index of efficiency for the entire verification process. An important question therefore arises: Why is this index of efficiency so low?

There are countless answers to that question: 1. It can reflect the incompetence of claim adjustment staff to efficiently identify fraud cases. They may not have the adequate experience or training to detect fraud, which in fact is not necessarily their main preoccupation. 2. It can yield serious doubts about the relevance of fraud indicators used to flag possible fraud cases. 3. It may be related to the low quality or quantity of investigations. 4. The results can also reflect an induced laxity by insurers because of the low anticipated benefits of fighting fraud. Choosing the right answer cannot be made without a proper study of the real incentives of each participant in the market to fight against fraud.

In Dionne and Belhadji’s study, they found that a large proportion of the fraud cases (93%) were not prosecuted. The main reason for nonprosecution was found to be due to “insufficient proof” (59%). This high percentage of unprosecuted claims for that particular reason naturally triggers a question. Why was the investigation not pushed further?

A possible answer may reside in the fact that many of these claims represent low monetary values. If the claim amount is too small to justify the costs of further investigations, then maybe higher deductibles are in order. Higher deductibles would raise claim levels to the point where investigations could be worth pursuing for the insurers. However, higher deductibles may also increase the benefits of build-up by insureds.

Investigations and prosecutions have also been seen as bad publicity for the investigating and prosecuting firms. The fraud problem is not only a problem of robbery but endangers the very principle of insurance. The question remains with the industry. As researchers, we will focus our attention on finding some statistical

and management tools in order to isolate the main causes and impose the claims-premiums ratio in that market.

□ References

- Automobile Insurance Fraud Study (1991), Florida Insurance Research Center, University of Florida, USA.
- Binet, F.E. (1954), "The Fitting of the Positive Binomial Distribution When Both Parameters are Estimated From the Sample", *Annals of Eugenics*.
- Caron, L. (1996), "La fraude à l'assurance", Publication Centre de Recherche sur les Transports, Université de Montréal, 60 pages.
- Crocker, K.J. and S. Tennyson (1996), "Contracting with Costly State Falsification: Theory and Empirical Results from Automobile Insurance", Working Paper, University of Pennsylvania.
- Crocker, K.J. and J. Morgan (1995), "The Optimality of Costly State Falsification: Sharecropping and Insurance Fraud", Working Paper #4-95-9, Department of Economics, The Pennsylvania State University, April.
- Cummins, J.D. and S. Tennyson (1992), "Controlling Automobile Insurance Costs", *Journal of Economic Perspectives* 6, Spring, p. 95-115.
- Cummins, J.D. and S. Tennyson (1994), "The Tort System 'Lottery' and Insurance Fraud: Theory and Evidence from Automobile Insurance", University of Pennsylvania Working Paper.
- Derrig, R.A., H.I. Weisberg and X. Chen (1994), "Behavioral Factor and Lotteries Under No-Fault with a Monetary Threshold: A Study of Massachusetts Automobile Claims", *Journal of Risk and Insurance* 61, June, p. 245-275.
- Dionne, G. and B. Belhadji (1996), "Évaluation de la fraude à l'assurance automobile au Québec", *Assurances*, October.
- Dionne, G. and P. St-Michel (1991), "Workers' Compensation and Moral Hazard", *Review of Economics and Statistics* 73, May, p. 236-244.
- Dionne, G., P. St-Michel and C. Vanasse (1995), "Moral Hazard, Optimal Auditing and Workers Compensation", *Research in Canadian Workers' Compensation*, T. Thomason and R.P. Chaykowski (Editors).
- Olkin, I., A.J. Petkau and J.V. Zidek (1981), "A Comparison of n Estimators for the Binomial Distribution", *Journal of the American Statistical Association*.
- Picard, P. (1994), "Auditing Claims in Insurance Markets with Fraud: The Credibility Issue", CEPREMAP Working Paper.
- Weisberg, H.I. and R.A. Derrig (1993), "Quantitative Methods for Detecting Fraudulent Automobile Bodily Injury Claims", Automobile Insurers Bureau of Massachusetts, Boston, 32 pages.

THE CRITERION OF A NORMALLY PROVIDENT INSURED : AN INTERPRETATION

by Daniel Cooper

RÉSUMÉ

Cet article possède deux facettes. Dans la première partie, l'auteur examine l'obligation de renseignements du preneur envers l'assureur, son fondement et les exceptions à cette obligation, en comparant le droit québécois, canadien et étranger. Dans la seconde partie, l'auteur interprète le nouveau critère institué par le législateur en vertu de l'article 2409 du Code civil du Québec, celui de l'assuré normalement prévoyant.

AUSTRACT

This document is divided into two parts. The first examines the history of the duty of disclosure, and its exceptions, in the context of the reform of the new Civil Code of Quebec, and the applicable laws of other provinces in Canada, as well as the laws of France, England, and the United States. The second interprets the Civil Code's new disclosure criterion : that of the normally provident insured, founded at article 2409 of the new Civil Code of Quebec.

The author:

Daniel Cooper, LL.B., Law Faculty, Montreal University, will be on a vocational training course at Robic-Léger, Robic, Richard.

INTRODUCTION

There is no class of documents for which the strictest good faith is more rigidly required in the courts of law than policies of assurance¹. For well over two hundred years, the doctrine of *uberrimae fidei*, the doctrine of utmost good faith, has been the rule that underpins the duty of disclosure between the insured and the insurer. Breach of this duty by the insured has resulted in the draconian rule that, irrespective of the insured's innocence, the insurer can nullify the contract.

An exception to this general rule about nullifying² the contract is found at article 2409 of the new Civil code of Quebec:

2409. The obligation respecting representations is deemed properly met if the representations are such as a normally provident insured would make, if they were made without material concealment and if the facts are substantially as represented.

The legislator has introduced a new term to article 2409 C.c.Q., that of the *normally provident insured*. In this paper, I will attempt to construe what Legislature had in mind.

This document is divided into two parts. The first examines the history of the duty of disclosure, and its exceptions. The second interprets the Civil Code's new disclosure criterion: that of the *normally provident insured*³. My proposition is a simple one: the words *normally provident insured*, by reasonable and necessary implication, concur with the civil liability standard of community conduct⁴.

■ I. THE CLASSICAL DOCTRINE OF *UBERRIMAE FIDEI* DISCLOSURE

The general rule is that an insured party, upon applying for insurance, must not only tell the truth in the positive representations which he makes, but must not conceal the truth by remaining silent upon matters which have an important bearing on the risk⁵. The classic exposition of the *uberrimae fidei* principle can be found in the old English case of *Carter v. Boehm*, where Lord Mansfield made the following statement regarding the insured's broad duty of disclosure:

Insurance is a contract upon speculation.

The special facts, upon which the contingent chance is to be computed, lie most commonly in the true knowledge of the insured only; the underwriter trusts to his representation, and proceeds upon confidence that he does not keep back any circumstance in his knowledge, to mislead the underwriter into a belief that the circumstance does not exist, and to induce him to estimate the risque, as if it did not exist.

The keeping back [of] such circumstance is a fraud, and therefore the policy is void. Although the suppression should happen through mistake, without any fraudulent intention; yet still the underwriter is deceived, and the policy is void; because the risque run is really different from the risque understood and intended to be run, at the time of the agreement⁶.

This doctrine is a product of mid-18th century marine insurance law, when vessels' owners were far more likely than the insurers to know of information about the hazards of a particular voyage. According to Professor Besson⁷: «l'assureur est à la merci de l'assuré.»

To encourage fair dealings, it is understandable that, originally, the strict sanction for breach of the duty of disclosure was required. However, the legislator has since then, on various occasions, intervened to mitigate the harsh consequences of this rule, as well as prevent abuses by insurers.

To show the trend in legislative intervention affecting the sanctions aimed at breach of disclosure, I will firstly examine the period prior to the reform of the Insurance Act in 1976⁸. Secondly, I will discuss the effects of the reform. Next, I will discuss the changes that are now in force with the adoption of the new Civil Code of Quebec. Then, I will briefly examine the applicable laws of other provinces in Canada, as well as the laws of France, England, and the United States.

□ **A. Legislative Intervention**

1. Quebec

Prior to the reform of 1976, irrespective of the insured's good faith in his disclosure or absence of disclosure, the general rule of nullity of contract was the sanction for misrepresentation⁹.

In the reform of 1976, however, the legislator enacted a rule which reduced the severity of the sanction applicable to damage

insurance, if the insured's misrepresentation was one of good faith¹⁰.

Art. 2488 C.c.B.-C. In damage insurance, **unless the bad faith of the proposer is established**, the insurer is liable for the risk in the proportion that the premium collected bears to that which it should have collected, except where it is established that it would not have covered the risk if it had known the true facts.

Inspired by the French Insurance code,¹¹ the legislator tempered the effects of the requirement of utmost good faith for the initial declaration of risk¹². An insured who acted in good faith was now entitled to a proportional indemnity, rather than a vitiation of his contract.

Another attenuation to the duty of disclosure was the rule (added to art. 2485) that the insured must represent all the facts known to him¹³. Furthermore, the insured's representation was deemed met if the facts were substantially as represented¹⁴. Professor Belleau writes:

The legislator has unequivocally reaffirmed that the facts declared by the insured must be substantially true, in obvious contrast to the former warranties which had to be absolutely correct if the insurer was to be bound. A minor mistake of detail or oversight of a non-essential fact do not now constitute failure to fulfill an already very heavy obligation¹⁵.

Gleaned from this stream of legislative intervention are what Professor Lluelles refers to as rules that are in greater conformity with a certain contractual justice¹⁶.

With the introduction of the new Civil Code in 1994, there were relatively few fundamental changes to insurance legislation; for the most part, there were only some readjustments and a codification of some of the jurisprudential interpretation from the reform of 1976¹⁷.

From the period prior to the reform to the enactment of the new Civil code, one observes a clear trend of legislative intervention intended to protect the insured from the contractual superiority of insurers. This trend reflects and responds to the power, expertise, and sophistication which insurers have attained. In the context of this analysis, what is important is that this has manifested an attenuation to the strict voidance of contract rule for misrepresentation of risk.

The genesis of legislation is not found in a vacuum. Consequently, in order to draw a reasonable conclusion about

legislative intention, as well as to understand the context in which the insurance laws of Quebec have evolved, I will extend this analysis to the jurisdictions of other Canadian provinces, to France, to England, and the United States.

2. Canadian Common Law Provinces

In Canadian common law provinces, the duty of disclosure rules are set out in each province's Insurance Act. They are also expressed in the common law doctrine of *uberimmae fidei*.

Statutory provisions attenuating the rules of disclosure have been enacted in the areas of misrepresentation of age, and of incontestability periods. A misrepresentation of age, for example, in policies for accident, sickness and life insurance, does not breach the duty of disclosure¹⁸. An insurer may not contest an accident, sickness or life insurance contract for misrepresentation (with the exception of fraud or claims preceding the formation of contract) if the insurer has not elected to void the policy within 2 years¹⁹.

3. France

Prior to the Insurance Act of 1930, all irregularities in a declaration resulted in cancellation of the contract, whether the insured was in good faith or not²⁰. This sanction was deemed as being too rigorous, and thus the 1930 proportionality principle was introduced²¹. This allowed the insurer to maintain the contract with an increase in the premium to reflect the increased risk. The insured could accept or refuse the increase in the premium. If he refused, the contract was cancelled.

The insurer's other option was to cancel the contract. If cancelled, the insurer was obligated to restate to the insured of good faith the proportion of the premium that corresponded to the period not guaranteed²².

4. England

Unlike the Quebec and French proportionality principle for good faith misrepresentations, English law has operated harshly against the misrepresentation of material facts. An insured's breach of the duty to fully disclose gave the insurer the right to repudiate the contract.

English insurance law, however, has not been void of attempted reform. Recommendations for reform were made by the Law Reform Committee in 1957²³ and in 1980²⁴. In particular, the Law

Commission's Working Paper of 1979 concluded that the ambit of the insured's duty of disclosure should be modified in that the insured only be under a duty to disclose facts which he either knows or which a reasonable man in his circumstances ought to know.²⁵

The modified duty of disclosure is not a ground-breaking notion. Fletcher Moulton J. edicted this test in *Joel v. Law Union* when he wrote (in 1908):

The duty is a duty to disclose, and you can not disclose what you do not know. The obligation to disclose, therefore, necessarily depends upon the knowledge you possess²⁶.

Due to strong opposition from the insurance industry, the Law Commission's recommendations did not result in actual legal reform. What has evolved, however, are self-regulating measures undertaken by insurers who are members of the Association of British Insurers and of Lloyds.

5. The United States

In non-marine insurance, only the intentional concealment of a known material fact gives the insurer the right to vitiate the policy. A duty of disclosure independent of intention, as in England and Canada, took its roots in American marine insurance law only. One reason for this is that the duty of disclosure that was set forth in *Carter v. Boehm* was interpreted to be a more narrow²⁷ one than that construed and followed English courts. The reason for this is that:

in marine insurance the subject of insurance is generally beyond the reach, and not open to the inspection of the underwriter, often in distant ports or upon the high seas, and the particular perils to which it may be exposed are too numerous to be anticipated or inquired about²⁸

Whereas in non-marine insurance:

no such necessity of reliance exists and if the underwriter assumes the risk without taking the trouble to either examine or inquire, he can not very well in the absence of all fraud, complain that it turns out greater than he anticipated²⁹.

In conclusion, one finds that the legislative enactments concerning the duty of disclosure in Quebec, other Canadian provinces, as well as France and England have attenuated the sanctions that were associated with the *uberimmae fidei* doctrine, whereas the courts in the United States have construed the duty of disclosure on the insured to be a narrow one.

■ II. A MODIFIED DUTY OF DISCLOSURE: AN INTERPRETATION

In this section, I will construe the legislative intention embodied in article 2409³⁰. Firstly, I will examine the construction of article 2409 in general. Then, I will interpret the notion of a *normally provident insured* in particular.

□ A. Literal Interpretation

Is there any ambiguity in the words at article 2409. An exercise of statutory interpretation requires this question.

*Art. 2409*The obligation respecting representations is deemed properly met if the representations are such as a normally provident insured would make, if they were made without material concealment and if the facts are substantially as represented.

In its essence, what is said is that the insured's duty of disclosure is deemed fulfilled if three conditions are concurrently met:

- (1) That the representations are such as a **normally provident insured** would make.
- (2) If they were made without material **concealment**.
- (3) and if the facts are substantially as represented.

Underlined, are the operating and possibly ambiguous and vague words. Although the subject of this paper is to give meaning to the words *normally provident insured*, the construction and context of the article to which these words are entrenched must as well be considered. Accordingly, I will summarily evaluate the words *concealment*, and *substantially as represented*.

1. Concealment

The second condition, (if they were made without material concealment) seems to qualify and narrow the scope of the first condition of the *normally provident insured*. The word *concealment*, in this context, is the voluntary suppression of information upon which one has the duty to disclose. Professor Bout writes:

réticence n'est pas l'omission. Elle implique la volonté de se taire alors que l'on a l'obligation de parler... L'auteur d'une réticence est nécessairement de mauvaise foi³¹.

Thus, a normally provident insured cannot meet his duty of disclosure when acting in bad faith.

2. Substantially as Represented

The third condition at article 2409, that the facts are *substantially as represented*, protects the insured by discharging him from having to make representations that are absolutely correct. Rather, a disclosure that is relatively accurate will do.

3. A Normally Provident Insured

An insured whose disclosure is substantially as represented, without concealment, and who discloses as would a *normally provident insured* will thus be able to defeat an insurer's claim of misrepresentation.

The definition of provident (*prévoyant*) in the *Petit Robert* reads:

Qui prend des dispositions en vue de ce qui doit ou peut arriver. Voir: diligent, prudent³².

Oxford reads:

Foreseeing; exercised or characterized by foresight; making provision for the future³³.

The operating word in both French and English definitions is foresight. Imposed upon the insured is a duty to make a declaration that is the product of a deliberation upon not only the immediate perception of risk, but, also, upon a reflection on future consequences.

Take, for example, an insured who, in making a declaration pertaining to home liability insurance, deliberates upon whether or not to declare the fact that he has a swimming pool in his backyard. If he does not have young children, his perception of risk in the immediate sense may be low. However, to exercise foresight, he should also consider whether his neighbors have children, he should consider the type of fencing that he has, he should think about all possible safety precautions.

The legislator's use of the word *normally*, to a certain extent, circumscribes the ambit to which how much foresight one must have. One must exercise average, not extraordinary, foresight. Clearly, one's foresight is dependent on the circumstances in general, as well as on the particular personal considerations of the person exercising the foresight. For example, a physician's declaration about, and exercise of foresight towards, the state of his own health, must be held to a different standard than that of the layman.

What is the ambit of this standard of a *normally provident insured*? Can this standard be assimilated to the civil liability standard and duty to be prudent and diligent? Notwithstanding a few jurisprudential exceptions³⁴, is the insured's opinion regarding the materiality of information not a breach from over 200 years of insurance case law decisions?

In my view, and it is the thesis of this paper, the words *are such as a normally provident insured would make* imply a comparison of the insured's representation to a standard of community conduct.

To further this proposition, I will examine how these words can be attributed an ordinary meaning and be assimilated with the civil liability standard of care³⁵. Then, I will examine the legislative purpose in enacting this standard of a normally provident insured.

B. Ordinary Meaning

Can we rely on a literal meaning only? Can we also attribute an ordinary meaning to the notion of a normally provident insured, rather than a technical meaning? Rules of interpretation prescribe a presumption in favour of the ordinary non-technical meaning of words.

Sullivan writes:

The key consideration in determining whether the words should have their ordinary or technical meaning is not so much the subject dealt with as the understanding of the audience that has been targeted by the legislature³⁶.

For the most part, the audience here can include the legal community and insurer's. The words *normally provident insured*, on their face favour an ordinary meaning.

In addition to the dictionary definition, one can also make reference, by analogy, to the civil liability standard of a *bon père de famille* as previously referred to, or, to what is now more appropriately referred to at article 1457:

Every person has a duty to abide by the rules of conduct which lie upon him, according to the circumstances of usage or law³⁷.

This standard is the ordinary care that a diligent man should provide under the same circumstances; this care varies given the circumstances, always diverse, concerning the time and place of the person³⁸. Parliament has charged the courts with the role of

evaluating an insured's representation against the standard of care that the courts, in the context of civil liability, have so often determined on in the past.

Professor Deslauriers, concerning a normally provident insured, writes:

nous sommes d'avis que cette vision cadre mieux avec la réalité d'aujourd'hui. L'assureur, plus au fait de la pratique dans ce domaine, est en mesure de mieux diriger le preneur, et c'est ce dernier qui a besoin maintenant d'être mieux protégé, en considérant par exemple la pertinence selon ses propres attentes. Cela rejoint d'ailleurs le concept de personne normalement prudente et diligente du *Code civil*³⁹.

An insured's breach of this duty constitutes a fault. Mr. Nicholls writes:

A fault is a mode of behaviour on the part of a person capable of realizing the nature and consequences of his act or omission that is contrary to an express provision of law or fails to measure up to the standard of care required by the courts in similar circumstances⁴⁰.

If an insured does not meet his duty of disclosure, as would a normally provident one, his behaviour will constitute a fault. Accordingly, there results an obligation to indemnify the injured party⁴¹. The courts have a great deal of experience in characterizing standards of conduct, and have done so in a vast number of domains; Medicine, Construction, Engineering, and Management - these are a few examples. The standard of a normally provident insured for a given circumstance should pose no problem.

Professor Merkin writes:

A reasonable insured test is not hard to apply for it is merely a reasonable man test which judges have, through practice become fairly proficient in applying. But no judge can pretend to be a reasonable insurer⁴².

Notwithstanding a plausible alternative, the words *normally provident* must be attributed their ordinary meaning. Their meaning, by reasonable and necessary implication, concurs with the civil liability standard of care. Nevertheless, to dispel doubt and harvest a more compelling proposal, I will now undertake a purposive interpretation.

□ C. A Purposive Interpretation

In construing the express words used by the legislator, consideration must not only be given to the ordinary meaning of these words, but also, towards the purpose for which they are enacted. In other words, one defines the spirit of the law, rather than the letter of the law.

To unveil the legislative purpose, I will firstly explain the historical purpose justifying the strict sanction for misrepresentation. Secondly, I will explain how the original purpose, or legislative remedy sought, no longer reflected reality. Then, I will examine the intent behind the legislative reform. Finally, I will propose what is, in my view, the legislative purpose of the notion of a *normally provident insured*.

1. Historical Purpose

Insurance, in general, serves as protection from misfortune. It protects families, and contributes to social peace. Moreover, contracts of insurance are not only bilateral agreements, but, rather, also take into consideration the mutuality of insured parties. In 1766, insurance was indeed a contract of speculation upon which knowledge of the risk was held by the insured only. Accordingly, to safeguard the mutuality of insured parties, to serve as a deterrent against fraud, and to enforce a policy against wagering, strict sanctions for misrepresentation were enacted. The purpose of strict legislative sanctions was to strike a balance⁴³.

In this century, insurers have acquired sophisticated means of assessing risks and obtaining information. Competent insurers are now less vulnerable than they were in the 18th century. The balance of power has indeed shifted their way.

2. Legislative Reform

The law has responded. Legislative reform of the Quebec Insurance legislation took place in 1974, and was put into force in 1976. Also enacted at this time was the *Consumer Protection Act*. The philosophy behind much of this legislation was indeed a more consumer protectionist approach. In the context of insurance, four legislative modifications reflect the purpose of establishing a state of greater contractual justice between the insured and the insurer.

These are:

- (1) The proportionality principle for good faith representations applies⁴⁴.

- (2) Facts declared by the insured must be substantially true⁴⁵, rather than absolutely correct.
- (3) Where there is a discrepancy between the policy and the application, the latter prevails⁴⁶.
- (4) The character of absolute public order is conferred upon numerous articles of the Civil code⁴⁷.

3. The Purpose of the Reform

These legislative modifications protecting the insured better reflect reality. It is no longer the insurer who is at the mercy of the insured. Rather, insurers have available to them sophisticated methods of risk assessment. For example, they have computer data banks to enable them to make enquiries; they have the opportunity to arrange for the inspection of property; and, moreover, they use detailed questionnaires to elicit the information that they know is important to them. Thus, it is the insurers today that have the upper hand. In the context of the sanctions imposed for misrepresentation, both the legislator and the courts have evolved from an attitude where the insured is deemed to know every circumstance, to that of granting the insured the benefit of the doubt.

Professor Lluelles writes:

La réforme de 1974 a eu pour objectif majeur le rééquilibrage du rapport des forces entre l'assureur et le preneur. Un esprit consumériste irradie l'ensemble des dispositions nouvelles. La position dominante de l'assureur justifie des règles protectrices dérogatoires du droit commun, puisque l'assuré ou le preneur, selon le cas, se trouve généralement dans la position du prestataire profane d'un service offert par une entreprise⁴⁸.

4. A Normally Provident Insured

I will now ascribe legislative purpose to the words *normally provident insured* at article 2409 of the new Civil Code. First, I will examine the *commentaires* made by the *ministre de la justice*. Then, inference of legislative purpose will be made through the construction of article 2409.

Descriptions of purpose can emanate from authoritative sources. The *commentaires* made by the *ministre de la justice* reveal faithfulness towards maintaining an equilibrium between the bargaining positions of consumers and insurers.

The general commentaries overseeing the provisions for insurance provide indicia of this philosophy:

Généralement, les précisions et clarifications apportées aux règles antérieures et les nouvelles règles prescrites ont pour but de **protéger davantage** la victime d'un dommage, qu'il s'agisse de l'assuré lui-même, des tiers ou des bénéficiaires d'une assurance de personnes. Le contrat d'assurance constitue une protection importante du patrimoine des personnes dans notre société et, **pour favoriser cette protection**, certaines des nouvelles règles tendent vers une meilleure information de l'assuré quant à la nature et à l'étendue de ses obligations et de sa couverture d'assurance. Le nouveau code tient compte de la nature même du contrat d'assurance terrestre qui, dans les faits, constitue le plus souvent un **contrat d'adhésion** dont la lecture et la compréhension exigent une connaissance technique, soit des règles de droit applicables, soit des règles de mutalité ou d'évaluation des risques. Le code tient donc compte du fait qu'il s'agit là de connaissances spécialisées pour le **consommateur moyen**⁴⁹.

The first statement of purpose is that generally the goal of the Civil Code is to provide the victim of damages more protection. The words «pour favoriser cette protection» are further indicia of a consumerist philosophy. Moreover, the scope of the word *damage* is broad. Damage to an insured may result from the unfair voidance of an insurance contract by the insurer on the grounds of purportive misrepresentation.

In the second statement of purpose, it is stated that the new code takes into consideration that an insurance contract is often one of adhesion. This implies a recognition of the state of unbalanced affairs between insurers and the insured. Upon the formation of contract, it is the insurers that have the powerful advantage. For the new code to *take into consideration* that the insurance business is a complex field for laymen, or that an insurance contract is often one of adhesion, there must be a countervailing remedy. This remedy is embodied in a consumerist philosophy.

I have examined indicium of legislative purpose alluded to in the general commentaries to the insurance provisions in the new Civil Code. Now, I will refer to the commentaries at article 2409 in particular. The *commentaires* at the third paragraph read:

Cet article n'a pas pour objet d'exiger de l'assuré un degré de connaissance élevé des critères d'évaluation des

risques, ce qui constitue la spécialisation de l'assureur. Au contraire, il a pour objectif de poser un critère d'évaluation tel que les déclarations faites par une personne prudente, mais non spécialisée dans ce domaine, soient considérées suffisantes et qu'ainsi l'obligation de déclaration du risque soit remplie⁵⁰.

Gleaned from these words is, in my view, a clear indication of legislative purpose. As the commentaries indicate, the purpose of this provision is not to demand from the insured a high standard of conduct in evaluating risk criteria. Rather, on the contrary, the objective sought is a standard that demands no more than can be expected from an average, prudent and reasonable person. Take, for example, an insured who is refused an indemnity for the ruin of his home by fire for failing to disclose the installation of a wood burning stove in his home. The average and reasonable insured is most likely unaware that an insurer may consider this a greater risk. Consequently, this standard will serve as a remedy to what has been an unequal contest between the insurer and the insured and as a countervailing force to the duty of utmost good faith.

Legislative purpose can also be inferred from the construction of the text, as well as from legislative modification. The predecessor to article 2409 was article 2486 C.c.B.-C., which in the first paragraph read:

Art. 2486 The obligation respecting representations is deemed met if the facts are substantially as represented and there is no material concealment.

Art. 2409 The obligation respecting representations is deemed **properly** met **if the representations are such as a normally provident insured would make**, if they were made without material concealment and if the facts are substantially as represented.

The underlined text indicates the additions to article 2409. The inclusion of the adverb *properly*⁵¹ qualifies more clearly the provision's allowance for defeating a claim of misrepresentation. As the legislator does not use words gratuitously, one must assume the effect providing greater protection for the insured was intended.

The inclusion of *if the representations are such as a normally provident insured would make*⁵² serves as a new and third condition. In the *Projet de Loi - 125, Code civil de Québec* at article 2394 the words *assuré avisé* (informed insured) were proposed⁵³. The commentaries to article 2394 indicate that the criteria of an *assuré*

avisé was inserted to reduce the burden on the insured. Why was the criteria modified from that of an *assuré avisé* to that of a *normally provident insured*? What is the difference between an insured who is informed and one who is provident? The word informed is ambiguous. A narrow interpretation would construe the word *informed* to imply a question of fact. You are either knowledgeable or you are not. A home-owner who uses his fireplace a great deal either knows his chimney is in a hazardous condition or not. Broadly construed, however, to be informed can imply a state of what should be. The prudent home-owner will usually have his chimney flue cleaned once a year. The words *normally provident* indeed eliminate this ambiguity. They refer to the later interpretation. They impose the duty to exercise foresight, a duty to consider future consequences.

At law, the understanding of a word requires consideration of the rights and duties associated with it. A provident insured has the duty to execute disclosure with foresight. The ambit of this duty however, is circumscribed by a concomitant right. That being, the right to be exonerated from liability if a disclosure, albeit not passing the reasonable insurer test, is one that a normally provident insured would make. In effect it is a reciprocal test. It is a norm, as the word *normally* implies. Passing it, manifests exoneration.

Now there is a balance between rights and duties. In the past, the insured was charged with a duty only. The duty of utmost good faith. Legislative intervention gradually mitigated the harsh consequences of failing to meet this duty by granting rights. Now the *normally provident insured* criterion is indeed a democratization of the rights and duties concomitant with disclosure. The corollary to the duty of utmost good faith is the reciprocal right of protection from the untrammled and arbitrary voidance of contract sanctions.

Construed from the *commentaires* of the *ministre de la justice* and the modifications made to article 2409 is the legislative intent of protecting the consumer. The courts now have a legislative invitation to also take into consideration the insured's behavior when they cast judgement on his representations. The insured's behavior can now be compared to a societal norm⁵⁴, rather than only to what is likely to materially influence a reasonable insurer *in abstracto*.

In conclusion, it is my view that the legislative purpose embodied in article 2409 is as follows: Article 2409 seeks to encourage stability of contract. It seeks to prevent the voidance, based on a mere technicality, of an insured's vested right to indemnification. It seeks to generate parity between the vested rights and

incumbent duties on the insured. It seeks to protect the insurer, and especially protect the insured, from the contractual injustices that have been the consequence of blind and strict application of the doctrine of *uberimmae fidei*.

■ CONCLUSION

The doctrine of *uberimmae fidei* disclosure in insurance law is deeply rooted and dates back over 200 years. Up to now, the duty to disclose material facts with utmost good faith has been trite law, and has remained unflinchingly resolute.

Today insurers are a much more able and sophisticated lot. Because of this, the rules of disclosure have been modified. One such modification is the new criterion of the *normally provident insured*. In this paper, I have construed these words to mean that, as of now, an insured will be treated as having discharged his duty of disclosure if he discloses to the best of his knowledge and belief, having carried out all the enquiries which a *normally provident insured*, or reasonable person in his circumstances, would have carried out, regardless of whether his disclosure is in fact inaccurate.

I suggest that this interpretation is a correct one because the words *normally provident insured* not only convey this meaning literally, but they on their face, favour an ordinary non-technical meaning. Moreover, this interpretation is concordant with a clear legislative trend designed to provide adequate protection for the insured.

At the end of the day, it is the courts that will elaborate and circumscribe the ambit of this standard of community conduct. This standard opens the door for the courts not only to consider the circumstances from the insurer's point of view, but, also to take into consideration the circumstances of the insured as well. By doing so, the courts will be able to apply this new criterion in its spirit of flexibility rather than a blind faith application of the doctrine of *uberimmae fidei*.

□ Table of Legislation

Code civil du Bas Canada

Articles:
2478 al. 2.

2485
2486 al. 1.
2487
2488
2500

Code civil du Québec

Articles:

1379
1400
1400 al. 2.
1407
1432
1457
2409
2410

Table of Cases

Bernier v. Mutual Life Assurance Company of Canada, [1973] C.A. 892.
Canadian Indemnity Co. v. Canadian Johns-Manville Co., [1990] 2 S.C.R. 549.
Carter v. Boehm, (1766) 97 E.R. 1162 (K.B.)
Horne v. Pollard, (1922) 2 K.B. 364.
Joel v. Law Union and Crown, [1908] 2 K.B. 863.
L'Oeuvre des Terrains de jeux de Québec c. Canon, (1940) 69 B.R. 112.

Bibliography

Monographs and Commentaries

BARREAU DU QUÉBEC, *Commentaires sur l'avant-projet de loi portant réforme au Code civil du Québec du droit des obligations (de la rente et des assurances)*, Barreau du Québec, Service de recherche et de législation, 1988.

AUDOUIN, Jean-Louis, *Les Obligations*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1993.

BIRDS, John, *Modern Insurance Law*, 2nd ed., London, Sweet & Maxwell, 1988.

BOUT, Roger, *Le contrat d'assurance en droit comparé français et québécois*, Montréal, C.R.D.P.C.Q., 1988.

BROWN, C. and J. MENEZES, *Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1991.

COLINVAUX, Raoul, *The Law of Insurance*, 5th ed., London, Sweet & Maxwell, 1984.

DESLAURIERS, Patrice, *La déclaration précontractuelle de risque en droit québécois*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1994.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, 1993.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Projet de loi 125 - Code civil du Québec - Commentaires détaillés sur les dispositions du projet*, Livre V: Des obligations, Québec, Ministère de la Justice, 1991.
- LAMBERT-FAIVRE, Yvonne, *Droit des assurances*, 8th ed., Paris, Éditions Dalloz, 1992.
- LIUELLES, Didier, *Précis des assurances terrestres*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1994.
- NORWOOD, D. and J. WEIR, *Norwood on Life Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1993.
- PICARD, M et A. BESSON, *Droit assurances terrestres*, t. 1, 5^e éd., Paris, L.D.G.J., 1982.
- ROBERT, Paul, *Le Nouveau Petit Robert Dictionnaire de la Langue Française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1993.
- SULLIVAN, Ruth, *Driedger on the Construction of Statutes*, 3rd ed., Toronto, Butterworths, 1994.
- The Concise Oxford Dictionary of Current English*, 8th ed., Oxford, Clarendon Press, 1990.
- VANCE, W.R. and B. M. ANDERSON, *Handbook on the Law of Insurance*, 3rd ed., St. Paul, West Publishing Co., 1951.

Articles and Periodicals

- BELLEAU, C., «New Rules Concerning Misrepresentation and Warranties», Meredith Memorial Lectures, *The New Quebec Insurance Act*, Toronto, Richard De Boo, 1979, p. 23.
- BERGERON, J.G., «La déclaration du risque et les assurances -vie de non-fumeur», (1988) 48 *R. du B.*, 47.
- BROWN, Craig, «Unfinished Business: Misrepresentation and Non-Disclosure in Insurance Proposals», (1994) 16 *New Zealand Universities Law Review*, 195.
- DUBREUIL, Christianne, «L'assurance: un contrat de bonne foi à l'étape de la formation et de l'exécution», (1992) 37 *McGill L. J.* 1087.
- DUBREUIL, Christianne, «L'obligation de renseignement de l'assureur: vers une moralisation des relations entre assureurs et assurés», (1993) 27 *R.J.T.* 454.
- ESTERBAUER, A. et A. HUGGINS, «The Insurer's Right to Information and the Insured's Duty to Co-operate: How Far Do They Go?», (1995) 5 *C.I.L.R.* 113.
- FORTE, A. D. M., «The materiality test in Insurance», (1993) *Lloyd's Maritime and Commercial Law Quarterly* (1993) 557.
- HARRIS, Roger, «Fraudulent Misrepresentations and the Insurer's Duty to Investigate», (1992) 20 *C.B.L.J.*, 464.
- HASSON, R. A., «Good Faith in Contract Law - Some Lessons From Insurance Law», (1987-88) 13 *C.B.L.J.*, 93.
- HASSON, R.A., «The Doctrine of Uberrima Fides in Insurance Law - A Critical Evaluation», (1969) 32 *M.L.R.*, 615.
- JOBIN-LABERGE, Odette et Luc PLAMONDON, «Les assurances et les rentes», La réforme du Code civil, t. 2, Québec, *P.U.L.*, 1993, p.1093.

- MERKIN, Robert, «Uberrimae Fidei Strikes Again», (1976) 39 *M.L.R.*, 478.
- MOREAU, Rémi, «La plus entière bonne foi», (1993) 4 *Ass.* 577.
- PINEAU, Jean, *La Réforme du Code civil*, t. 2, Québec, P.U.L., 1993, p. 9.
- SIMARD, F.-X., «La déclaration initiale du risque dans le droit des assurances de la Province de Québec», (1973) 14 *C. de D.* 167.
- THE LAW COMMISSION, *Insurance Law: Non-disclosure and breach of warranty*, Working Paper No. 73, London, Her Majesty's Stationery Office, 1979.
- THE LAW COMMISSION, *Insurance Law: Non-disclosure and breach of warranty*, Fifth Report, Cmnd. 62.
- THE LAW COMMISSION, *Insurance Law: Non-disclosure and breach of warranty*, Report No. 104, Cmnd. 8064.

□ Endnotes

- 1 Raoul COLINVAUX, *The Law of Insurance*, 5th ed., London, Sweet & Maxwell, 1984, p. 92.
- 2 Articles 2411 and 2420 of the Civil Code as well moderate the sanction of nullifying the contract by allowing the insurer to remain liable towards the insured for such proportion of the indemnity as the premium he collected bears to the premium he should have collected.
- 3 *C.c.Q.* Art. 2409.
- 4 *Id.* Art. 1457.
- 5 David NORWOOD, and John P. WEIR, *Norwood on Life Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1993, p. 297.
- 6 *Carter v. Boehm*, (1766) 97 E.R. 1162, 1164 (K.B.)
- 7 Maurice PICARD et André BESSON, *Droit assurances terrestres*, t. 1, 5^e éd., Paris, L.D.G.J., 1982, p.69.
- 8 The reformed Insurance Act was enacted in 1974 and in force in 1976.
- 9 *C.c.Q.* Art. 2487.
- 10 *C.c.8.-C.* Art. 2488.
- 11 Art. L. 113-9 C. ass.
- 12 Christianne DUBREUIL, «L'assurance: un contrat de bonne foi à l'étape de la formation et de l'exécution», (1992) 37 *McGill L.J.* 1087, 1094.
- 13 *C.c.8.-C.* Art. 2485.
- 14 *Id.* Art. 2486 al. 1.
- 15 Claude BELLEAU, «New Rules Concerning Misrepresentation and Warranties», Meredith Memorial Lectures, *The New Quebec Insurance Act*, Toronto, Richard De Boo, 1979, p. 33.
- 16 Didier LIUELLES, *Précis des assurances terrestres*, Montréal, Les Éditions Thémis, 1994, p.13. (Hereafter: «D. Liuelles (1994)»)
- 17 Odette JOBIN-LABERGE, et Luc PLAMONDON, «Les assurances et les rentes», *La réforme du Code civil*, t. 2, Québec, P.U.L., 1993, p. 1096.
- 18 Craig BROWN and Julio MENEZES, *Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1991, p. 106. **Accident & Sickness:** Alberta, s. 369; B.C., s. 195; Manitoba, s. 223; New Brunswick, s. 206; Newfoundland, s. 22; Nova Scotia, s. 86; Ontario, s. 265; P.E.I., s. 195; Saskatchewan, s. 246. David NORWOOD, and John P. WEIR, *Norwood on Life Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1993, p. 322. **Life Insurance:** Ontario, s. 186(3).
- 19 *Id.* *Insurance Law in Canada*, p. 106. **Accident & Sickness:** Alberta, s. 368; B.C., s.

194; Manitoba, s. 222; New Brunswick, s. 205; Newfoundland, s. 21; Nova Scotia, s. 85; Ontario, s. 264; P.E.I., s. 194; Saskatchewan, s. 245. David NORWOOD, and John P. WEIR, *Norwood on Life Insurance Law in Canada*, 2nd ed., Toronto, Carswell, 1993, p. 316. *Life Insurance: Ontario*, s. 184.

20 Yvonne LAMBERT-FAIVRE, *Droit des assurances*, 8th éd., Paris, Éditions Dalloz, 1992, p. 218. (Hereafter: «Y. LAMBERT (1992)») Art . 348 of old Code de commerce assurance maritimes.

21 L.I.13-9 C. ass.

22 Y. LAMBERT (1992), p. 221.

23 *Id.* Fifth Report Cmnd. 62.

24 *Id.* Report No. 104, Cmnd. 8064.

25 *Id.* Working Paper No. 73, p. 56-57.

26 *Joel v. Law Union and Crown*, [1908] 2 K.B. 863, 884.

27 See note 5. Professor Hasson writes: «It is respectfully submitted that *Carter v. Boehm* (1766) 97 E.R. 1162 (K.B.) was correctly read by a number of American courts in the nineteenth century who read the case as stating a "narrow" rule of disclosure.»

28 W.R. VANCE and B. M. ANDERSON, *Handbook on the Law of Insurance*, 3rd ed., St. Paul, West Publishing Co., 1951, p. 371.

29 *Id.* *Handbook on the Law of Insurance*, p. 371.

30 C.c.Q. Art. 2409.

31 Roger BOUT, *Le contrat d'assurance en droit comparé français et québécois*, Montréal, C.R.D.P.C.Q., 1988, p. 69.

32 Paul ROBERT, *Le Nouveau Petit Robert Dictionnaire de la Langue Française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1993, p. 1777.

33 *The Concise Oxford Dictionary of Current English*, 8th ed., Oxford, Clarendon Press, 1990, p. 62.

34 *Joel v. Law Union and Crown*, [1908] 2 K.B. 863, *Horne v. Polland*, (1922) 2 K.B. 364. *Bernier v. Mutual Life Assurance Company of Canada*, [1973] C.A. 892.

35 C.c.Q. Art. 1457.

36 Ruth SULLIVAN, *Driedger on the Construction of Statutes*, 3rd ed., Toronto, Butterworths, 1994, p. 20. (Hereafter: «R. SULLIVAN (1994)»).

37 C.c.Q. Art. 1457. In the commentaries by the Minister of Justice at art. 2409, this standard is as well alluded to: «...il a pour objectif de poser un critère d'évaluation tel que les déclarations faites par une personne prudente, mais non-spécialisée...» MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, 1993, p. 796.

38 *L'Oeuvre des Terrains de jeux de Québec c. Canon*, (1940) 69 B.R. 112, 114. [Translation]

39 P. DESLAURIERS (1994) p. 47.

40 Jean-Louis BAUDOIN, *La Responsabilité Civile*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1994, p. 80. (Hereafter: «J. L. BEADOIN (1994)»).

41 An important distinction between the standard of the normally provident insured and the civil liability standard of conduct should however be kept in mind. An obligation to repair is manifested in civil liability only when there is causality between the fault and the damage. In insurance however, causality is not a requirement (art. 2410). One must keep in mind as Professor Simard writes: « Le droit des assurances repose sur des principes qui lui sont propres. Ce sont des règles autonomes qui ont été empruntées aux droits français, américain, anglais et à certains vieilles décisions. Il s'agit donc de principes fondamentaux différents des nôtres ...» François-Xavier SIMARD, «La déclaration initiale du risque dans le droit des assurances de la Province de Québec», (1973) 14 C. de D. p. 178. (Hereafter: «F. X. SIMARD (1973)»). *Contra* In the past, the subjective knowledge of the insured was not considered. Can one now imply from the introduction of the term *normally provident insured*,

legislative intent to have the Insurance legislation of the new code be more faithful to Civil law traditions?

42 Robert MERKIN, «Uberrimae Fidei Strikes Again», (1976) 39 *MLR*, p. 480.

43 F. X. SIMARD (1973), p. 184.

44 C.c.B.-C. Art. 2488.

45 *Id.* Art. 2485.

46 *Id.* Art. 2478 al. 2.

47 *Id.* Art. 2500.

48 D. LIUELLES, (1994), p. 30.

49 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, 1993, p. 790.

50 C.c.Q. Art. 2409.

51 C.c.Q. 2409

52 *Id.*

53 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Projet de loi 125 Code civil du Québec, Commentaires détaillés sur les dispositions du projet*, (1991) p. 832.

54 It is interesting to note that if Insurance companies want to raise the standard of the societal norm, they, their agents, and brokers, will have to duly inform the public of the duties of disclosure. As a result, the normally provident Insured will discharge his obligations to the liking of the insurers.

LA LÉGITIMATION HISTORIQUE DE L'INTERMÉDIATION DANS LE SECTEUR DE L'ASSURANCE DE DOMMAGES : LE CAS DE LA FRANCE

par Bertrand Venard

RÉSUMÉ

L'auteur analyse l'histoire de l'intermédiation, depuis l'origine de l'assurance de dommages en France, pour bien comprendre les logiques qui ont poussé les sociétés d'assurances à avoir recours à des intermédiaires.

ABSTRACT

The author analyses the history of insurance intermediation, in France, since the very beginning of the damage insurance in order to well understanding the reasons which motivate the insurance companies to mandate intermediaries.

L'auteur :

Bertrand Venard est professeur de Gestion à ESSCA, École Supérieure des Sciences Commerciales d'Angers en France.

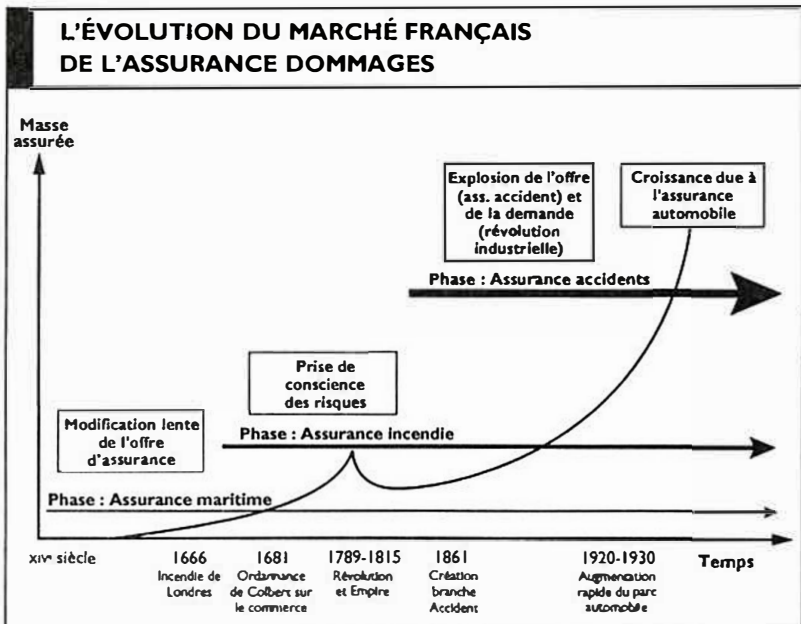
INTRODUCTION

«Davantage animées, au départ, par un état d'esprit de fabricant plutôt que de gestionnaire, les sociétés d'assurance ont très largement mésestimé l'importance que revêtait la maîtrise de leur distribution. Aussi, contrairement aux banques, ont-elles préféré sous-traiter une large partie de cette fonction à des partenaires extérieurs plus ou moins intégrés que sont les agents généraux et les courtiers» (Badoc, 1986).

L'externalisation de la distribution de l'assurance est-elle due à un oubli de la part des compagnies d'assurances, de l'importance stratégique de cette fonction, ou s'agit-il en fait du résultat d'une longue évolution historique ?

En effet, l'externalisation, même en régression, reste un mode dominant de distribution de l'assurance en France. Les agents généraux et les courtiers occupent une part prépondérante du marché avec 61 % du marché dommages et 21 % du marché vie (données 1994).

Mais d'autres modes de vente des produits d'assurances montrent une efficacité et une agressivité commerciale indéniable. Ainsi, les Mutuelles occupent près de 50 % du marché des parti-



culiers. De même, les banques ont réussi à dominer en 20 ans le marché de l'assurance vie (54 % de part de marché en 1994).

Il est donc intéressant d'analyser l'histoire de l'intermédiation depuis l'origine de l'assurance de dommages en France pour bien comprendre les logiques qui ont poussé les sociétés d'assurances à avoir recours à des intermédiaires. Dans un premier temps, nous analyserons l'émergence de l'industrie de l'assurance qui se caractérise par une modification lente de l'offre. Puis, nous étudierons la prise de conscience des risques, faisant passer l'assurance d'un marché étroit à un marché de masse. Dans une troisième phase, nous nous intéresserons au développement concomitant de l'offre avec des innovations majeures et de la demande avec la révolution industrielle. Enfin, nous traiterons la période contemporaine (jusqu'au milieu du xx^e siècle) en traitant des contraintes de gestion des flux monétaires et des flux d'information qui ont légitimé la stabilisation par les compagnies d'une distribution externalisée.

■ I UNE MODIFICATION LENTE DE L'OFFRE, FOCALISÉE SUR L'ASSURANCE MARITIME, JUSQU'AUX XVI^E - XVII^E SIÈCLES

□ I.1. L'assurance maritime : les premiers pas, par la vente directe

Expression de la solidarité qui unit les groupes humains face à l'adversité, l'assurance sous la forme d'entraide est sans doute aussi ancienne que la société.

Très tôt, les hommes ont décidé de s'organiser pour faire face aux aléas qui pouvaient ruiner leur entreprise. L'histoire des assurances montre que le principe de la mutualité existe depuis longtemps, pour protéger les biens des nantis. En effet, l'assurance, pendant les premiers siècles de son histoire, avait une fonction de protection économique des entrepreneurs.

Ainsi, à l'origine, la première forme d'assurance fut une assurance maritime. Elle existait sous une forme ou sous une autre, aussi bien chez les Mésopotamiens (Code d'Hammourabi, 2300 avant JC) (Flower, Wynn Jones, 1974), que chez Les Phéniciens, les habitants de Rhodes, les Grecs, ou les Romains. L'assurance conservera la même forme embryonnaire pendant plusieurs siècles.

Plus proche de nous au XIV^e siècle, l'assurance a pris une forme véritablement moderne à Florence et à Gênes. Les armateurs s'organisèrent pour payer des primes (*primum*: somme payée d'avance) pour faire couvrir leurs risques par un banquier, qui, de son côté, s'engageait à régler l'indemnité convenue lorsque le sinistre se produisait, après constatation de ses effets (Richard, 1956). Il s'agissait du premier contrat moderne d'assurance.

L'assurance était à l'époque considérée, à défaut de calculs actuariels, comme un véritable jeu. À cette époque, la relation entre le preneur de risque (il ne s'agissait pas encore d'un assureur, mais plus d'un joueur) et le client était une relation directe très personnelle. D'un côté, seules les classes aisées de la société étaient éventuellement susceptibles de souscrire des contrats d'assurance. De l'autre, seuls de riches entrepreneurs comme des banquiers, des marchands, ou des particuliers fortunés, acceptaient de prendre un risque en couvrant l'activité maritime d'un armateur. L'assurance maritime ne nécessitait donc pas, à l'époque, de société d'assurances. L'assurance était alors une affaire de particuliers fortunés. Un intermédiaire apparaissait parfois : le courtier. Il veillait à l'établissement du contrat entre l'assuré et le preneur de risque. Mais son intervention était encore restreinte, au moins du fait d'un marché étroit.

Remarquons qu'encore aujourd'hui, on admet dans le domaine de l'assurance maritime que l'existence d'une mutualité d'assurés n'est pas nécessaire. Ceci est vrai pour tous les risques qui ne peuvent bénéficier de la loi des grands nombres. Une mutualité d'assureurs, selon le principe du Lloyd's, se partage le risque. À partir du XVI^e siècle, les éléments du contrat d'assurance maritime, son fonctionnement et ses effets étaient fixés et n'ont guère varié par la suite.

□ 1.2 Une professionnalisation qui touche toujours un marché étroit

En France, pour développer l'activité économique, Colbert fait rédiger l'Ordonnance du Commerce de 1673, véritable Code de Commerce, limité aux opérations terrestres. L'ordonnance d'août 1681 étend les premières dispositions au commerce maritime, en ne laissant rien de côté : juridiction, armement, protection, assurance, crédit, définitions des fortunes de mer et des avaries...).

L'histoire de l'assurance maritime a pris son véritable essor avec la promulgation de cette ordonnance (Gallix, 1985, p.182).

Cette ordonnance permettait à la noblesse de participer au commerce sans déroger. Cette notion est importante, car elle permet de comprendre l'accession soudaine de l'élite française au commerce, et par voie de conséquence, à l'assurance.

Ainsi, cinq ans plus tard, l'Edit de 1686, rendu en application de l'Ordonnance de 1681, créa, à Paris, une Compagnie Générale pour les Assurances Maritimes, première compagnie d'assurances française. Cette société avait le privilège des assurances à Paris et avait le droit d'établir des correspondants et commis dans toute la France. Ce projet resta lettre morte, et les assurances terrestres durent attendre le XVIII^e siècle pour se développer en France.

Depuis l'origine de l'assurance, le marché des assureurs était composé d'une clientèle de privilégiés, démarchée par des privilégiés. L'assurance constituait une activité marginale, non par rapport aux risques qu'elle couvrait, mais par rapport au faible nombre de personnes qu'elle touchait. Le marché de l'assurance était, dans cette phase d'émergence, un marché très étroit. Il ne concernait que les élites de la société, en l'occurrence :

- dans un premier temps, les armateurs;
- dans un second temps, les propriétaires d'immeubles et de terres.

L'assurance visait une cible très restreinte. L'acte d'assurance était conclu obligatoirement dans le cadre d'une relation de personne, où l'assuré et l'assureur traitaient directement. Par conséquent, les compagnies traitaient l'essentiel de leurs affaires, sans avoir recours à des intermédiaires.

■ II. UNE MODIFICATION PROGRESSIVE DE LA DEMANDE AVEC LA PRISE DE CONSCIENCE DES RISQUES D'INCENDIE DU XVII^E AU XIX^E SIÈCLE

Les armateurs se sont très vite aperçus que leurs marchandises devaient être couvertes, aussi bien en mer que sur terre. Ainsi, les premières assurances terrestres naquirent à Gênes au XVI^e siècle, pour garantir les transports par terre des marchandises arrivées par mer.

À la même époque, l'assurance prit un certain développement en Angleterre à la suite d'une concession royale datée de 1574. Le développement de l'assurance incendie intervint outre-Manche, après la prise de conscience du risque d'incendie auquel étaient soumis les immeubles. En effet, l'utilisation systématique du bois comme matériau de construction et de chauffage aggravait singulièrement le risque d'incendie. De plus, le développement des villes s'accompagnait de constructions anarchiques. Ainsi, Londres fut ravagée par un gigantesque incendie en 1666 (75 hectares totalement détruits). Le coût engendré par ce sinistre a été chiffré à 10 millions de livres, soit le quart du revenu national à cette date (Trebilcock, 1985, p.3). Cet événement est, à ce jour, le plus grand cas de non assurance connu, puisqu'aucun des bâtiments n'était assuré contre le risque d'incendie.

Comme gigantesque publicité, cette catastrophe fut le catalyseur de l'expansion de l'assurance incendie. Ainsi, à partir de 1667, l'Angleterre vit le nombre de compagnies d'assurances incendie croître rapidement (Fire Office en 1667, Friendly Society Fire Office en 1684, Exchange House Fire en 1705, Sun Fire Office en 1710...).

En France, l'aggravation des risques d'incendie amena la création, en 1717, du Bureau des Incendies. Cette oeuvre d'assistance était placée sous la direction du clergé, qui attribuait des subsides aux sinistrés. Les premières véritables compagnies d'assurances incendie sont apparues plus tard.

En 1753, la Compagnie d'Assurances Générales était fondée pour pratiquer les assurances contre l'incendie, mais n'a guère laissé de trace (Gallix, 1985, p. 230). En 1786, deux projets apparaissaient au même moment : celui de la compagnie d'assurances associée à la Compagnie des Eaux des frères Perrier et la compagnie d'assurances Labarthe. Labarthe était un prête-nom, utilisé par un jeune assureur revenu d'Angleterre, Clavière, et une aristocrate fortuné, le Baron de Batz. Les deux associés constituèrent sur leur lancée la Compagnie Royale d'Assurance Vie en 1787. Soulignons, dans le domaine de l'assurance Vie, la qualité du texte fondateur que Clavière rédigea au Roi en 1788 pour lui expliquer l'intérêt d'une compagnie d'assurances Vie (Clavière, dans *Risques*, 1990).

Comme le souligne Richard, les créations de sociétés d'assurances au XVIII^e siècle se produisaient par périodes, suivant les variations des conditions économiques et les besoins des particuliers, de l'industrie et du commerce.

Les frémissements économiques et politiques de la Révolution ne furent pas favorables à l'assurance. «Il faut tuer, disait Cambon à

la Convention, toutes ces associations destructives de crédit public, si nous voulons établir le règne de la liberté». Clavière, devenu Ministre des Contributions en 1792, fut arrêté en 1793 et se suicida dans sa cellule. Un décret du 24 août 1793 mit fin à l'existence des premières compagnies d'assurances françaises (Besson, 1977). De même, les premières années du XIX^e siècle restèrent une période de stagnation, Napoléon percevant l'acte d'assurance comme de la spéculation.

La Restauration se montra plus incitatrice et favorisa la création de Mutuelles Incendie, qui assuraient d'ailleurs les bâtiments de l'État. Ces Mutuelles furent, à l'époque, uniquement régionales. On peut citer :

- la Mutuelle de la Ville de Paris, créée en 1816 (Assurance Groupe de Paris: AGP);
- la Mutuelle de la Seine et Oise en 1819 (Groupe d'Assurances Mutuelles de France: GAMF devenu AZUR en 1988);
- la société d'assurances contre l'incendie dans les départements de la Seine inférieure et de l'Eure en 1818 (Mutuelles Unies) ;
- la Mutuelle du Mans (1828)...

Au début, ces sociétés n'étaient autorisées à assurer que les immeubles. Il fallut attendre l'ordonnance du 17 mars 1839 pour que les Mutuelles puissent assurer le mobilier. Statutairement, les Mutuelles percevaient les primes calculées suivant le montant des sinistres de l'année écoulée. Les sinistres étaient payés une fois l'année terminée. Les primes étaient donc variables.

À partir de 1816, les premières compagnies à primes fixes sont apparues en France : la nouvelle compagnie Royale (1816), la Compagnie d'Assurances Générales (1819, AGF), le Phénix (1819, AGF), l'Union (1834, l'UAP), le Soleil (1834, GAN), la France (1837).

Entre 1830 et 1848, les compagnies à primes fixes se sont développées régulièrement et ont commencé à faire concurrence aux Mutuelles. Les compagnies à primes fixes payaient les sinistres, dès que leur effets étaient connus, ce qui leur donnait un avantage concurrentiel important auprès du public. En 1834, le Comité des Compagnies à primes fixes a été créé et imposait un tarif commun pour les principaux risques. Cette entente sur les prix contribua fortement à la domination de ces compagnies sur le marché français de l'assurance de dommages.

Soulignons que cette phase d'expansion de l'assurance en France se caractérise par une grande mortalité des entreprises d'assurances. Ainsi, sur 87 compagnies d'assurances incendie créées entre 1819 et 1880, seules 19 subsistent encore actuellement. De même, 173 Mutuelles d'assurances contre l'incendie disparurent entre 1816 et 1903 (Gallix, 1985, p. 360). En effet, le développement de l'assurance se faisait, au début, avec une certaine imprécision technique. Mais la technique de l'assurance commençait à prendre de l'ampleur : les premiers traités d'actuariat apparaissaient, la clause de tacite reconduction était créée, les contrats d'assurances vie introduisaient progressivement les clauses de rachat et de réduction...

Deux traits saillants de l'intermédiation à cette époque doivent être soulignés :

- l'intervention des agents dans la relation assureur/assuré;
- le poids politique que les agents semblent avoir joué immédiatement.

Ainsi, l'intermédiaire d'assurance apparaissait à cette époque pour aider les Mutuelles et les compagnies à primes fixes dans leur développement. Un facteur essentiel de légitimité était alors pour lui de résoudre les problèmes techniques posés aux assureurs :

- comment être présent sur l'ensemble du territoire pour pouvoir constituer une mutualité de risques;
- comment faire une évaluation correcte des risques et, par conséquent, comment développer une présence physique suffisante pour l'inspection technique;
- comment recouvrer des primes sur l'ensemble du territoire en l'absence de réseaux bancaires et de moyens de paiement;
- comment faire circuler l'information nécessaire aux opérations d'assurance (police, avenant, conditions générales...);
- comment sensibiliser les assurés à la nécessité de l'assurance (développement de la masse assurable) et à la nécessité de limiter les risques (baisse de la sinistralité).

Le pari était alors que la distribution par des agents qui auront à résoudre les problèmes exposés ci-dessus était moins coûteuse que la création et la gestion d'un réseau intégré.

Dans un premier temps, les assureurs, en particulier les Mutuelles, n'avaient que des zones de chalandises très restreintes, notamment lors de leur création. Par conséquent, l'assuré payait sa

prime au siège, qui correspondait souvent au domicile du Directeur. Les polices que nous avons pu examiner datant du XIX^e siècle sont souvent signées par le client et le Directeur.

Dans un second temps, les sociétés d'assurances ont développé leur activités et ont donc eu besoin d'intermédiaires pour les représenter. La régionalisation de l'activité a impliqué l'augmentation de l'intermédiation. Cette externalisation était d'autant plus nécessaire qu'aucune compagnie n'avait, à l'époque, une gamme suffisante de produits pour justifier l'investissement dans un réseau de vendeurs salariés. Ainsi, on voyait, à cette époque, certaines Mutuelles disposer de réseaux d'agents payés à la commission (Richard, 1956, p. 41). De même, les compagnies à primes fixes étaient représentées localement par les agents. Ainsi, une circulaire datée du 30 janvier 1821 de la compagnie française du Phénix donnait des conseils en matière de souscription, document qui semble très actuel : «les instructions et le tarif vous avaient suffisamment fait remarquer les bâtiments et les objets que la compagnie vous signalaient comme présentant des risques plus importants, et leur classification appelle constamment votre prudence à ne point transiger par des réductions qui trompent le calcul des proportions, détruisent l'égalité des primes entre elles, et menaceraient de compromettre tous les intérêts, si ceux de la compagnie reposaient sur les bases moins solides. Je sais, Messieurs, les causes qui ont amené des concessions indiscrettes; mais la rivalité mal entendue et l'exemple d'un zèle mal raisonné ne doivent pas entraîner la Compagnie dans un système de rabais qu'elle ne veut pas partager que s'exposer aux suites naturelles qui menacent peut-être d'imprudents rivaux». Cette circulaire souligne le rôle intangible de l'agent comme intermédiaire, notamment dans un contexte de guerre des prix où la surveillance dans la souscription des risques est primordiale.

Un deuxième élément illustre l'importance prise dès le milieu du XIX^e siècle par les agents : leur poids politique. Un exemple est révélateur, en tous cas, de leur organisation, de leur poids économique et politique. Les mouvements sociaux qui accompagnaient la révolution de 1848 remirent en cause le principe de l'assurance privée. Plusieurs projets d'étatisation furent présentés à l'Assemblée Nationale. Un des projets les plus sérieux fut celui du Ministre des Finances, M. Garnier-Pagès. Les agents d'assurance alertés adressèrent des pétitions à l'Assemblée. La plébiscite de Napoléon III, plus que cette pétition, eut raison de ces velléités étatiques. Mais avec cette pétition, les agents montrèrent leur organisation corporatiste et leur volonté d'orienter les décisions de l'État. Remarquons que les premiers syndicats d'agents se constituèrent avant la guerre

de 1914 pour combattre ces projets de nationalisation, puis se regroupèrent en une Fédération Nationale des Syndicats d'Agents Généraux en 1919.

■ III. L'EXPLOSION SIMULTANÉE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DU XIX^E AU XX^E SIÈCLES

□ III.1 L'apparition de l'Assurance contre les accidents dans la deuxième moitié du XIX^e siècle

Les années 1860-1865 ont été, pour l'assurance contre les accidents, ce qu'ont été les années 1815-1820 pour l'assurance contre l'incendie. Elles marquent la véritable naissance d'une branche nouvelle de l'assurance qui allait vite représenter une partie importante de ses activités. Cette période est caractérisée par des progrès importants de la législation. On a alors vu apparaître des responsabilités inconnues, et par suite l'émergence des couvertures adaptées.

La création de cette branche nouvelle de l'assurance fut le fruit non pas des Britanniques, précurseurs indéniables en la matière, mais des Français. Le progrès technique réalisé va jouer un rôle d'accélérateur sur le marché. Les sources diffèrent sur l'origine de la première société d'assurances contre les accidents. Par contre, sa création remonte, dans tous les cas, au XIX^e siècle.

Les premiers essais de création de société d'assurances contre les accidents remontent à la société l'Automédéon (1825) et la Seine (1829), qui assuraient la responsabilité civile des propriétaires de chevaux et de voitures. Cette branche d'assurances n'eut pas, tout d'abord, une légitimité totale. Pour preuve, le Tribunal de Commerce de la Seine la déclara «nulle» car contraire à l'ordre public (décision du 21 août 1844).

Mais le développement véritable de la branche accident débuta dans la deuxième partie du XIX^e siècle. Ainsi, 90% des sociétés françaises créées au XIX^e siècle, l'ont été dans la deuxième partie du siècle (77 compagnies sur 87 entre 1844 et 1880). La première société importante fut fondée le 14 mars 1861 par Hyppolyte Marestaing : la Préservatrice (actuellement, Athéna-PFA). Cette société à forme mutuelle avait pour objet l'assurance collective du personnel des entreprises industrielles contre les risques professionnels.

À l'époque, l'ouvrier accidenté sur le lieu de son travail ne pouvait espérer une indemnisation que dans le cas où l'action intentée, en vertu des articles 1382 à 1384 du Code Civil, permettait de révéler une faute à la charge du patron, ce qui était difficile à prouver (Richard, 1956, p. 70).

La police d'assurance collective combinée était proposée par la Préservatrice à l'industriel afin de garantir le versement d'indemnités forfaitaires aux ouvriers accidentés du travail. Le contrat comprenait une garantie de responsabilité couvrant le patron contre les recours de l'ouvrier qui refusait le forfait et invoquait la faute du patron. Non seulement le génial Marestaing lançait réellement l'assurance accident en France, mais, en plus, il introduisait l'assurance de responsabilité. Soulignons que l'assurance de responsabilité n'apparût seulement en 1880 en Grande-Bretagne avec l'*Employer's Liability Act*. La Préservatrice a donc précédé, par son innovation, la législation européenne.

En effet, le principe du risque professionnel fut admis à la fin du XIX^e siècle par la plupart des législations. En France, la loi du 9 avril 1898 remit en cause la règle de la responsabilité partagée entre les employeurs et les employés en cas d'accident du travail, abandonnant ainsi un principe traditionnel du droit civil (Valin, 1982). Cette loi imposait aux sociétés qui désiraient pratiquer l'assurance contre les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail de :

- verser un cautionnement dont le montant était fixé par un règlement de l'administration publique;
- de constituer des réserves mathématiques pour les rentes attribuées aux victimes;
- de fournir des états périodiques d'activités (sinistres, règlements, décisions juridiques...);
- de réaliser un bilan et leur compte de profits et pertes accompagnés d'une série d'états comptables;
- d'accepter le contrôle au siège social de l'exactitude des états par un corps spécialement créé de commissaires-contrôleurs.

L'innovation «technologique» d'Hyppolyte Marestaing, constituée par le développement de la branche accident, entraîna une modification du marché au niveau de l'offre et de la demande. En effet, l'offre d'assurance atteignit, avec les assurances accidents, une certaine taille critique, dans la mesure où les assureurs pouvaient offrir une palette plus importante de produits aux assurés. De

multiplés créations de sociétés attestent de cette accélération du marché. La Préservatrice est ainsi suivie par la Prévoyance (responsabilité civile des propriétaires de chevaux et voitures), la Sécurité Générale (1885) (accidents corporels par contrats individuels et collectifs)...

Cette taille critique fut d'autant plus importante que les sociétés se trouvaient devant le dilemme suivant : comment, compte tenu des contraintes techniques déjà exposées, pouvait-on motiver des intermédiaires à développer le secteur de l'assurance qui comportait encore peu de débouchés, faute de produits en nombre suffisant ? Richard cite ainsi le cas de l'échec du lancement des assurances populaires en France, à cause de frais généraux trop importants pour percevoir mensuellement de petites primes (Richard, 1956, p. 66). Non seulement le marché de l'assurance ne comportait que peu de produits, mais, en plus, les compagnies étaient très spécialisées. Par conséquent, les agents d'assurances avaient, à l'époque, l'habitude de représenter plusieurs compagnies d'assurances, afin de pouvoir proposer une palette plus large de produits. Il n'était pas rare de voir certains agents représenter quatre ou cinq compagnies différentes, et exercer par ailleurs une autre profession. Les grandes compagnies vont alors profiter de l'émergence de la branche accidents pour développer leur gamme de produits. Du même coup, des négociations vont s'établir entre les agents et les compagnies afin qu'ils se concentrent sur les produits d'une compagnie principale. Cette tendance fut particulièrement accentuée au début du xx^e siècle (Richard, p. 139 et p. 190). Avoir une gamme suffisante de produits était donc une condition nécessaire au développement de l'assurance et à la survie de ses intermédiaires.

Par ailleurs, l'innovation constituée par la branche accidents avait une forte implication sur la demande touchée. En effet, jusqu'alors, les assureurs ciblaient principalement des segments privilégiés du marché. L'assurance incendie était conçue, au départ, pour des propriétaires fortunés, privilégiés et rares. Il est évident que la révolution industrielle a vu émerger une petite bourgeoisie qui a accédé à la propriété et à l'assurance incendie. Mais c'est, selon nous, l'assurance contre les accidents qui a popularisé l'assurance auprès des masses françaises.

III.2 La Révolution industrielle: des facteurs externes aux sociétés impliquent une transformation de l'offre et de la demande

Quel que soit le secteur économique, les modifications de son environnement influent sur son organisation. Ainsi, plusieurs

facteurs importants ont marqué l'émergence de la société industrielle au XVIII^e et surtout au XIX^e siècle et ont influencé le secteur de l'assurance :

- la transformation économique due à l'industrialisation;
- la transformation de la législation;
- la transformation sociale : exode rural/urbanisation, montée en puissance des revendications sociales.

La révolution industrielle accumulait les richesses dans le monde occidental, mais multipliait aussi de ce fait les risques de les perdre. Comme le souligne Trebilcock, la révolution industrielle est un fait majeur de l'histoire de l'assurance (1985, p. 2). Le lien entre l'augmentation de la richesse d'une nation et de sa matière assurable et assurée explique à lui seul l'importance de la transformation économique du XIX^e siècle.

La révolution industrielle débuta dans une situation où la grande majorité de la population française ne possédait rien, et ne risquait donc pas d'assurer son dénuement. Néanmoins, on assista, avec cette révolution économique, à un certain enrichissement des classes laborieuses. Celles-ci purent accéder à un niveau de richesse qui leur permit de se constituer un patrimoine, ce qui implique le recours à l'assurance.

Par ailleurs, les grands bénéficiaires de la révolution industrielle furent les grandes dynasties financières et industrielles nouvellement nées. Mais parallèlement, l'outil de production industriel qui fait leur richesse, nécessita des capitaux importants. Ainsi, les entreprises françaises ont commencé à appartenir à des actionnaires disséminés, ce qui va transformer la logique décisionnelle des dirigeants. À l'objectif de conservation du patrimoine du dirigeant propriétaire de sa petite entreprise, se substituèrent les objectifs des actionnaires d'augmentation des dividendes et d'augmentation du chiffre d'affaires. Les actionnaires seront vigilants sur les garanties permettant la survie de l'entreprise malgré les aléas, et par la suite vont demander la protection de leurs investissements par des assurances.

Par ailleurs, l'industrialisation va faire apparaître de nouvelles machines, de nouvelles conditions de travail, une nouvelle organisation des entreprises qui passèrent de la mono-entreprise, proche de la cellule familiale et dont l'activité ressemblait à notre artisanat actuel, au groupe comprenant plusieurs unités de fabrication, de nombreux employés, une multiplicité des centres de décision... La mécanisation alourdit le coût des sinistres, du fait de la destruction

possible des machines, de stocks importants de produits intermédiaires et finis... Toutes ces raisons ont exacerbé les risques encourus.

Enfin, suite à cet enrichissement et à une multiplication des risques, l'individu devint de plus en plus inapte à faire face de manière isolée aux sinistres. L'industrialisation va complexifier et augmenter les risques encourus par les entrepreneurs. Les volumes en jeu en cas de sinistres firent qu'il devint impossible à l'entrepreneur isolé d'y faire face. Ainsi, les liens de solidarité personnels seront incapables de faire face à la survenance d'un sinistre. Il s'ensuit que l'auto-assurance va régresser dans la société française. Auparavant, l'individu capitalisait en prévoyance du risque possible. À cette époque, l'individu s'est donc trouvé dans l'impossibilité de supporter des risques grandissants.

La protection des grands groupes, de même que celle des individus, passe par une certaine mutualité exprimée et organisée par les compagnies d'assurances. Les industriels vont reporter leur risques sur des tiers assureurs, afin de préserver leur outil de production et donc nécessiter le recours préventif à l'assurance. Ainsi, l'assurance a pu, sous l'effet d'une modification de la demande due à une croissance des risques, asseoir son autorité et sa nécessité pour la société française.

La transformation de la législation est un autre facteur qui a eu des répercussions sur l'offre et la demande d'assurance. Ainsi, Napoléon III avait, dans la deuxième moitié de son régime, mis en avant la nécessité d'établir un système libéral avec des tendances sociales. Ces tendances s'exprimaient par la protection des travailleurs, et notamment des retraités. Dès 1848, le gouvernement avait déposé un projet de caisse de retraite pour la vieillesse, suivi par la création d'une caisse d'assurances en cas de décès et d'une caisse d'accidents en cas d'accidents résultant de travaux industriels et agricoles. D'autres textes pourraient être cités, mais nous ne nous étendrons pas sur ce point.

Par ailleurs, la révolution industrielle va être caractérisée par des phénomènes sociaux majeurs qui vont bouleverser les comportements comme l'exode rural, l'urbanisation, la montée des revendications sociales.

L'exode rural et l'urbanisation étaient motivés par l'émergence des industries en périphérie des centres de consommation. Cet exode va déclencher des crises sociales où les individus vont remettre en question les normes, les règles qui régissent la société. Une des attentes qui s'expriment alors est le besoin de sécurité. Les

anciens paysans devenus ouvriers sont déstabilisés par leur changement de fonction et vont donc rechercher des moyens de se garantir contre l'adversité et la précarité. Ils vont donc avoir recours à l'assurance.

Par ailleurs, le regroupement des travailleurs en syndicats (à la fois incités et interdits par Napoléon III) va faire émerger des revendications sociales. Une des premières revendications des groupements d'ouvriers sera l'assurance en cas d'accidents du travail. Cette demande sera anticipée par la Préservatrice, au point que certains auteurs voient dans cette initiative les prémices du droit français du travail.

Un autre phénomène de l'industrialisation est l'urbanisation croissante. La population, en se rapprochant des villes, va se trouver sous le feu de deux importants facteurs. D'une part, la population va se trouver éloignée de sa cellule familiale d'origine, base de l'ancienne auto-assurance. D'autre part, la population va se rapprocher des centres de production d'assurance. Cette population urbanisée va donc pouvoir être sollicitée par les démarcheurs des compagnies.

III.3 Le niveau technologique atteint légitime le maintien de réseaux externalisés de distribution

Au début du ^{xx}e siècle, la distribution de l'assurance de dommages était, en France, principalement exercée par des réseaux externalisés. Les compagnies, comme les distributeurs, sont alors dans une situation de constante progression de leur chiffre d'affaires dommages. Symbole de cette croissance, l'assurance automobile prend alors une part prépondérante dans l'activité dommages des acteurs du marché. Ainsi, en 1937, l'assurance automobile représente déjà 28% du total des primes émises d'assurances de dommages en France, en 1955 41 % (contre 60 % en 1966 et 46 % en 1994, source : FFSA). Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'importance évidente de l'automobile dans l'activité dommages française.

L'élargissement de l'offre et de la demande aurait pu entraîner une modification du type de distribution par les compagnies d'assurances. Au contraire, les compagnies ont eu tendance à demander aux agents généraux une plus grande fidélité en abandonnant, contre une indemnité, les portefeuilles réalisés avec des concurrents. Les compagnies ont alors besoin d'une très dense présence sur l'ensemble du territoire français, afin de gérer deux flux essentiels de l'assurance : les flux monétaires et les flux

d'information. Compte tenu de la technologie disponible au XIX^e siècle et au début du XX^e et des contraintes dues à la gestion des flux, les compagnies françaises ont alors choisi de perpétuer le système dominant de distribution.

Étudions successivement la gestion de ces deux types de flux.

Le premier flux essentiel pour l'assurance était constitué par les flux monétaires :

- le flux de paiement des primes;
- le flux d'indemnisation des sinistres.

Les deux flux n'avaient pas la même probabilité de survenance. Le recueil des primes était répétitif, tant que le contrat d'assurance était reconduit. Le paiement des sinistres était soumis à l'aléa de survenance de l'événement assuré. Dans les deux cas, la gestion des flux devait :

- permettre d'étudier les caractéristiques du risque ou du sinistre, afin d'évaluer le montant de la transaction financière;
- être accompagné de support papier (contrat, justificatifs de risque et de sinistre, quittances...).

La contrainte technologique a eu une influence variable en matière de flux monétaire. En effet, jusqu'au milieu du XX^e siècle, les flux monétaires se faisaient, en l'absence d'autres moyens de paiement, en liquide. Dès lors, les compagnies étaient obligées d'avoir une présence physique sur le terrain pour procéder à l'encaissement et au règlement. Cette obligation était d'autant plus forte que les sociétés d'assurances ne pouvaient s'appuyer sur les réseaux de banques, qui auraient pu procéder aux transactions financières. Les banques n'avaient pas un nombre suffisant de points de vente. Le développement rapide des réseaux de distribution bancaires en France date seulement de la fin des années 1960. En 1967, l'entière liberté d'ouverture des guichets était décidée par l'État, ce qui provoqua la création de 45 000 guichets entre 1967 et 1975. Auparavant, le maillage bancaire était très succinct en France.

Par ailleurs, les sociétés ne pouvaient mettre en place leur propre réseau de salariés pour percevoir les primes. L'investissement était trop important. Cela a même retardé l'apparition de certains produits. Ainsi, à la fin du XIX^e siècle, la Prudential avait introduit en Angleterre l'assurance vie populaire, qui s'était rapidement développée dans les centres urbains. Il n'y avait rien de tel en France. Les «compagnies à primes fixes» reculaient devant

l'importance des frais généraux, entraînés par l'encaissement mensuel de très faibles sommes, dans tous les coins de la France (Richard, 1956).

De nouvelles technologies de paiement sont restées pendant longtemps inutilisables, à cause de restrictions légales. En effet, il est essentiel de remarquer que la loi française a imposé le paiement direct des primes jusqu'en 1966 (ce que l'on appelait alors la quérabilité des primes au domicile des assurés). Par conséquent, il était, jusqu'au milieu du xx^e siècle, fondamental pour une compagnie d'avoir un large réseau. Remarquons qu'une certaine tolérance permettait aux firmes de procéder à la collecte par d'autres voies. En effet, chaque agent était incapable de faire la tournée complète de toute sa clientèle pour recueillir le paiement des primes. Ainsi, jusqu'à la fin des années 1960, les agents employaient des sous-agents pour exécuter cette tâche. Les sous-agents étaient payés sur la base d'une partie des commissions plus ou moins importante, suivant qu'ils étaient les apporteurs des affaires, ou seulement des gestionnaires. Il n'était pas rare pour un agent d'avoir 7 à 8 sous-agents.

Le deuxième flux essentiel pour l'assurance est constitué des flux d'information. En effet, les difficultés de communication au xix^e siècle sont d'autres raisons qui expliquent le maintien de réseaux externes pour la distribution de l'assurance de dommages en France.

La première difficulté résulte des conditions de transport lors du développement de l'assurance. En 1846, à l'époque de l'essor des compagnies d'assurances en France, il fallait cinq jours pour relier Bordeaux à Paris. Ainsi, les compagnies devaient déléguer d'une façon ou d'une autre des pouvoirs à leurs agents, afin qu'ils puissent être autonomes dans la gestion des affaires courantes. Le temps de traitement d'un dossier simple (aller-retour Paris/Province, gestion...) était alourdi par la transmission des documents.

La deuxième difficulté découlait des technologies permettant d'assurer les flux d'information. Lors de l'essor de l'assurance, la communication des compagnies pouvait transiter par les médias (la presse, l'affichage, les tracts). Les compagnies ne se privèrent donc pas de développer leur notoriété et leur image. Ainsi, on trouve beaucoup d'exemples de communications publicitaires réalisées par les compagnies dès le xix^e siècle. L'un des vecteurs de communication le plus original était les plaques apposées sur les immeubles, pour indiquer qu'ils étaient assurés (et pas seulement que l'immeuble pouvait appartenir à la compagnie).

Mais cette information ne pouvait toucher toutes les couches de la société pour plusieurs raisons. En effet, le niveau de scolarisation de la population était, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, encore faible. Tant que l'assurance touchait une minorité cultivée, les compagnies pouvaient traiter en direct avec les consommateurs. Dès que les produits ont touché la masse de la population, une intermédiation est devenue impérieuse. L'agent pouvait expliquer les finalités des contrats, «débroussailler» la terminologie juridique, et le plus souvent lire tout simplement les garanties aux illettrés. De plus, les vecteurs de communication étaient surtout localisés dans les villes, où les compagnies disposaient de bureaux. La province, qui comprenait la majeure partie de la population, et donc des marchés, dans une France quasi exclusivement rurale, était donc peu sujette à la stimulation publicitaire. Ainsi, le contact humain était privilégié pour communiquer avec les prospects.

On peut donc voir, dans la gestion des flux de l'information, une légitimation suffisante du choix des compagnies pour des réseaux externes de distribution. En effet, si l'on veut communiquer avec une cible, il est nécessaire d'isoler tous les moyens possibles qui permettent un contact qualifié, c'est-à-dire qui permettent de toucher la cible choisie avec un impact optimum. Cette rentabilité de la communication s'exprime par le coût engendré par chaque contact qualifié. Certaines cibles ne peuvent être touchées que par un nombre limité de moyens. Dans certains cas, la seule possibilité est le face-à-face, qui permet un contact direct entre la firme (son représentant) et le prospect. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, on se trouvait en présence de marchés à fort potentiel, confrontés à l'absence de médias comme : la radio, la télévision, le téléphone, la presse (en tout cas pour toutes les cibles). Il était donc nécessaire de créer un contact direct entre les sociétés et les prospects.

■ CONCLUSION

L'assurance, comme l'ensemble des secteurs économiques, est marquée par son histoire. Ainsi, la domination des réseaux externalisés dans la distribution de l'assurance de dommages n'est pas le fruit du hasard ou de l'oubli par les compagnies de l'importance stratégique de cette fonction. Il s'agit d'une situation que l'histoire du secteur explique en partie.

En effet, l'assurance a d'abord été un marché très étroit qui concernait uniquement des particuliers fortunés, désireux de proté-

ger leurs biens mis en péril par le transport maritime. À l'époque, l'intermédiation était encore timide et avait pour objet de mettre en relation preneur de risques et assurés.

Le grand incendie de Londres au xvii^e siècle fut le catalyseur d'une transformation de la demande et de l'offre, qui bien vite se transporta de l'autre côté de la Manche. La révolution, puis les époques napoléoniennes, bloquèrent pour un temps le développement de l'assurance en France.

Le début du xix^e siècle fut un âge d'or pour l'assurance. La multiplication des risques, des demandes de couverture et des offres des compagnies fut le résultat de la révolution industrielle qui toucha la France. Les compagnies, soucieuses de profiter du développement du marché, misèrent alors sur une distribution externalisée, principalement par des agents d'assurance, qui permettait de gérer les actes d'assurance avec une certaine sécurité. La justification des agents était alors multiple : constitution de la mutualité, inspection des risques et des sinistres, recouvrement des primes, circulation de l'information, sensibilisation à l'assurance. Mais le marché était encore étroit et les distributeurs étaient plus des courtiers représentant plusieurs compagnies que des agents exclusifs.

Une innovation technologique majeure relança le développement du marché de l'assurance de dommages en France : la création de l'assurance contre les accidents. La réussite de la branche accident, à la fin du xix^e siècle, permit aux compagnies de multiplier une offre considérable en prenant appui sur les changements économiques, juridiques et sociaux de l'époque. Par exemple, l'auto-assurance régressa considérablement sous le double effet de l'augmentation des risques et de la baisse des liens de solidarité qui étaient l'ancienne réponse à la survenance des sinistres.

À la fin du xix^e et dans la première moitié du xx^e siècles, le mode dominant de distribution de l'assurance de dommages était toujours, en France, les réseaux externalisés. D'une part, la croissance continue du marché, due en partie à l'explosion de l'assurance automobile, fit que les acteurs de l'assurance étaient satisfaits des situations concurrentielles. De plus, les compagnies avaient besoin de réseaux denses pour pouvoir gérer les flux monétaires et d'information nécessaires aux actes d'assurance. Par exemple, en l'absence de réseaux bancaires et à cause de l'obligation légale de paiement des primes en liquide, les assureurs étaient obligés d'avoir une couverture dense du territoire.

Remarquons que jusqu'au milieu du xx^e siècle, le cas français n'est pas forcément si particulier, à en juger par des analyses

historiques américaines (Rapone pour Guardian) ou britanniques (Trebilcock pour Phoenix).

Le particularisme français peut être expliqué par les décisions de l'État français au lendemain de la seconde guerre mondiale. Le marché français a alors été strictement régulé avec une loi de nationalisation, la création de la sécurité sociale et la mise en place d'un statut pour les agents généraux. On peut imaginer que le statut d'ordre public des agents français a été une espèce de compensation à la perte d'une partie non négligeable du chiffre d'affaires, suite aux nationalisations (près de 40 % de l'activité). Mais en même temps, il a bloqué l'évolution de la distribution de l'assurance de dommages. En effet, les agents et les compagnies ayant une obligation réciproque d'exclusivité de production n'ont recherché que timidement d'autres modes d'accès aux marchés.

La situation actuelle de l'assurance de dommages est totalement modifiée par rapport au milieu du vingtième siècle : nouveau statut des agents, suprématie des Mutuelles sur le marché des particuliers, apparition avec succès des banques, nouvelles technologies, marché électronique de l'assurance. Telles sont les grandes composantes qui expliqueront le marché de dommages de demain.

□ Bibliographie

- BADOC (M.) - Marketing management pour la banque et l'assurance - France : Paris, Ed. Organisations, 186, p.396.
- BESSON (A.) - Les assurances terrestres en droit français - France : Paris, LGDJ, 1977, 510 p.
- CLAVIERE - «Prospectus de l'établissement des assurances sur la vie» - France : *Risques*, N° 1, juin 1990, p. 123-136.
- FFSA, Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Rapport annuel 1994.
- FLOWER, WYNN JONES - Lloyd's - Londres : David & Charles Ed. : Newton Abbot, 1974, 192 p.
- GALLIX (L.) - Il était une fois l'assurance - France : l'Argus, 1985.
- RAPONE (A.) - The Guardian Life Insurance Company : 1860-1920 - USA : New-York, NY University Press, 1987, 209 p.
- RICHARD (P.J.) - Histoire des institutions d'assurance en France - France : Paris: Ed. Argus, 1956, 330 p.
- TREBILCOCK (C.) - Phoenix Assurance and the development of British insurance : 1782-1870, Grande-Bretagne : Cambridge University Press, 1985, 782 p.
- VALIN (Gérard) - Gestion des entreprises d'Assurances - France : Paris, Dunod, 1983, 216 p.

CAN FINANCIAL INSTRUMENTS BE USED AS A SUBSTITUTE FOR REINSURANCE?

by Mohez Remtulla

RÉSUMÉ

La façon habituelle pour un assureur de réduire un risque excessif est de souscrire un contrat de réassurance. Dans l'article qui suit, il est question de la concurrence directe que les contrats à terme sur contrats d'assurance représentent pour l'industrie de la réassurance. Les contrats à terme sur contrats d'assurance constituent, comme la réassurance, un moyen de transférer à un tiers les risques pris en charge. Toutefois, l'utilité de la réassurance n'est pas remise en cause. La réassurance remplit un certain nombre de fonctions que les contrats à terme sur contrats d'assurance ne peuvent combler.

ABSTRACT

Financial instruments such as insurance catastrophe futures contracts are an innovative and legitimate way in which capital markets can help insurers reduce the risk of catastrophic claims. Financial instruments can be designed to reduce insurance risk and used as a substitute or complement to reinsurance. However, the usefulness of reinsurance will not entirely disappear.

The author:

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

Financial instruments or derivatives, as they are commonly referred to, are securities that derive their value from an underlying asset or are linked to indices such as stock markets, interest rates, currency exchange rates, or a claims index as in the case of the insurance industry. Basically, comprising different combinations and types of forwards and options, derivatives can be freestanding, attached to or embedded in different instruments.

Every derivative transaction, no matter how complex it might appear, can be built from two simple and fundamental building blocks: forwards and options. Forward or Futures contracts are agreements to buy or sell a commodity or financial instrument at a particular price on a stipulated future date. Options, by contrast, let buyers choose whether or not to exercise the option to buy or sell the commodity or the financial instrument by the exercise date. Insurance futures are a form of financial instruments that allow an investor to become an effective carrier of insurance risks with very limited liability.

The purpose of reinsurance is generally viewed as providing capacity, stability and financing. Although traditional reinsurance agreements usually are expressed in risk management terms, in fact, they essentially work to ensure the survival of an insurer. Non-traditional or so called "finite" risk reinsurance goes one step further in that it aims to directly address the financial outcome of the insurance process. The reinsurance market provides good opportunities for insurers to reduce their exposure to underwriting risk. In general, the reinsurance market consists of bilateral agreements between insurers. Reinsurance arrangements can be categorized as either proportional or non-proportional contracts. With proportional reinsurance, the ceding company shifts a proportion of its premiums to a reinsurer in exchange for the reimbursement of claims. In essence, proportional reinsurance is equivalent to an equity position in the policy pool of the ceding company. Non-proportional reinsurance agreements have payoffs similar to call options written on the ceding company's policies.

Financial instruments such as insurance catastrophe futures contracts are an innovative and legitimate way in which capital markets can help insurers reduce the risk of catastrophic claims, and can be applied to virtually any line of business. A viable insurance futures contract provides insurers and reinsurers with additional opportunities to reduce the risk of insolvency. Similar to most non-traditional reinsurance arrangements, such instruments can also be defined as a transaction in which financial consideration dominate the buyer's motivation.

Financial instruments such as catastrophe futures can be designed to reduce insurance risk and used as a substitute or complement for reinsurance. Traditionally, insurers have used reinsurance to protect against unexpected claims activity. Reinsurance does offer benefits to insurers that alternative instruments such as insurance futures may or may not be able to provide. Such benefits include : (a) increased capacity, (b) stabilization of claims experience, (c) ease of entry and exit from insurance markets, (d) catastrophe protection and (e) enhanced financial strength. The advantages of financial instruments such as insurance futures over reinsurance are that insurance futures are more liquid, contracts are standardized and transactions costs are small relative to the costs of developing and administering reinsurance contracts.

Reinsurance is used to increase a company's underwriting capacity to write new business. The use of catastrophe futures does not increase capacity since an actual risk transfer does not take place. This logic applies to the finite risk arrangements as well, that is if the contracts are accounted for in a proper manner consistent with generally accepted accounting principles. An exchange of policies or claim obligations does not occur as the insurer attempts to offset major underwriting claims by expected gains in the catastrophe futures market as the risk itself is not transferred to the market.

Stabilization of claims through reinsurance can be accomplished by spreading the risk, rather than the primary company retaining the entire risk. Catastrophe futures help to stabilize the claims experience if an insurer's claims move with the claims ratio of the industry. The catastrophe futures contracts use a claims ratio that is supposed to approximate the industry claims ratio. However, if an insurer's claims ratio does not correlate well with the contract claims ratio, then the underwriting risk for that primary company may not be reduced.

Reinsurance can facilitate the entry and exit from insurance markets. A primary insurer, wanting to enter into a new line of insurance, may be assisted by a reinsurer in several ways. Knowledgeable professional reinsurers may have specialized information in certain lines of business. A primary insurer can enter into a new market slowly, by initially reinsuring most of its new business and then gradually transfer a reduced share of the new market as it develops familiarity and skills of its people. Also, reinsurance assists to exit a market by allowing a primary insurer to fully transfer a book of business to the reinsurer. Financial instruments such as catastrophe futures are unable to provide these functions for insurers.

Reinsurance can help protect a primary insurer against frequency and severity of large claims or many small claims which may have a significant impact on the underwriting result and therefore the operating income. A primary insurer may transfer a portion of its risk to a reinsurer, which in turn may transfer a portion of that risk to another reinsurer and so on. Since many insurers share the involved risks, this allows a geographical diversification of exposures. With more parties involved in the sharing of risks, there is greater risk spreading and more financial capital available to cover the claims that may be incurred. Reinsurance is written to deal with an insurer's own claims. Financial instruments such as the catastrophe futures, however, are priced with regard to the impact of catastrophe events on total industry results.

Increased financial strength is gained by using reinsurance as the level of the policy liabilities is passed through traditional reinsurance arrangements. Depending on the structure of the financial instrument arrangement, financial instruments such as catastrophe futures do not affect an insurer's provisions for unearned premiums. With respect to any insurance futures position that corresponds to incurred claims for the reporting period, general accounting requirements are that any increase or decrease in the value of the insurance futures contracts should be reported as an increase or decrease in the insurer's other income.

At present, the use of financial instruments or derivatives is still considered to be a fringe financial technique in the insurance industry. It is here that the derivative contracts are designed to work as a hedging mechanism that resemble a reinsurance agreement. One advantage the use of derivatives holds for the insurance industry is the ability to obtain risk protection not just quickly and efficiently but also effectively. Reinsurance does provide benefits to insurers although at a cost. Historically, insurers and reinsurers have used derivative products only on the asset side of the balance sheet to help the company benefit from the expertise in maximizing investment returns. Financial instrument contracts trade alongside, but are in some instances expected to eclipse, existing contracts; although this may now be changing as covers are expanded to cover a far broader area of exposures.

The insurance industry already knows how to manage risks and therefore the use of derivatives is merely a natural extension of this knowledge. There are several costs associated with reinsurance protection purchased by insurers. First, the process of shopping for a reinsurer and negotiating an individual contract is time-consuming. Both parties need to establish the credit-worthiness of the other. Catastrophe futures contracts, on the other hand, are stan-

standardized and can be executed immediately. Secondly, the primary insurer shares its claims as well as its premiums with the reinsurer. Additionally, the costs of negotiating the contract must be considered. With catastrophe futures, an insurer does not have to share its premium and the transaction cost is minimal. Finally, a reinsurance contract can be very restrictive for the ceding company. The insurer is “locked” into the agreement, which reduces the ceding company’s flexibility in adjusting the degree of risk transfer for the duration of the contract. Purchase of catastrophe futures does not impose any restrictions on an insurer’s operations.

Derivatives are not yet a major factor in insurance or reinsurance. The development of insurance derivatives continues to move forward slowly. With many of the risk-financing ideas only at the theoretical stages, the derivatives market could take some time yet to develop. It seems unlikely that catastrophe futures would fully replace reinsurance as a hedging mechanism. However, catastrophe futures do offer benefits that reinsurance does not. Small capitalized insurers generally need the services that a reinsurer provides. They do not have the safety of a nationally diverse underwriting portfolio, so a major catastrophe could wipe them out. Also, small insurers are less likely than large insurers and reinsurers to incur claims that are in line with the industry claims experience, which is used in the calculation of the claim ratio for catastrophe futures. Exposures of large insurers and reinsurers are significant and protection would be very difficult to obtain through the use of reinsurance due to capacity limitations in the reinsurance market. Catastrophe futures may not be an alternative to reinsurance for every insurer, but they may be an alternative for some of the large insurers and reinsurers.

The business of establishing the appropriateness of the financial instruments is extremely important foundational work. As the resources in the insurance industry gain more knowledge of financial instruments such as insurance futures, competition with the reinsurance industry will increase. However, the usefulness of reinsurance will not entirely disappear. Reinsurance provides a number of functions that are not provided by all the financial instruments available in the market. The potential benefits of reinsurance include a banking function that helps finance a ceding insurer’s growth. Unfortunately, most insurers have not seized the opportunity to raise capital through this means either. To what extent financial instruments will be used to spread insurance risk or hedge against unforeseen insurance claims remains elusive.

Identifying the risks associated with derivatives is critical since the risks must be considered in the design, operation, and

evaluation of an effective risk-management system. In the case of insurance derivatives, regulatory and accounting guidelines continue to emerge or are non-existent. Risk transfer must consider regulatory and accounting implications. Sound internal controls – monitoring, controlling and measuring risks and exposures – hold the key to successful financial instrument activity. Tighter and more enforceable prudential safeguards must become louder and stronger to avoid concerns at a later stage. To what extent financial instruments or more specifically insurance related risk spreading derivatives are or will be used to seek protection against unforeseen events remains elusive. But there has to be a continuing dialogue on the subject of adequate protection. The proper direction of resources will also be crucial as the insurance industry learns to deal with these newer forms of risk management.

FAITS D'ACTUALITÉ

par Rémi Moreau

I. Deux Chaires universitaires distinctes, au Québec, oeuvrant dans les domaines de l'assurance et de la gestion des risques

La Chaire en assurance L'Industrielle-Alliance est ainsi désignée, sous le nom d'une compagnie d'assurance québécoise, depuis septembre 1996, en reconnaissance du don exceptionnel de 1 000 000 \$ qui a été fait à la première Chaire en assurance au Canada par L'Industrielle-Alliance, Compagnie d'Assurance sur la Vie. Cette compagnie d'assurance a de plus versé un montant de 500 000 \$ au fonds général de la campagne Défi de l'Université Laval.

Créée en 1975 et intégrée à la faculté des Sciences de l'Administration de l'Université Laval, à Québec, cette Chaire joue un rôle important dans la formation de spécialistes dans les domaines de l'assurance et de la gestion des risques. Les deux activités principales de la Chaire sont liées à l'enseignement et à la recherche. Elle est actuellement dirigée par Monsieur Michel Gendron.

Bien qu'elle utilise le nom d'une compagnie d'assurance, la Chaire n'entend pas dévier de la ligne de conduite qu'elle s'est fixée depuis sa fondation: oeuvrer au sein de la collectivité en maintenant une stricte indépendance sur le plan de ses activités et de ses programmes.

Grâce à des ressources professorales de haut calibre, elle est en mesure d'assurer non seulement une formation universitaire de spécialistes en assurances, mais aussi une formation complémentaire comportant des notions d'administration, d'actuariat, d'économie, de gestion de portefeuille, de droit et de fiscalité.

Dans son rapport pour l'année 1995-1996, Monsieur Gendron signalait que cette dernière année a été marquée de façon particulière par des activités de production (essais de maîtrise, bourses d'études et de recherche aux étudiants des 1^{er} et 2^e cycles) et des

activités de transmission des connaissances (ajout de nouveaux cours, organisation de congrès, programme de formation continue).

Une autre Chaire est née à Montréal, depuis peu, au sein de l'École des Hautes Études Commerciales. Il s'agit de la *Chaire de gestion des risques*, dirigée par Monsieur Georges Dionne. Cette Chaire comporte trois volets précis: l'assurance, la gestion des risques financiers des entreprises et la gestion des risques des individus.

La *Chaire de gestion des risques* compte s'intéresser de près à l'étude des risques des entreprises et des institutions financières. En cette première année d'opération, ses activités principales seront axées sur la fraude à l'assurance, la tarification de l'assurance automobile publique, la tarification financière de l'assurance des entreprises et la gestion des risques des grandes entreprises. Deux stagiaires postdoctoraux étudieront les risques environnementaux et des étudiants analyseront, entre autres, des problèmes liés au choix des loteries, à la fraude à l'assurance et aux accidents de travail des conducteurs professionnels.

La Chaire organisera également, en collaboration avec le Laboratoire sur la sécurité des transports du Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal, une conférence multidisciplinaire sur la sécurité routière, la tarification de l'assurance, les risques des nouveaux conducteurs, la réglementation, la responsabilité, la fraude à l'assurance, etc. Il s'agit d'une conférence internationale réunissant des conférenciers nord-américains et européens. Elle se tiendra à Montréal à la mi-avril 1997.

La revue *Assurances*, liée à la Chaire, est un instrument privilégié pour lui permettre de diffuser ses travaux de recherche. Rappelons que Georges Dionne est le directeur de la Revue, Rémi Moreau assume la direction de la rédaction et Claire Boisvert agit à la fois comme secrétaire de la Chaire et responsable de l'administration de la Revue.

La revue *Assurances* formule le souhait que les deux Chaires puissent nouer entre elles des relations agréables, imprégnées de confiance, grâce à la complémentarité de leur mission et de leurs clientèles respectives.

2. La distribution des produits et services financiers au Québec

En octobre dernier, à l'occasion de la clôture de la commission parlementaire, tenue en vue de modifier la *Loi sur les intermé-*

diaires de marché, le ministre d'État aux Finances et à l'Économie a précisé qu'il pourrait suggérer de transformer la Loi actuelle en une loi sur la distribution des produits et services financiers, qui régirait tous les aspects de la distribution, avec ou sans les intermédiaires de marché.

Le ministre a mentionné dans son discours de clôture que la distribution des produits et services financiers serait alors réglementée par un seul organisme, au lieu de cinq. Ainsi, le Conseil des assurances de personnes, le Conseil des assurances de dommages, l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec, l'Association des courtiers d'assurances de la province de Québec et l'Institut québécois de la planification financière seraient alors chapeautés par un seul organisme, regroupant les compagnies d'assurance, les intermédiaires de marché et les consommateurs.

Le ministre semble avoir repoussé la suggestion qui lui a été faite d'intégrer le secteur des intermédiaires de marché à celui des corporations professionnelles. Les deux raisons avancées par le ministre sont, d'une part, de responsabiliser les compagnies et les intermédiaires, dans le contexte de la mondialisation des marchés, et, d'autre part, de tenir compte de facteurs, telles les diverses formes de rémunération des intermédiaires qui pourraient être remises en question par les corporations professionnelles.

Nous nous proposons d'examiner attentivement les aspects particuliers de cette réforme, dès que le projet de loi sera déposé à l'Assemblée nationale.

3. Le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec (RCAQ)

Un an après le départ de nombreux assureurs québécois de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCP), le moment a paru propice à Claude Turcotte, dans *Le Devoir*, (parution du 5 et 6 octobre 1996), de faire un bref bilan du nouveau Regroupement et de faire ressortir les principaux dossiers auxquels il s'intéresse.

À date, le RCAQ a su rallier à lui 12 des 17 compagnies d'assurance à charte provinciale, vu son désir de suivre de près les intérêts régionaux des compagnies québécoises et grâce à des cotisations moindres que celles exigées pour faire partie de l'ACCP.

Les membres du RCAQ représentent 75 % des primes d'assurance-vie collective des compagnies à charte québécoise.

Le RCAQ a pu se pencher, depuis un an, sur plusieurs dossiers, dont le plus important est certes celui de la nouvelle loi de l'assurance-médicaments. L'organisme s'est interrogé sur les coûts des médicaments, sur l'instauration d'un fichier central des prescriptions et sur un processus de revue d'utilisation, «outils essentiels si l'on veut éviter que l'instauration du régime universel ne se traduise par une hausse significative des dépenses de médicaments au Québec sans pour autant améliorer la santé de la population».

4. La gestion du run-off et l'exemple Équitas

Liquider des portefeuilles d'assurance après un arrêt des activités d'un assureur ou un arrêt de souscription dans une ou plusieurs branches, tel est le métier de ces nouveaux experts: la gestion du run-off. Les sociétés spécialisées dans la gestion du run-off ont vu le jour dans les années 1980, en Angleterre, époque de la grande crise des compagnies de réassurance britanniques. Elles sont aujourd'hui une centaine dans le monde, majoritairement anglo-saxonnes.

L'une des dernières sociétés créées dans la gestion du run-off se nomme Équitas. Dotée de provisions s'élevant à 14,7 milliards de livres d'actifs et affichant une marge de solvabilité de 1,38 milliard de livres, elle a pour mission de gérer le run-off des affaires du Lloyd's de Londres antérieures à 1992, c'est-à-dire les sinistres en suspens qui grèvent sérieusement les comptes des Names et du Lloyd's depuis 1988.

En effet, entre 1988 et 1992, la célèbre institution tricentenaire britannique a subi des pertes totalisant 8 milliards de livres, en particulier reliées à des problèmes de pollution et d'amiante. Il est important de signaler qu'après cinq années de pertes, le Lloyd's a enfin réalisé un bénéfice de 1,09 milliard de livres pour son exercice 1993, le Lloyd's publiant traditionnellement ses résultats avec trois ans de retard.

Rappelons que le plan de sauvetage du Lloyd's a été approuvé par les Names par une majorité de 94,27 % (environ 32 081 investisseurs), ce qui permettrait d'enclencher prochainement le début des opérations de la société Équitas. Le taux d'approbation fut à 97,3 % pour les Names britanniques et 77,1 % pour les Names américains.

Ainsi se termine une crise financière sans précédent qui a fortement ébranlé la vénérable institution britannique, le premier marché d'assurance au monde, qui a connu des sinistres majeurs

depuis la décennie 1980 et qui a fait l'objet de nombreuses poursuites depuis quelques années par ses investisseurs, plusieurs experts ayant même prédit la faillite de l'institution. Selon le nouveau président de Équitas, David Newbigging, le run-off des contrats antérieurs représente la plus grande restructuration financière de l'histoire de la City de Londres.

Avant de donner son feu vert, le gouvernement s'est assuré que la société Équitas a inscrit dans ses comptes des provisions suffisantes pour faire face à d'éventuelles pertes sur les contrats repris. Il existe donc une chance raisonnable, selon le gouvernement britannique, pour que la société Équitas remplisse complètement ses obligations.

5. Résultats de l'industrie de l'assurance canadienne I.A.R.D. - le deuxième trimestre de l'année 1996

L'industrie de l'assurance IARD canadienne a généré des primes nettes totalisant 4,6 milliards de dollars, au cours du deuxième trimestre de l'année 1996, par rapport à 4,8 milliards au cours du trimestre correspondant de l'année 1995. Alors que les résultats techniques demeurent toujours déficitaires, les pertes se chiffrant à 56 millions, les revenus de placement avant impôt s'élevaient à 562 millions (par rapport à 577 millions au cours du deuxième trimestre de 1996). Les revenus nets après impôt totalisent 496 millions par rapport à 509 millions l'an dernier pour le même trimestre.

Voyons les résultats tirés du dernier *Quarterly Report*:

Deuxième trimestre - 1996 (en millions de dollars)		
	1995	1996
Primes nettes émises	4 861 \$	4 682 \$
Primes gagnées	4 227 \$	4 366 \$
Sinistres nets	2 900 \$	3 103 \$
Rapport sinistres à primes net	68,6 %	71,1 %
Frais encourus	1 308 \$	1 351 \$
Pertes techniques avant impôt	- 54 \$	- 56 \$
Rapport combiné	- 1,3 %	- 1,3 %
Revenus de placement avant impôt	577 \$	562 \$
Gains de capital	76 \$	123 \$
Revenus d'opération après impôt	509 \$	496 \$

Source: The Quarterly Report - 2nd Quarter 1996

6. Grandes manoeuvres dans la réassurance

Après les grandes manoeuvres germano-américaines des récentes années, on a assisté, en 1996, à la poursuite de vastes mouvements de concentration par la naissance de colosses financiers, grâce aux achats ou fusions entre réassureurs et à la disparition, par voie de conséquence, d'un grand nombre de petits réassureurs.

Voici quelques illustrations:

- le rachat du portefeuille du réassureur américain Allstate Re par SCOR U.S., filiale américaine du premier réassureur français et sixième réassureur mondial;
- la prise de contrôle de National Re, quinzième réassureur américain, par General Re, premier réassureur américain et troisième réassureur mondial;
- le rachat de American Re par Munich Re, le numéro un mondial, à un prix jugé extravagant, correspondant à 1,26 fois les primes brutes d'American Re;
- l'achat du réassureur britannique Mercantile & General Re par la Suisse Re, le numéro deux mondial;
- l'alliance entre Munich Re et Allianz, qui se sont partagés le marché allemand de l'assurance-maladie.

Ces manoeuvres témoignent, selon les experts, des appétits que suscite le marché américain. L'on nous donne deux exemples. Premier exemple, Munich Re réalisait jusqu'alors 60 % de son chiffre d'affaires en Allemagne, ne pesant que de 3 à 5 % aux États-Unis. Autre exemple, la SCOR a pu se renforcer aux États-Unis en achetant Allstate Re.

Rentrant ainsi dans le top 10 qui domine ce vaste et puissant marché, elle va désormais faire partie des dix principaux réassureurs du plus important marché mondial, grâce à un chiffre d'affaire de 700 millions de dollars US sur le continent nord-américain. Elle double sa part du marché américain, qui représente 35 % de son chiffre d'affaires total.

7. Le premier assureur mondial sera désormais français

En novembre dernier, les présidents des deux principales compagnies d'assurance françaises, AXA et UAP, ont annoncé un rapprochement qui devrait les conduire, en 1997, à une fusion qui en ferait le premier assureur mondial pour le volume de capitaux gérés (le deuxième assureur mondial pour le montant des coti-

sations encaissées, derrière l'assureur japonais Nippon Life). Les actifs gérés par les deux groupes s'élevaient à 600 milliards de dollars, au 30 juin 1996, tandis que le total de leur chiffre d'affaires s'élevait à 82 milliards de dollars en 1995.

On a souligné que ce rapprochement était fondé sur des synergies et des complémentarités tout à fait exceptionnelles, la compagnie UAP étant très présente en Europe, alors que le groupe AXA exerçant une forte présence aux États-Unis, avec le rachat d'Équitas.

8. Un nouvel Inspecteur général des institutions financières

Le 25 septembre dernier, le Conseil des ministres a procédé à la nomination de M. Jacques Dumont, autrefois sous-ministre adjoint au ministère des Finances, au poste d'Inspecteur général des institutions financières. Il a ainsi succédé, dès le 1er octobre, à M. Alfred Vaillancourt, qui exerçait le poste de façon intérimaire à la suite du départ de M. Jean-Marie Bouchard en décembre 1994.

M. Dumont avait participé activement à l'élaboration du rapport quinquennal sur la révision de la *Loi sur les intermédiaires de marché*, qui a fait l'objet d'un débat en commission parlementaire en octobre dernier.

9. Le 40^e Rendez-vous de septembre

Un Rendez-vous cette année à Monte-Carlo qui, chez les intéressés, a suscité deux sujets de conversation: le premier sujet, le gigantisme de la réassurance effraie tout autant que les nouvelles capacités financières rassurent. Les réasureurs de taille plus modeste ont donc tenté de faire valoir leurs atouts: l'indépendance, le service personnalisé et le prix, sur lequel ne pèseront pas les frais encourus par des lourdes structures. Le second sujet, les taux de réassurance, toujours à la baisse, d'autant que la concurrence ne cessera pas de décroître dans les conditions actuelles dominées par des super grands. Dans le seul domaine, au demeurant problématique, des catastrophes naturelles, on enregistre jusqu'à 30 % de recul par rapport au prix de 1993.

Ce débat de réasureurs, entre les géants et les autres, n'est pas sans intérêt, car la taille à elle seule ne garantit pas la solidité financière, qui dépend plus de la nature des garanties et des branches d'assurance, porteuses d'avenir, que du seul niveau des encaissements.

10. Cinq écrasements successifs d'avions en l'espace de 30 jours et survol des catastrophes aériennes depuis 1988

Au moins 36 personnes, dont les trois membres de l'équipage, ont été tuées lorsqu'un avion cargo américain, un Boeing 707, qui se rendait à Miami, a explosé après son décollage de l'aéroport de Manta, au Pérou, le mardi 22 octobre 1996. L'avion en flammes a détruit une trentaine de maisons. Puis, à la toute fin du mois d'octobre, un autre avion, un Fokker 100 de la compagnie brésilienne TAM, s'est écrasé sur un quartier résidentiel de Sao Paulo, causant la mort des 96 personnes à bord et de 6 personnes au sol. Tertio, durant la première semaine de novembre, un Boeing 727 nigérian s'est écrasé, entraînant dans sa chute les 141 personnes à bord. Puis encore, nous signalons une collision en plein ciel, le 12 novembre, tuant tous les occupants des deux appareils, soit 351 personnes, entre un Boeing 747 saoudien et un avion cargo Iliouchine-76 kazakh, dans la région de New Delhi. Enfin, un Boeing 767 éthiopien s'est abîmé le 23 novembre aux îles Comores, s'écrasant sur un récif à 500 mètres de l'hôtel Galawa, faisant 120 morts.

Voici les principaux accidents d'avion depuis celui de Lockerbie, en 1988.

- 21 décembre 1988: un Boeing 747 de Pan Am s'écrase sur la petite ville de Lockerbie, en Écosse: 270 morts, dont 11 personnes au sol.
- 7 juin 1989: un DC-8 de la Surinam Airways s'écrase à l'atterrissage à Panamaribo: 174 morts.
- 19 juillet 1989: un DC-10 de United Airlines s'écrase à Sioux-City, faisant 111 morts.
- 3 septembre 1989: un Ilyouchine 62 des lignes aériennes cubaines s'écrase au décollage sur un quartier proche de La Havane: 170 morts.
- 26 mai 1991: explosion en vol d'un Boeing 767 de la compagnie autrichienne Lauda Air au nord de Bangkok: 223 morts.
- 11 juillet 1991: un DC-8 de la compagnie de charters canadienne Nationair transportant 247 pèlerins nigériens, explose peu après son décollage de l'aéroport de Djeddah: 261 morts.
- 28 septembre 1992: un Airbus des Pakistan International Airlines s'écrase non loin de Katmandou: 167 morts.

- 22 décembre 1992: accident d'un Boeing 727 de la compagnie Lybian Airlines sur le vol Benghazi-Tripoli: 157 morts.
- 26 avril 1994: un Airbus A300 de la compagnie Taïwanaise China Airlines s'écrase sur l'aéroport de Nagoya, au Japon: 264 morts.
- 6 juin 1994: un Tupolev 145 des China Northwestern Airlines s'écrase peu après le décollage de Xian, en Chine: 160 morts.
- 8 septembre 1994: un Boeing 737 de la compagnie US Air s'écrase près de Pittsburgh: 132 morts.
- 20 décembre 1995: accident d'un Boeing 757 de la compagnie américaine American Airlines, près de Cali, en Colombie: 161 morts et trois survivants.
- 8 janvier 1996: un avion cargo surchargé s'est écrasé sur un marché public de Kinshasa, lors du décollage: 300 morts.
- 7 février 1996: écrasement en mer, en République dominicaine, d'un Boeing 757, parti en direction de l'Allemagne: 189 morts.
- 11 mai 1996: crash d'un DC-9 de la compagnie ValuJet, près de Miami: 110 morts.
- 17 juillet 1996: écrasement en mer d'un Boeing 747 de la compagnie Trans World Airlines, au large de Long Island, tuant 230 passagers et les membres de l'équipage.

Si impressionnante soit-elle, cette liste ne peut nous faire oublier la plus grande catastrophe meurtrière dans l'histoire de l'aviation civile, celle de la collision entre deux Boeing 747, sur l'aéroport de Tenerife, aux Canaries, le 27 mars 1977, qui avait fait 612 morts.

II. Le grand marché européen de l'assurance: les conséquences en matière d'assurance

Le marché européen de l'assurance est officiellement opérationnel depuis le premier juillet 1994, mais il reste à intégrer une clé essentielle: la monnaie unique, qui aura un impact sur la sécurité des contrats et sur les coûts de gestion.

Lorsque l'EURO, cette nouvelle dénomination qui remplace l'ÉCU, fera son entrée, comme monnaie unique, dans moins de trois ans, le premier janvier 1999, le grand marché européen de l'assurance prendra vraiment forme, selon les experts.

Isabelle Cariat et Nicole Rousseau analysent les conséquences en matière d'assurance, dans *L'Assurance française*, No 719, mars 1996.

D'abord les résultats espérés:

- Sur le plan macroéconomique: stabilité monétaire; moins de risques et de coûts de change; optimisation de gestion des actifs; vrais produits européens, libellés en monnaie commune.
- Sur le plan microéconomique: réduction des coûts de transaction et de transfert; comparaison des prix et des résultats facilitée.

Ensuite les problèmes à résoudre:

- Sur le plan technique: les montants des garanties devront être modifiés; le principe de la continuité des contrats d'assurance doit être réaffirmé par le législateur, car l'équilibre technique des contrats «vie» doit être préservé, dans l'intérêt des assurés et du maintien de la solvabilité à long terme des entreprises.
- Sur le plan fiscal: le manque actuel d'harmonisation doit être résolu.
- En matière de gestion: le coût de l'adaptation des programmes informatiques, le coût de la formation des agents et de l'information des clients.

12. L'été 1996: le pire été pour les assureurs canadiens – que disent les climatologues ?

Selon Statistique Canada, l'été 1996 vient d'enregistrer un record, celui d'être le pire été jamais enregistré par les assureurs canadiens, qui ont fait face à des réclamations totalisant 600 millions de dollars, ce qui inclut les 350 millions de dollars réclamés en marge des inondations survenues au Québec. Si on calcule les centaines de millions consentis aux sinistres par les deux paliers de gouvernement, le total des indemnités dépasse le milliard de dollars.

Toutefois, le Canada n'a subi que 5 797 incendies de forêt en raison de la température humide et froide de juillet. Seulement 1,7 million d'hectares ont été détruits, comparativement aux 7,2 millions d'hectares qu'avaient dévorés l'an dernier les 8 467 feux recensés.

Si les climatologues n'osent pas conclure de façon définitive à un effet de serre, c'est-à-dire le lien entre le réchauffement de la planète et les inondations ou tempêtes tropicales, les assureurs commencent, à travers de nombreux colloques, à le dire tout haut. Actuellement, les dommages matériels causés par les phénomènes météorologiques à travers le monde atteignent un milliard de dollars par semaine, c'est-à-dire la facture totale des réclamations annuelles il y a trente ans.

En Chine, le mois de juillet 1996 fut à l'opposé du nôtre. Plus de 1 500 personnes ont perdu la vie à l'occasion d'inondations majeures dans le bassin du Yang Tsé, y provoquant des dommages évalués à 15 milliards de dollars.

13. Nouveau guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe

Devant le poids grandissant de la fraude, laquelle représente huit milliards d'ÉCUS, soit 2% de la totalité des encaissements des assureurs européens dans l'ensemble des branches d'assurances, le Comité européen de l'assurance propose *Le Guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe* (CAE INFO, HORS-SÉRIE, NO 4, MAI 1996), dont l'objet est de mieux définir et évaluer la fraude et de faire ressortir les mesures prises par différents assureurs.

L'objectif du Guide est double: a) permettre à tous les assureurs de s'inspirer des expériences vécues par certains intervenants pour définir leurs propres politiques anti-fraude; b) utiliser, au niveau européen, une méthode homogène de décompte du coût de la fraude.

REINSURANCE DIALOGUE

between Christopher J. Robey
and David E. Wilmot

November 5th, 1996

Re : Price of Security
Extra Contractual Obligations
Punitive Damages

Dear Mr. Robey:

Price of Security

In your letter of February 16, 1996, you noted that each reinsurer's ability to pay losses may not be equal, particularly following a devastating national catastrophe. I can not argue with this statement. However, you go on to suggest that the terms of each reinsurer on a given treaty should vary in relation to its individual level of security (as established by some international reinsurance security rating organization). Why, after all, should weak reinsurers enjoy the same compensation as those better able to pay losses?

This suggestion represents a significant departure from traditional reinsurance practice. As you noted, the well-established principle of "most favored reinsurer" frustrates a Cedant's ability to compensate each reinsurer differently. All reinsurers expect to enjoy the same terms and conditions – even if they are not in a position to return the same level of security to the buyer.

You have identified the difficulty in measuring reinsurance security. However, even if valid assessments could be made at the outset of a catastrophe treaty, the unassailable security of every

The authors:

Christopher J. Robey is an executive vice president of BEP International, member of the Sodarcam Group.

David E. Wilmot is Manager and Chief Agent for Canada, Frankona Reinsurance Company.

reinsurer can not be guaranteed throughout the life of the contract. Some of the greatest hazards to continuing security may not have been captured in a rigorous security analysis. Can international rating agencies assess the continuing security of the retrocessionaires behind a particular treaty market? Could capacity (or retrocessional capacity) be exhausted by some catastrophic event in another part of the world? Has the reinsurer correctly calculated its aggregate exposures in Canada? And have these Canadian exposures been correctly aggregated against loss outside Canada arising from the same event (a Vancouver/Seattle earthquake, for example)?

Your argument draws on the example of governments and institutions whose creditworthiness (established by the likes of S&P or Moody's) determines the interest rates at which they can borrow money. However, the comparison is not valid. Reinsurers are not borrowers who must pay back loans out of anticipated future income. They are insurers expected to make immediate loss payments out of existing capital resources. In very black and white terms, a reinsurer either does or does not have the ability to make good on its commitments. If there are doubts as to this ability, then the Cedant should shop elsewhere.

Canada is well served by a number of strong reinsurance markets, able to accommodate most capacity needs. Where greater capacity is required – generally for the largest catastrophic exposures – then the need for caution in selecting security probably increases. It would make little sense to purchase questionable, albeit discounted, security if the hapless insurer suspects the cupboard could be empty on the occasion of its greatest need. How remarkable to accept capacity that has the greatest chance of failing under the very situation for which it was purchased!

In your letter, you quote the familiar adage "Weak capacity is better than no capacity at all." This solution belongs to those who would fool their shareholders, the regulators and themselves. I am inclined to compare this approach to buying a broken umbrella in the expectation that it will never rain.

You also argue that Cedants can afford to be less concerned with the long-term security of catastrophe reinsurers due to the short-tail nature of catastrophic losses. Again, I must disagree. Because catastrophe treaties represent "banks" of premiums against future loss, the selection of a secure catastrophe reinsurer should be seen as an equally long-term consideration.

There are other reasons to avoid the weighting of price-for-security in the completion of reinsurance programs, even if the

Cedant is not about to buy economy-grade capacity. One immediate problem is the complexity of assigning reinsurance shares by price versus security. Treaty negotiations, already a time-consuming process at a difficult time of year, would degenerate into Byzantine calculations on the relative merits of quoting reinsurers. Nor would the regulators care to see weak, troubled or mismanaged insurers weigh the cost of reinsurance over the security of the capacity purchased.

What I cannot disagree with is your disturbing observation that strong security is seen as nothing more than “curb appeal [as in] a house for sale.”

I trust no one would buy a house with substantial liens against it! The fact that the house is unencumbered represents more than “curb appeal.” Why then do insurers – professionals in the financial sector – treat secure capacity as little more than curb appeal? Secure capacity should be nothing less than the *raison d’être* behind the larger catastrophe programs.

Extra Contractual Obligations

I will now turn to the subject of Extra Contractual Obligations (ECO), because recent events suggest the need for a Canadian perspective on this often-misunderstood clause.

The ECO Clause is closely associated with the Excess of Policy Limits (XPL) Clause, so I should take a moment to compare and distinguish the two. The XPL or Excess of Policy Limits Clause is widely used in Canadian property and casualty excess of loss treaties, principally to address the danger of first party bad faith claims from the Cedant’s insureds due to the mishandling of third party actions on their insured’s behalf. The clause covers claims against an insured for which the Cedant is legally liable, over and above the original policy limit, due to a) a minimum statutory limit, b) failure by the company to settle a claim within the policy limit, or c) alleged or actual negligence in rejecting an offer of settlement, or in the preparation or conduct of the defense in any suit (including subsequent appeal) brought against the insured.

The clause brings into the treaty a separate and otherwise unreinsured award, and effectively adds this award to the original claim for the purposes of calculating the treaty’s ultimate net loss. Although this clause results in additional treaty exposure, excess of loss reinsurers have tended to accept the XPL Clause on the principle that such unfortunate awards arise out of the Cedant’s best

efforts to control the cost of the claim on the reinsurers' behalf as well as its own.

The clause recognizes the entire award in the calculation of the ultimate net loss. Punitive damages against the Cedant are excluded by the clause, as are losses arising from the Cedant's self-insured obligations, if any, or from loss incurred due to fraudulent acts by the Cedant's staff or board members.

The ECO or Extra Contractual Obligations Clause, despite similar wording, is quite different. Inasmuch as it commits the reinsurers to provide a degree of errors and omissions coverage to the Cedant, it can almost be viewed as direct insurance. The clause assumes liabilities against the Cedant not covered elsewhere in the treaty, which arise from the handling of claims on the business covered because of, but not limited to, a) minimum statutory limit, b) failure by the company to settle a claim within the policy limit, or c) alleged or actual negligence in rejecting an offer of settlement, or in the preparation or conduct of the defense in any suit brought against the insured (including subsequent appeal).

The clause includes a co-insurance feature and may invoke an additional, separate reinsurance charge. Traditionally, 80% of the award against the Cedant is included in the ultimate net loss calculation. Again, punitive damages against the Cedant are excluded by the clause, as are losses arising from the Cedant's self-insured obligations, if any, or from loss incurred due to fraudulent acts by the Cedant's staff or board members.

In summary: XPL assumes 100% of awards against the insured which, due to a bad faith action, become payable by the insurer. ECO assumes (usually) 80% of awards against the Cedant arising out of the handling of claims on the business covered. Other exclusions and limitations are similar if not identical.

In Canadian usage, an ECO clause will invariably appear in conjunction with the XPL Clause. ECO is actually broad enough to encompass the subject matter of the XPL Clause, but the use of both clauses serves to reinsure XPL awards on a 100% rather than an 80% basis.

The Reinsurance Research Council produced a recommended wording for the XPL Clause in October of 1984, but declined to endorse an ECO Clause at that time, because it was seen as a primary errors and omissions policy. I don't know if the RRC would react any differently today, but I do believe that reinsurers must work with and be supportive of Cedant claims control measures

– even if there are occasional, reinsured, repercussions from time to time.

Insurance fraud initiatives are encouraging insurers to take increasingly aggressive measures in their claims handling. Both Cedants and reinsurers must become increasingly mindful of bad faith actions, while recognizing that, ultimately, everyone's best interests will be served by the initiative. Fortunately, insurers are taking sensible measures that may actually reduce the possibility of awards under the XPL Clause and the ECO clause. An increasing number of claims departments are establishing SIUs or Special Investigative Units to investigate questionable claims – often hiring former police officers who are experienced investigators with impressive connections. A police officer's predisposition to seek out guilt may have to be checked, but rapid and effective use of SIUs should permit the insurer either to clear and pay a claim quickly or to reject the claim on the basis of sound evidence.

Punitive Damages

Extra contractual obligations, then, include such things as awards in excess of policy limits and other legal actions against the Cedant arising out of its claims-handling activities. In the United States, ECO includes punitive damages awarded against the Cedant (in states where permitted). Indeed, punitive damages represent the greatest exposure to the clause in that country. However, punitive damages against the Cedant are not covered by Canadian ECO wordings. To understand why this is so, we can turn to Canadian jurisprudence.

The historical development of punitive damages in Canada stems from our underlying conservatism in approach to the law – a conservatism that is arguably missing from American courts. In Canada, civil actions seek to compensate rather than punish. Until recently, punitive damages were not available in contract disputes, and were, most often, reserved for personal injury claims such as libel and slander, where compensation requires an element of sanction in order to right the wrong.

In Canada, most civil actions are decided by a judge rather than a jury (perhaps due to the tendency for Canadian juries to make relatively conservative awards). The reverse is true in the United States, where juries seem to have adopted the role of regulator/watch dog on corporate behavior. In that country, it is not uncommon to see punitive damage awards reach into the tens or hundreds of millions of dollars.

More importantly, in dealing with insurance companies, Canadian courts have access to the remedy of bad faith which has come to be recognized as a separate head of damages (that is, separate from normal compensatory damages or punitive damages). Damages for bad faith will tend to arise out of third party situations in which the insurer has handed the claim in such a way as to expose its own insured to a civil judgment in excess of policy limits. The availability of this remedy has forestalled the use of punitive damages against Canadian insurers. As stated earlier, bad faith awards are recognized by the XPL clause.

Awards of punitive damages are more likely to arise out of a first party situation as the result of a dispute between the insurer and its own insured. However, one must appreciate how difficult it is for Canadian insurers to provoke such an award. The insurer's approach to the claim must go beyond aggressive claims-handling, such as the delay of settlement in order to conduct a rigorous investigation. (See *The Insurance Company's Right to be Wrong* in the July 1993 issue of this publication). It would likely have to go beyond a bad faith action arising out of the insurer's disregard for the validity of a submitted claim. Here, the insurer may face aggravated damages. However, even these must be awarded on the basis of real damage such as mental distress and anguish or costly inconvenience. For this reason, aggravated damages are considered compensatory rather than punitive. In order to bring punitive damages upon itself in a Canadian court, the insurer's actions must be so willfully and wantonly reprehensible as to stir in the court the need to punish the conduct of the insurer, or to set an example, or both.

It follows that, in Canada at least, punitive and exemplary damages against the insurer do not belong in the reinsurance contract. Unlike the situation in the United States, such damages are likely to be the result of Cedant conduct far outside reasonable and acceptable claims procedure. Equally important (though not firmly entrenched in Canadian jurisprudence), it is not in the public interest to allow the insurer to "dodge" punitive or exemplary awards by simply passing them on to reinsurers.

Not surprisingly, Canadian insurers have little experience upon which to draw. There have been only two instances of punitive damages against Canadian property and casualty insurers to reach public attention, both involving first party homeowners or tenants property policies. One case arose a number of years ago when a relatively small sum was awarded for the purportedly abusive behavior of the insurer's representative. The second case took place in early 1996, and represents something of an escalation in quantum.

A Canadian insurer was hit with a \$1-million punitive damages award as a result of its prolonged denial of a house fire claim which put its insureds out on the street. The size of the award, its immediate appeal, and the surprising fact that the trial decision was not reported in the Ontario Reports (only a novel procedural point was reported, not the trial decision itself), suggests that this award does not as yet have value as a precedent.

Yours sincerely,

David E. Wilmot

GARANTIES PARTICULIÈRES

par Rémi Moreau

L'assurance automobile revisitée

Nous avons parcouru avec intérêt les nouveaux formulaires d'assurance automobile mis au point par le Groupement des assureurs automobiles du Québec et l'Inspecteur général des institutions financières, qui seront en vigueur le premier janvier 1997. La nouvelle police d'assurance automobile s'appliquera aux souscriptions ou aux renouvellements entrant en vigueur à cette date. Cependant, l'ancienne police continuera de s'appliquer, même en 1997, en ce qui concerne les souscriptions déjà entrées en vigueur en 1996.

Les nouveaux formulaires comprennent le texte révisé de la police d'assurance automobile, formule des propriétaires, intitulée et numérotée F.P.Q. N° 1, ainsi que les formulaires d'avenants suivants:

- F.A.Q. N° 2 Conduite de véhicules non désignés
- F.A.Q. N° 3 Véhicules de l'État
- F.A.Q. N° 4a Transport d'explosifs
- F.A.Q. N° 4b Transport de substances radioactives
- F.A.Q. N° 5a Véhicules loués ou sous un crédit-bail
- F.A.Q. N° 5c Véhicules loués à court terme
- F.A.Q. N° 5d Détournements de véhicules loués
- F.A.Q. N° 8 Franchise en dommages matériels
- F.A.Q. N° 8a Franchise en responsabilité civile
- F.A.Q. N° 9 Exclusion du risque maritime (pour véhicules amphibies)
- F.A.Q. N° 13c Suppression de la garantie (division 3 du chap. B) en ce qui concerne les glaces

- F.A.Q. N° 16 Suppression de garanties pour remisage
- F.A.Q. N° 17 Remise en vigueur après remisage
- F.A.Q. N° 19 Limitation visant le chapitre B
- F.A.Q. N° 20 Extension de la garantie «Privation de jouissance»
- F.A.Q. N° 20a Extension de la garantie «Privation de jouissance» (Formule étendue)
- F.A.Q. N° 21a Assurance des parcs automobiles (avec ajustement mensuel de la prime)
- F.A.Q. N° 21b Assurance des parcs automobiles (avec ajustement annuel de la prime)
- F.A.Q. N° 23a Préavis au créancier
- F.A.Q. N° 23b Garantie du créancier
- F.A.Q. N° 24 Restriction de la garantie visant le matériel de lutte contre l'incendie
- F.A.Q. N° 25 Modification des Conditions particulières
- F.A.Q. N° 27 Responsabilité civile pour dommages à des véhicules n'appartenant pas à l'assuré
- F.A.Q. N° 28 Restriction de garantie - Conducteurs désignés
- F.A.Q. N° 29 Supplément de garantie - Conducteurs désignés
- F.A.Q. N° 30 Restrictions visant l'équipement et/ou le matériel
- F.A.Q. N° 31 Équipement n'appartenant pas à l'assuré
- F.A.Q. N° 32 Véhicules à but uniquement récréatif
- F.A.Q. N° 33 Assurance des frais de dépannage
- F.A.Q. N° 34 Assurance de personnes
- F.A.Q. N° 34a Assurance de personnes (Modification des montants d'assurance)
- F.A.Q. N° 40 Franchise en cas d'incendie
- F.A.Q. N° 43 Modification à l'indemnisation
- F.A.Q. N° 44 Extension de garantie - Étendue territoriale

L'approbation de ces formulaires d'assurance automobile par l'Inspecteur général des institutions financières a été faite en vertu

de l'article 422 de la *Loi sur les assurances*. Comme on le sait, cet organisme gouvernemental exerce son rôle de contrôle uniquement sur les formulaires d'assurance automobile. Cet exercice de révision n'avait pas été fait depuis 1978.

Les buts de la révision étaient les suivants: adapter le texte de la police et des avenants aux nouvelles dispositions du Code civil du Québec entrées en vigueur en 1994, s'ajuster aux pratiques actuelles des assureurs, clarifier certains mots ou dispositions et supprimer certaines dispositions redondantes ou inutiles.

Dans l'ensemble, si on compare les nouveaux formulaires aux anciens, on ne constate pas de modifications majeures. Nous signalons néanmoins les aspects qui suivent, en ce qui concerne la nouvelle police, d'une part, et les nouveaux avenants, d'autre part¹.

En vertu de la police elle-même:

a) Les questions, retrouvées aux l'articles 5, 6 et 7 de l'ancien formulaire, ont été supprimées, car l'Inspecteur général était d'avis qu'il ne lui appartenait pas d'identifier et d'imposer les questions que les assureurs doivent poser à leurs assurés en vue d'évaluer le risque. À titre d'exemples, il ne sera plus nécessaire d'inscrire dans la police la date de naissance de l'assuré, sa profession, la description des caractéristiques du véhicule, les questions sur l'usage du véhicule ou le transport d'explosifs ou de substances radioactives et sur les sinistres antérieurs. Chaque assureur déterminera à sa discrétion les questions qu'il jugera appropriées d'inclure dans sa proposition pour lui permettre d'accepter le risque en connaissance de cause.

b) La définition du mot «conjoint» a été élargie, en y ajoutant «les personnes qui cohabitent maritalement depuis au moins un an et qui ont soit adopté conjointement un enfant, ou que l'un des deux a adopté un enfant de l'autre».

c) Le cumul des montants d'assurance a été aboli, dans le cas de remorques ou semi-remorques, lorsque le même assureur assure à la fois une remorque et un véhicule et que la remorque est attachée à ce véhicule.

d) Le texte des garanties subsidiaires a été modifié pour tenir compte du nouvel article 2503 C.c.Q.

e) L'article 1 des nouvelles Dispositions générales, intitulé «Déclarations à l'assureur», a été ajouté pour préciser l'obligation que le preneur ou l'assuré avait de déclarer pleinement toutes les circonstances du risque, conformément à l'article 2408 C.c.Q.

f) L'article 2 des Dispositions générales, intitulé «Aggravation du risque», a été modifié, conformément aux articles 2466 C.c.Q. et 2467 C.c.Q.

g) L'article 3 des Dispositions générales, intitulé «Fausses déclarations ou réticences», auparavant sous l'article 1 des Dispositions générales, a été modifié pour refléter le fait que les sanctions, suite à des fausses déclarations ou réticences, sont différentes en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile* et le Code civil du Québec.

h) L'article 7 des Dispositions générales, intitulé «Déclaration de sinistre», reflète l'article 2470 C.c.Q, lequel comporte une déchéance du droit de l'assuré si l'assureur subit un préjudice lié au défaut ou au retard de donner un avis de sinistre.

i) L'article 8 des Dispositions générales, intitulé «Renseignements», reflète les nouvelles dispositions de l'article 2471 C.c.Q.

j) L'article 9 des Dispositions générales, intitulé «Déclarations mensongères», a été modifié pour refléter la formulation de l'article 2472 C.c.Q.

k) L'article 10 des Dispositions générales, intitulé «Abandon, protection et vérification des biens», a été modifié pour respecter ce qui est énoncé à l'article 2495 C.c.Q.

l) L'article 11 des Dispositions générales, intitulé «Admission de responsabilité et collaboration», limitant autrefois les poursuites contre les assureurs par les assurés, a été éliminé, puisque les assurés ont le droit poursuivre directement leur assureur.

m) L'article 12 des Disposition générales, nouvellement intitulé «Établissement de la valeur des dommages et modalités de règlement», a été modifié pour refléter le texte de l'article 2494 C.c.Q.

n) L'article 13 des Dispositions générales, intitulé «Contestation - arbitrage», a été modifié pour refléter la formulation et la numérotation des articles du Code de procédure civile à ce sujet.

o) L'article 16 des Dispositions générales, intitulé «Continuation de la garantie», a été ajouté pour respecter l'exigence de l'article 2480 C.c.Q. sur la continuation de l'assurance après sinistre.

p) L'article 17 des Dispositions générales, intitulé «Prescription», a été ajouté pour respecter la formulation de l'article 2925 C.c.Q. concernant la prescription triennale d'une action en justice découlant du contrat d'assurance.

q) L'article 18 des Dispositions générales, intitulé «Subrogation» (auparavant sous l'article 15 des Dispositions générales), a été modifié pour refléter la formulation de l'article 2474 C.c.Q.

r) L'article 19 des Dispositions générales, intitulé «Autres assurances - Responsabilité civile», a été modifié conformément aux dispositions de l'article 2496 C.c.Q. et des articles 111 et 112 de la *Loi sur l'assurance automobile*.

s) L'article 21 des Dispositions générales, intitulé «Résiliation du contrat», a été modifié pour refléter l'article 2477 C.c.Q.

t) L'article 22 des Dispositions générales, intitulé «Avis», a été modifié pour refléter l'alinéa 1 de l'article 2477 C.c.Q.

u) Le tableau de résiliation (courte durée ou prorata), retrouvé dans la police actuelle, a été retiré car jugé inutile, vu l'article 2479 C.c.Q. prévoyant cette situation.

v) La formule abrégée des propriétaires a été retirée, vu son inutilité: désormais, au moment de l'émission initiale, l'assureur doit remettre à l'assuré un formulaire complet de la police; au moment d'un renouvellement, il doit lui transmettre les conditions particulières de la police.

En vertu des avenants:

On observe de nombreuses modifications de forme ou encore des modifications faites en vue de respecter les dispositions du nouveau Code. Qu'il nous suffise de signaler certaines d'entre elles:

a) L'ancien avenant intitulé «Valeur agréée» a été retiré. Il sera désormais incorporé au nouvel avenant 43 (A à E), la garantie étant limitée au plus élevé des montants.

b) L'avenant F.A.Q. 20a, intitulé «Extension de la garantie - Privation de jouissance», est un nouvel avenant qui accorde une garantie additionnelle pour certains types de frais encourus durant un voyage.

c) On a modifié le titre de l'avenant F.A.Q. 23, intitulé «Garantie au créancier», par «Préavis au créancier», puisque l'objet de cet avenant n'est pas de donner une garantie.

d) On a retiré la protection frais d'obsèques de 500 \$ alors consentie en vertu de l'avenant 34, puisque l'article 2442 C.c.Q. prohibe le contrat d'assurance des frais funéraires.

e) L'avenant F.A.Q. N° 44, intitulé «Extension de garantie - Étendue territoriale», est nouveau. Il peut être utilisé pour élargir

l'étendue territoriale de la police à d'autres pays que le Canada et les États-Unis.

Il va sans dire que la liste de ces modifications entre la police actuelle et sa nouvelle version n'est pas exhaustive. Elle se veut le reflet des changements que nous avons trouvé les plus significatifs.

Note

I Ces commentaires sont inspirés d'une étude comparative préparée par le Groupement des assureurs automobiles.

CHRONIQUE ACTUARIELLE

par divers collaborateurs
de MLH + A Inc.

Des changements à l'horizon en santé et sécurité du travail

Deux rapports touchant la santé et la sécurité du travail ont été publiés au cours de l'été et devraient amener des modifications aux régimes d'indemnisation des travailleurs en Ontario et au Québec :

- L'honorable Cam Jackson, ministre sans portefeuille responsable de la réforme de l'indemnisation des travailleurs en Ontario, a déposé son rapport intitulé «*Nouvelles orientations pour la réforme de l'indemnisation des travailleurs*» au début de juillet 1996.
- Le comité chargé d'examiner divers aspects de certaines dispositions de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, sous la présidence de monsieur Thomas J. Boudreau, a remis son rapport au ministre du Travail du Québec en août dernier.

Réforme en Ontario

Les principales raisons motivant l'intervention législative en Ontario sont le coût global du régime d'indemnisation et l'importance de la dette non provisionnée de la Commission des accidents du travail (CAT). Ainsi, au 31 décembre 1995, la dette non provisionnée, soit la différence entre la valeur du passif et celle de l'actif, s'élevait à 10,9 milliards de dollars, pour un niveau de capitalisation de 40 %, l'un des plus bas au Canada. En comparaison, la dette non provisionnée de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) au Québec était de 2,8 milliards de dollars au 31 décembre 1995, pour un niveau de capitalisation de 65 %.

Le rapport de l'honorable Cam Jackson, qui s'inscrit dans le cadre des engagements du gouvernement Harris, propose des changements fondamentaux au régime d'indemnisation des travailleurs

en Ontario. Ce rapport est le résultat de la consultation menée par le ministre Jackson suite au document de travail qu'il avait présenté en janvier 1996. L'Ontario avait entrepris la révision du système de santé et de sécurité du travail dès 1995 par l'adoption d'une loi qui réorganisait le conseil d'administration de la CAT et introduisait des mesures pour diminuer la fraude et assurer la responsabilisation financière dans la gestion du régime.

Le rapport propose de réduire les prestations, rendre l'administration plus efficace, améliorer les services et adopter diverses mesures pour éliminer la dette non provisionnée d'ici 2014.

Les principales propositions sont les suivantes :

- Accorder à la CAT le pouvoir de mettre en oeuvre un **système de paiement direct** par les employeurs pour les six premières semaines d'indemnisation; la CAT devra étudier cette question en consultation avec les divers intervenants du milieu et faire rapport à la ministre du Travail avant le 1^{er} janvier 1998.

Actuellement, les indemnités sont versées par la CAT dès le début de l'invalidité. Selon l'approche envisagée, les employeurs seraient responsables du versement des indemnités, mais pourraient souscrire une assurance privée, pour la période de paiement direct des indemnités; celles-ci seraient établies en conformité avec la loi. Les entreprises comptant moins de 20 travailleurs seraient exemptées de l'obligation de paiement direct.

On estime que la formule de paiement direct assurerait une meilleure gestion des demandes d'indemnités et inciterait davantage l'employeur à la prévention des accidents et à la réintégration au travail. De plus, les taux de cotisation seraient réduits d'environ 4 % avec cette mesure.

- Réduire les indemnités des travailleurs de **90 % à 85 % du revenu net**.

Cette réduction n'aurait pas d'effet rétroactif et ne s'appliquerait qu'aux nouvelles demandes d'indemnité.

Notons que la réduction de l'impôt personnel sur le revenu annoncée dans le dernier budget aura pour effet d'alléger l'impact de cette diminution sur le montant de l'indemnité.

- Éliminer l'indemnisation du **stress professionnel chronique** et verser des indemnités pour la **douleur chronique** au cours d'une période limitée, et ce, en vertu du principe qui veut que les travailleurs soient uniquement assurés contre les lésions découlant de l'emploi.

■ Demander à la CAT d'entreprendre des consultations et une étude financière afin d'**étendre la protection du régime à des secteurs actuellement non couverts** et de faire rapport à la ministre du Travail avant le 1er janvier 1998.

Seulement 70 % des travailleurs de l'Ontario sont couverts en vertu du régime et comme la loi spécifie les industries couvertes, les nouveaux secteurs qui se développent sont ignorés involontairement. L'étude de la CAT permettra d'évaluer les effets de l'élargissement de la protection, notamment l'obligation pour les nouveaux participants d'assumer une portion de la dette non provisionnée et la difficulté d'établir leur taux de cotisation.

■ Maintenir le **tribunal d'appel des accidents du travail**, mais avec des pouvoirs limités, et l'assujettir aux politiques de la CAT.

D'autres mesures sont également proposées pour rationaliser l'administration et la rendre plus efficace, tout en offrant un accès approprié au droit d'appel.

■ Réduire l'**indexation des prestations** en fonction de l'inflation en utilisant désormais la formule Friedland modifiée (50 % de l'indice des prix à la consommation, moins 1 %, jusqu'à concurrence de 4 % par année), tout en conservant la pleine indexation pour les travailleurs atteints d'une invalidité totale et les conjoints survivants.

■ Obliger l'employeur à élaborer un **plan de retour au travail** pour les travailleurs qui doivent s'absenter du travail pendant plus de cinq jours en raison d'une lésion professionnelle; de même, la CAT devra établir un **plan de réintégration du marché du travail** pour les travailleurs incapables de reprendre l'emploi qu'ils occupaient avant l'accident. Le travailleur devra se conformer aux plans de retour au travail et de réintégration du marché du travail.

Cette approche vise à remplacer le modèle actuel axé sur la réadaptation professionnelle qui ne répond pas aux besoins des travailleurs et des employeurs.

■ Demander à la CAT d'examiner les paramètres d'une nouvelle **politique de capitalisation**, la méthodologie d'établissement des **taux de cotisation** et les régimes de **tarification incitative**, et de faire rapport à la ministre du Travail d'ici le 1er juillet 1997.

La politique de capitalisation tiendra compte de la réduction des taux de cotisation de 5 % en date du 1^{er} janvier 1997 et des mesures de réforme du gouvernement.

Un projet de loi visant à mettre en place les orientations formulées dans le rapport du ministre Jackson devrait être introduit cet automne par la ministre du Travail.

En somme, la réforme de l'indemnisation des travailleurs aura probablement un impact sur la planification et les budgets de l'employeur, et ce, qu'il exerce ses activités dans une industrie du barème 1 ou du barème 2, ou qu'il soit actuellement non couvert pas le régime. Le tableau ci-dessous décrit sommairement ces catégories d'employeurs. Les employeurs devront élaborer des plans de retour au travail et possiblement souscrire une assurance pour le paiement direct des prestations, et les nouveaux participants pourraient devoir assumer une partie de la dette non provisionnée.

Régime d'indemnisation par catégorie d'employeurs

Catégorie d'employeurs	Régime d'indemnisation
Barème 1	Indemnisation par la CAT et cotisations à la CAT sur la base d'une responsabilité collective
Barème 2	Indemnisation par la CAT et responsabilité individuelle de l'employeur pour couvrir le coût des prestations
Non couverts	Aucune indemnisation et cotisation à la CAT

Révision au Québec

Alors que le rapport du ministre Jackson s'inscrit dans le cadre du projet du gouvernement ontarien de réformer le régime d'indemnisation des travailleurs et le système de santé et de sécurité du travail, le mandat du comité Boudreau au Québec était davantage circonscrit. En effet, celui-ci consistait à analyser divers aspects précis de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et de suggérer les solutions appropriées, sans remettre en cause l'économie générale de la loi ou proposer des mesures qui auraient pour effet de modifier significativement les grands paramètres et l'équilibre général du régime.

Les aspects que le comité était chargé d'étudier touchaient l'indemnisation des travailleurs dont l'absence du travail est inférieure à un an et celle des travailleurs de la construction, des travailleurs dont le contrat est d'une durée déterminée et des travailleurs à temps partiel ou sur appel. De plus, le comité devait analyser la question de la double prime payée par les employeurs à

la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) pour les travailleurs accidentés de la route.

Le comité a d'abord observé qu'en raison de facteurs liés à la fiscalité, le **revenu net réel d'un travailleur indemnisé pendant une période inférieure à douze mois au cours de la même année civile** est non seulement supérieur au revenu net auquel on devrait s'attendre en regard de la loi (90 % du revenu net), mais qu'il dépasse très souvent le revenu net que le travailleur aurait reçu s'il était demeuré au travail. Afin de réduire de façon sensible la surindemnisation de ces travailleurs, le comité propose que le niveau de l'indemnité de remplacement du revenu (IRR) versée par la CSST au cours des six premiers mois soit fixé en atténuant la double prise en compte des exemptions personnelles. Le montant de l'IRR serait ainsi réduit au cours de cette période par rapport à la situation actuelle.

De plus, le comité propose d'éliminer le versement, par les employeurs, d'indemnités qui excèdent le taux d'indemnisation prévu au régime, tant pour les revenus inférieurs au maximum que pour ceux qui lui sont supérieurs. Ainsi, les employeurs ne pourraient plus verser une prestation additionnelle permettant au travailleur de toucher plus de 90 % de son revenu net lorsqu'il reçoit une IRR; les employeurs pourraient cependant continuer de verser une prestation additionnelle pour couvrir les salaires qui excèdent le maximum assurable, mais sans que cette prestation ne soit supérieure à l'équivalent de 90 % du salaire net excédentaire.

Actuellement, dans le **calcul de l'IRR pour les travailleurs de la construction et ceux dont le contrat de travail est d'une durée déterminée**, le revenu brut annuel est généralement établi en considérant que ces travailleurs ont un contrat de travail à temps complet et pour l'année entière, sans tenir compte du fait qu'ils occupent un emploi à caractère discontinu. Ainsi, le revenu brut utilisé par la CSST pour établir l'indemnisation des travailleurs de la construction équivaut, en moyenne, à plus de deux fois le salaire moyen déclaré à la Commission de la construction du Québec.

Dans la recherche d'une solution équitable, le comité propose d'établir le revenu brut utilisé aux fins de l'indemnisation selon deux grandes catégories de travailleurs :

1. Pour un travailleur qui occupe un **emploi régulier à caractère continu**, établir le revenu brut en fonction du revenu dont il disposait au moment de la lésion, ou, s'il est supérieur, du revenu brut tiré de tout emploi exercé par le travailleur au cours des 12

derniers mois (si cette période s'avère insuffisante pour bien déterminer sa capacité de gains, le travailleur pourrait faire valoir ses revenus des 24 ou 36 derniers mois).

2. Pour un travailleur ayant un **emploi à caractère discontinu** (les travailleurs ayant un contrat d'une durée déterminée, les travailleurs saisonniers, les travailleurs sur appel, la plupart des travailleurs de la construction, etc.), utiliser la plus favorable des deux bases d'indemnisation suivantes:

- le revenu brut tiré de tout emploi au cours des 12 mois précédant le début de son incapacité, ou des 24 ou 36 derniers mois s'il y a lieu;
- le revenu brut obtenu par un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable.

Le comité n'est cependant pas unanime quant à l'application de cette méthode : l'un des membres voudrait qu'elle soit appliquée dès le 15^e jour suivant le début de l'incapacité, alors que les deux autres membres proposent de l'appliquer à compter du quatrième mois; pour ces deux membres, il serait préférable d'utiliser, aux fins de l'indemnisation au cours des trois premiers mois d'incapacité, le revenu brut dont le travailleur dispose au moment de la lésion.

Par ailleurs, lorsque le revenu brut utilisé pour établir l'IRR est inférieur au salaire minimum en vigueur pour une semaine normale de travail, c'est le salaire minimum qui est retenu au titre de revenu brut, en considérant une semaine de 44 heures de travail. Cette situation entraîne dans bien des cas, particulièrement pour les **travailleurs à temps partiel ou sur appel**, le versement d'une IRR basée sur un revenu brut supérieur à celui réellement gagné par le travailleur. Comme solution, le comité propose de ne recourir au salaire minimum comme base d'indemnisation qu'après une période d'indemnisation d'au moins six mois.

Finalement, le comité Boudreau a étudié la question de la **double prime d'assurance versée par les employeurs pour couvrir les prestations consenties aux travailleurs victimes d'un accident de la route**. Bien que le comité ait conclu qu'il n'y avait pas, en principe, de double paiement par les employeurs, des situations clairement inéquitables existent pour les employeurs en tant que propriétaires de véhicules automobiles en comparaison avec les autres usagers de la route. Par exemple :

- la SAAQ demande la même contribution d'assurance sur l'immatriculation aux propriétaires de véhicule qui ne cotisent pas à la CSST qu'à ceux qui cotisent;

- lorsqu'un accident de la route est attribuable à un tiers non employeur, la CSST en impute le coût à l'ensemble des employeurs, dont une majorité est complètement étrangère à ce type d'événement.

Pour corriger ces situations tout en maintenant les droits accordés aux travailleurs en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, comme le droit de retour au travail, l'accumulation de l'ancienneté et la participation aux régimes de retraite et d'assurances, ainsi que l'incitation, chez les employeurs, à la prévention des accidents de la route et à la réintégration au travail, le comité privilégie une solution où la SAAQ rembourserait 50 % du coût des prestations à la CSST et fixerait une tarification différente selon que le propriétaire du véhicule est couvert ou non par la CSST. À défaut de pouvoir mettre en oeuvre une telle solution, le comité suggère que la CSST continue d'indemniser les travailleurs victimes d'un accident de la route, mais que la SAAQ lui rembourse le coût total des prestations versées à cet égard.

Par ailleurs, la ministre du Travail poursuit ses consultations, et un projet de loi, incorporant également les éléments requis pour la mise en place de la phase II de la réforme de la tarification de la CSST à compter du 1er janvier 1998, devrait être déposé au cours des prochains mois.

Conclusion

Les employeurs ont tout intérêt, actuellement et encore davantage à la suite des modifications anticipées au régime d'indemnisation des travailleurs en Ontario et au Québec, à assurer une gestion efficace de la santé et de la sécurité du travail dans les entreprises, que ce soit par la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles, par le suivi des travailleurs indemnisés ou par le contrôle de leur dossier financier.

Mentionnons notamment deux méthodes dont les employeurs disposent pour contrôler leurs coûts de santé et sécurité du travail. Une analyse comparative des lésions professionnelles dans l'industrie indiquerait les secteurs de l'entreprise où la fréquence et la gravité des lésions sont plus élevées, plus faibles ou comparables à celles d'entreprises similaires; une telle étude quantitative permettrait d'identifier les secteurs où des mécanismes de gestion de la prévention et de la réparation sont souhaitables. Par ailleurs, plus particulièrement en Ontario, afin de limiter la volatilité des cotisations, il est possible de souscrire une assurance sur l'excédent des

pertes, sur une base de réclamation ou sur une base globale. En terminant, mentionnons qu'une entreprise devrait disposer d'une banque de données lui permettant de saisir toutes les informations relatives aux lésions professionnelles pour permettre une meilleure gestion de la santé et de la sécurité du travail.

ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

I. En assurance IARD, la rentabilité financière compense le déficit technique des assureurs canadiens

Les énormes déficits techniques qui sont issus des opérations de souscription proprement dites sont une caractéristique constante dans les entreprises d'assurance canadiennes.

Diverses causes peuvent expliquer cet état de déficit technique¹ chronique: insuffisance des primes, forte concurrence, effets négatifs de la fraude à l'assurance, augmentation des coûts de la sinistralité, augmentation des frais. Il y a là un grand défi à relever pour corriger la situation actuelle de recul, qui menace à long terme la survie et le caractère professionnel de l'assurance. Le redressement ne peut s'opérer sans une technique rigoureuse de sélection et d'acceptation des risques, mais en mettant en veilleuse la crainte de nuire au côté financier de l'assurance, dont les résultats sont satisfaisants, de trimestre en trimestre, et qui permettent de compenser les pertes de souscription.

Mais combien d'assureurs, qui réalisent d'énormes profits, tirés du placement de leur encaissement, restent encore attachés à l'idée de réaliser un bénéfice technique sur leurs opérations courantes ?

Comme on le sait, les compagnies d'assurance encaissent les primes avant de payer les sinistres. La période, plus ou moins longue, entre l'encaissement et le décaissement leur permet de faire fructifier les montants engrangés. Il est essentiel que les compagnies d'assurance veillent à la régularité et à la célérité des rentrées d'argent perçues directement ou par les intermédiaires.

Le tableau suivant illustre bien l'écart entre les résultats techniques traditionnellement déficitaires des assureurs canadiens en assurance IARD et les profits financiers provenant de leurs investissements.

Illustrons les raisons de ce conflit entre le technique et le financier, que dégage Bertrand Venard, dans une analyse, publiée dans *L'Assurance Française* (N° 716, déc. 1996), sous le titre «Des stratégies et des intérêts antagonistes». Les mauvais risques sont plus rémunérateurs pour les agents. Stimulés par des fortes commissions, l'agent a intérêt à souscrire de mauvais risques, qui se caractérisent par d'importantes primes.

Selon de nombreux experts et observateurs du milieu, il y a une espèce de fatalité entre les écarts irrémédiables en faveur du financier, au détriment du technique, car un redressement volontaire des taux à la hausse est illusoire. Pour eux, un tournant ne pourrait s'effectuer sans le concours d'événements extérieurs, telle une gigantesque catastrophe naturelle, tel un crash financier, événements qui pourraient assainir le marché de l'assurance et de la réassurance.

	Déficits techniques	Profits de placement (avant impôt)
1995	- 659	2 400
1994	- 1 304	2 232
1993	- 1 587	2 212
1992	- 1 568	1 926
1991	- 1 414	2 130
1990	- 1 300	2 506
1989	- 1 369	2 622
1988	- 774	2 528
1987	- 535	1 118
1986	- 555	1 255
1985	- 1 260	1 350
1984	- 917	1 509
1983	- 328	1 706

(en millions de dollars)

2. Les nouveaux outils financiers

Depuis le début des années 1990, les catastrophes naturelles ont causé des dommages matériels dont les coûts sont inégalés. Aux États-Unis seulement, la charge et la fréquence des sinistres se sont considérablement alourdies. Pour faire face aux sinistres potentiels, le marché de l'assurance de dommages américaine disposerait actuellement de fonds propres d'environ 200 milliards de dollars et le marché de la réassurance représenterait 20 milliards de dollars. Ces chiffres, tirés de la revue *Sigma* (No 5/96), illustrent éloquemment la pénurie de capacités des marchés d'assurance et de réassurance chargés de garantir les risques de catastrophes naturelles.

Pour combler l'insuffisance financière de l'assurance mondiale et en particulier des capitaux des assureurs de dommages américains, face aux catastrophes, mais aussi pour attirer les gros investisseurs, certaines banques proposent maintenant de recourir aux

marchés de capitaux en créant des instruments financiers très rémunérateurs, basés sur le risque qu'occasionne une catastrophe naturelle et offrant un potentiel de rendement au-dessus de la moyenne. La capitalisation des valeurs cotées sur les marchés financiers internationaux est impressionnante. L'étude de *Sigma* précise que les titres échangés uniquement aux États-Unis se chiffrent à quelque 19 000 milliards de dollars.

Voici quelques exemples.

- Les *Insurance Options* du Chicago Board of Trade (CBOT), mis sur le marché en 1995 en vue de remplacer les anciens contrats à terme et options sur ces contrats. Les produits dérivés échangés à la bourse CBOT constituent des apports directs de capacités supplémentaires, qui sont transférés des marchés financiers vers le marché de l'assurance. À titre d'illustration, les *PCS Insurance Options*, obtenues dans le cadre de ce qu'on appelle les *call spreads*, sont des couvertures par tranches.
- La Bourse new-yorkaise Catastrophe Risk Exchange (CATEX) – bourse électronique d'échanges de risques – offre des produits financiers qualifiés d'apports indirects, par rapport aux produits précédents. En effet, l'augmentation de capacité se fait de façon indirecte, en s'adressant non seulement aux assureurs et réassureurs, mais aussi aux prestataires qui étaient restés en dehors du marché traditionnel, telles les sociétés captives.
- Les emprunts sous forme de titres. Mentionnons le *Earthquake Risk Bond (ERB)*, mis au point par l'État de Californie et l'organisme chargé de surveiller le risque de séisme, la *California Earthquake Authority (CEA)*. En procédant à trois émissions successives, tel que prévu, le projet s'adresse tant aux marchés financiers qu'aux marchés mondiaux de l'assurance et de la réassurance.

Concrètement, comme l'industrie serait incapable de couvrir les coûts d'un séisme majeur en Californie, estimés entre 50 et 100 milliards de dollars, l'État et la CEA ont mis au point un produit d'investissement stimulant qui s'intègre dans un programme d'assurance de 10,5 milliards de dollars. D'une durée de dix ans, cet emprunt est ainsi structuré que, pendant quatre ans, les investisseurs peuvent perdre tout leur rendement sur sa durée résiduelle, si un tremblement de terre survient dont les dégâts sont supérieurs à sept milliards de dollars. Par contre, leur garantie vient de l'intérêt très élevé qu'ils touchent pendant neuf ans, s'il n'y a pas de séisme,

et du retour entier de leur capital à l'échéance. Il semble toutefois que ce programme soit bloqué, à date, pour des raisons politiques.

- Autres produits financiers, *Le Natural Catastrophe Insurance Note* et *l'Insurance Linked Bond*.

Le Natural Catastrophe Insurance Note est un papier-valeur indexé sur la probabilité qu'arrive une catastrophe majeure, mis sur le marché par une filiale bancaire suisse d'un assureur américain American Insurance Group (AIG). Le montant minimum à être versé par un investisseur est de 30 000 \$. Sa durée de vie est de deux ans. Le capital investi est garanti. Seul le rendement de 25 % est sujet au risque financier, si un sinistre catastrophique survient pendant ces deux ans et dont le dommage total dépasse un seuil prédéfini. Concrètement, si aucun sinistre ne se réalise pendant une période de deux ans, l'investisseur récupère son capital et le rendement de 25 %. Par ailleurs, si une catastrophe se réalise, causant des dommages évalués entre 1 milliard et 6,3 milliards de dollars, il ne récupère que 85 % du rendement. Si deux catastrophes ou plus surviennent durant cette période, la perte sur le rendement est de 40 %.

Les obligations liées à l'assurance, ou *Insurance Linked Bond*, visent à reporter sur les investisseurs la couverture financière des risques issus de grandes catastrophes. Ils constituent les premiers produits financiers à s'adresser strictement à des investisseurs privés.

La bancassurance ne ferait que faciliter ces nouveaux marchés financiers, par la complémentarité qu'elle offre, les assureurs ayant l'expertise des risques, les banques ayant les capacités financières pour liquéfier ces nouveaux produits.

D'après les extrapolations de l'éditeur de *Sigma*, l'apport de capacités que ces nouveaux marchés sont susceptibles de générer correspond à peu près à la pénurie de couverture qui affecte le marché traditionnel de l'assurance et de la réassurance chargé de couvrir les catastrophes américaines. Cet apport substantiel de capacités devrait s'élargir mondialement et connaître une évolution en complément des contrats traditionnels. En effet, les nouveaux outils financiers ne pourraient jamais se substituer aux solutions sur mesure offertes par la réassurance.

3. Le risque de fraude: jusqu'où va la partie immergée ?

Tout un chacun s'entend sur l'ampleur de la fraude à l'assurance. Mais à mesure que naissent de nouvelles études, le nombre et la sévérité du phénomène de la fraude ne cessent de croître, princi-

palement parce que les fondements de la fraude sont multiples, tentaculaires, alambiqués.

Les chercheurs Dionne et Caron , dans leur étude récente sur la fraude à l'assurance, que nous publions dans le présent numéro, concluent que les montants réclamés frauduleusement aux assureurs et payés par eux, en assurance automobile, pouvaient atteindre, au Québec seulement, 208,4 millions de dollars en 1994-1995.

La fraude à l'assurance se présente sous de multiples formes: souscrire une assurance à laquelle on n'a pas droit, par manque d'intérêt assurable, présenter une réclamation exagérée, maquiller certaines informations relatives au sinistre, violer sciemment une condition de la police, faire des déclarations à l'assureur que l'on sait fausses, en vue de bénéficier d'un taux moindre, simuler un vol d'automobile usagée et en mauvaise condition pour récupérer le prix du véhicule invendable du fait de son état, etc.

Mais il y a des cas encore plus latents, qui rejaillissent des profondeurs même des opérations d'assurance.

Examinons quelques cas.

Le cas de l'assurance-accident

Généralement, l'assurance étant par nature indemnitaire, l'assuré ne peut être indemnisé deux fois pour un même sinistre: en ce cas, la règle du prorata entre les assureurs gouverne le règlement du sinistre.

Il en est autrement en matière d'assurance-accident. L'assuré peut librement conclure plusieurs contrats d'assurance-accident corporels, moyennant le versement de la prime correspondante, et recueillir les prestations. Il peut également cumuler l'indemnité que lui accorde son assureur avec les indemnités qu'il peut recevoir en matière de poursuite en responsabilité civile contre l'auteur du dommage corporel, puisque l'assureur, ayant payé l'indemnité prévue dans l'assurance-accident, n'a pas le droit d'être subrogé dans les droits de son assuré contre l'auteur du dommage.

Là où le bât blesse, c'est que la notion d'accident, la clé qui donne ouverture à la garantie, peut donner lieu à une compensation frauduleuse, s'il n'y a pas d'atteinte soudaine et non intentionnelle. Le caractère non intentionnel fait référence aux mutilations volontaires, si l'assuré a provoqué délibérément l'accident.

On mesure aisément l'ampleur de la réclamation frauduleuse en matière d'assurance-accident lorsqu'il y a une multiplication de contrats souscrits et liés à un même accident.

La non-déclaration de toutes autres assurances souscrites

Nous y avons fait état sous le thème précédent. Sauf en matière d'assurance-accident, l'assuré doit déclarer, au moment de la souscription, si la question lui est posée par l'assureur, les autres assurances qu'il aurait pu souscrire face aux mêmes risques. L'assurance étant qualifiée d'indemnitaire, comme nous le mentionnions précédemment, l'assuré ne peut espérer être indemnisé deux fois pour un même sinistre.

Un danger de fraude se pointe: l'assuré peut omettre délibérément de déclarer les assurances de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Le cas particulier en assurance des objets d'art

En dehors des cas généraux d'escroquerie à l'assurance, il existe en matière d'assurance des objets d'art des cas de fraudes plus répandus, dont la sous-évaluation ou la surévaluation, et d'autres moins connus, mais pouvant être facilement pratiqués. Après avoir, par chance, réussi à récupérer l'oeuvre d'art dérobée, mais ayant été au préalable indemnisé par l'assureur, l'assuré omet délibérément de prévenir ce dernier. La fraude est claire puisque l'assureur, par l'indemnité versée à l'assuré, est en droit de récupérer le bien qui a fait l'objet d'une indemnisation.

Le cas d'une fausse réclamation

Sous l'ancien Code, l'article 2474 C.c. stipulait que «toute déclaration mensongère invalide les droits de l'auteur à toute indemnité ayant trait au risque ainsi dénaturé». La jurisprudence mit un certain temps à interpréter cette rédaction en décidant que la déchéance, en matière de réclamation frauduleuse, ne pouvait s'appliquer qu'à l'égard du risque auquel se rattachait la fausse déclaration d'un assuré. Le nouvel article 2472 C.c.Q. a fait sienne cette interprétation jurisprudentielle, tempérant ainsi les rigueurs de la règle existant avant la réforme de 1974, qui se résumait ainsi: la fraude corrompt tout (*fraus omnia corrumpit*).

Le nouvel article 2472 C.c.Q. se lit comme suit, posant ainsi une double règle d'assouplissement, en cas de fausse déclaration: la règle de la divisibilité du risque (retrouvée au premier alinéa) et la règle de la divisibilité des biens (retrouvée au second alinéa):

Toute déclaration mensongère entraîne pour son auteur la déchéance de son droit à l'indemnisation à l'égard du risque auquel se rattache ladite déclaration.

Toutefois, si la réalisation du risque a entraîné la perte à la fois de biens mobiliers et immobiliers, ou à la fois de biens à usage professionnel, la déchéance ne vaut qu'à l'égard de la catégorie de biens à laquelle se rattache la déclaration mensongère.

Pour mieux illustrer le droit nouveau, reprenons l'exemple tiré des commentaires du législateur dans le nouveau Code civil du Québec.

Ainsi, par exemple, un assuré qui a conclu un contrat d'assurance couvrant sa maison et ses meubles pourrait, si l'on n'appliquait que le premier alinéa, se voir refuser toute indemnité d'assurance s'il avait déclaré à l'assureur qu'il possédait un ordinateur, alors qu'il n'en possédait pas. L'application du second alinéa permettra, en tel cas, de ne faire porter la sanction que sur les meubles: l'assuré perdra toute indemnité pour ses meubles, mais il aura droit à l'indemnité pour la perte de la maison assurée.

Nous croyons que cette nouvelle formulation, de nature consumériste, a un effet négatif: elle ne décourage pas la fraude, qui se manifeste largement lorsque l'assuré subit une perte (par opposition aux escroqueries préméditées dès l'établissement du contrat). Autrefois, le législateur donnait un signal clair à l'assuré, empêtré dans les méandres d'une déclaration fautive ou frauduleuse: la fraude corrompt tout. Aujourd'hui, grâce aux alinéas premier et second, dans la disposition précitée, le législateur l'exonère doublement et contribue ainsi à alourdir les coûts totaux, qui sont nécessairement transférés, mutualité oblige, à la masse des assurés non fautifs.

Le législateur semble avoir oublié un principe fondamental applicable uniquement au contrat d'assurance: la plus absolue bonne foi doit exister, pendant toute la durée de l'assurance, à partir des déclarations initiales jusqu'aux déclarations des sinistres.

Mais la prévention de la fraude passe d'abord par un engagement ferme et avoué des compagnies d'assurance, qui se doivent de modifier certaines pratiques commerciales, telles les suivantes:

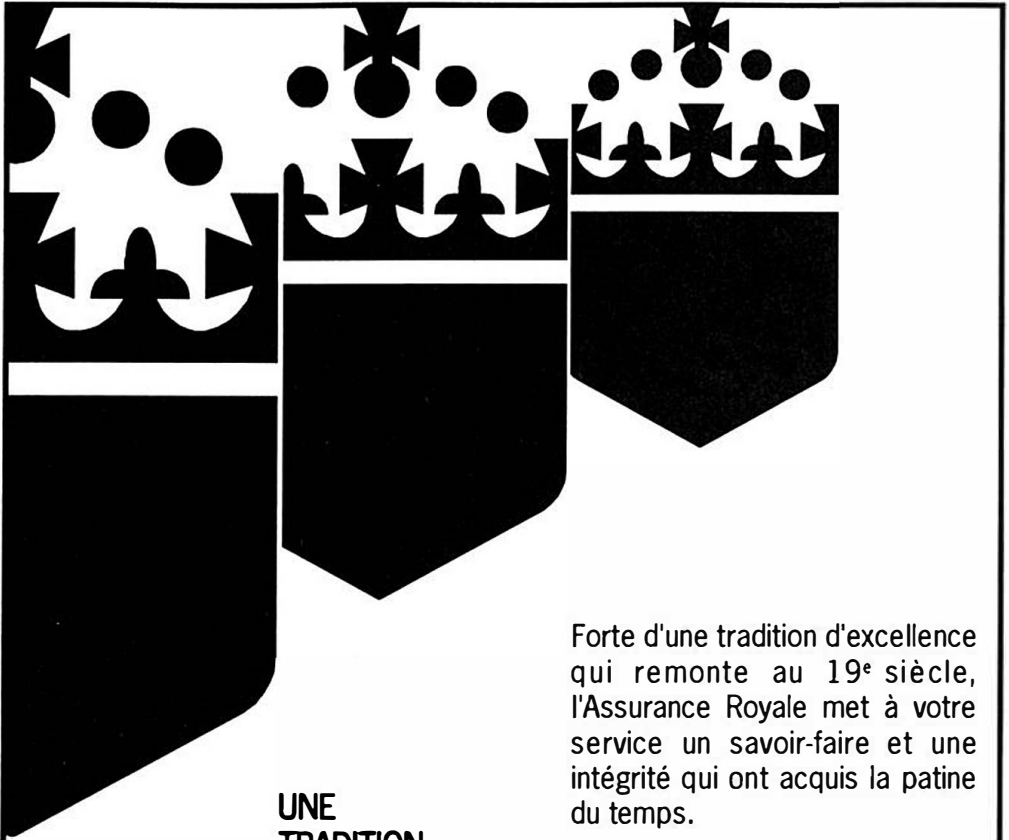
- la formation du personnel est une préoccupation constante;
- la rapidité du service, si justifiée soit-elle, n'est pas sacrifiée aux procédures de contrôle;
- les assureurs sont attentifs aux évolutions technologiques, tel le marquage électronique des véhicules;
- la souscription de certaines garanties alléchantes est réexaminée dans la perspective de la fraude potentielle; par

exemple, dans le cas de la garantie dite valeur à neuf, l'indemnisation en nature devrait primer sur l'indemnisation en espèces, lorsque les circonstances le permettent.

Signalons à cet égard un document de consultation instructif publié sous le nom «Guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe» – Voir la chronique Faits d'actualité, dans ce numéro – visant à permettre aux assureurs européens de témoigner de leurs expériences et d'inspirer les autres assureurs. Nul doute que les assureurs canadiens pourront en tirer des enseignements précieux.

Note

I Par déficit technique, on entend le total des primes gagnées, moins les sinistres et moins les dépenses.



**UNE
TRADITION
D'EXCELLENCE**

Forte d'une tradition d'excellence qui remonte au 19^e siècle, l'Assurance Royale met à votre service un savoir-faire et une intégrité qui ont acquis la patine du temps.

Notre Société jouit d'une réputation de stabilité et de fiabilité, atouts inestimables et promesses auxquelles peu d'entreprises n'ont jamais failli.

C'est pourquoi la Royale est aujourd'hui un leader de l'industrie canadienne des assurances de dommages.



l'Assurance Royale

Notre savoir-faire est votre meilleure garantie.^{mc}

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) 847-3550

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 MONTRÉAL

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.I.C.
Place Mercantile, 13e étage
770, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec)
H3A 1G1
Tél. : (514) 842-9831

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

**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

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	Paul Picard, LL.L
Michel Garceau, LL.L	André Pasquin, LL.L
Philippe Pagé, LL.L	Pierre Viens, LL.L
Pierre Boulanger, LL.L	Jean Rivard, LL.L
Georges Pagé, LL.L	Pascal Parent, LL.L
Lucie B. Tétreault, LL.B.	Yves St-Arnaud, LL.L
Luc Lapierre, LL.B.	Nathalie-Hélène Roy, LL.B
Pascal Pelletier, LL.B	

204, Place d'Youville
Montréal (Québec) H2Y 2B4
Téléphone : (514) 845-5171
Télécopieur : (514) 845-5578

"...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

**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

17, 18 et 19
AVRIL
1 9 9 7

Conférence sur l'assurance automobile

CRT HEC

Saisissez l'opportunité de cette conférence, organisée par le Laboratoire sur la sécurité des transports (C.R.T.) de l'Université de Montréal et par la Chaire de gestion des risques de l'École des Hautes Études Commerciales, pour approfondir plusieurs aspects liés à l'assurance automobile : la fraude, la tarification, la réglementation, les nouveaux conducteurs...

Frais d'inscription

140,00 \$

Responsables

Georges Dionne,
titulaire de la chaire de
gestion des risques, HEC

Claire Laberge-Nadeau,
directrice du laboratoire
sur la sécurité des
transports, CRT

Votre contact

Gilles Gagnon

Téléphone
343-6475 ou 343-7575

FAX
343-7121

ggagnon@crt.umontreal.ca

**Plus de 20
conférenciers
venant
du Canada,
des États-Unis
et d'Europe
y participeront.**



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 elle suit de près les nouvelles orientations, comme le décloisonnement des institutions financières, la réforme des intermédiaires, les changements apportés par le nouveau Code civil du Québec et l'internationalisation des marchés financiers.

La revue *Assurances* appartient, depuis le mois de novembre 1996, à l'École des Hautes Études Commerciales. Son orientation ne devrait pas changer. Néanmoins, elle s'intéressera d'une façon particulière à la gestion des risques, puisqu'elle relève de la Chaire de gestion des risques de l'École des HEC.

Nous vous invitons à vous abonner à l'aide du bulletin inséré dans la Revue. Nous serions heureux de vous compter parmi nos lecteurs assidus. Si vous êtes déjà abonné à la Revue, vous pourriez trouver approprié de distribuer des abonnements additionnels à d'autres membres de votre personnel.

Grâce à nos prestigieux annonceurs, la revue *Assurances* constitue, à un prix très abordable, une source documentaire utile à la compréhension de l'assurance.

A very useful tool

Assurances, which has been keeping abreast of the progress in the field of insurance since 1932, examines subjects on the theory and practice of insurance, as well as areas and activities related thereto, including the distributing of insurance products. It also contains articles on law, economics, finance, real estate and securities, among others, and closely follows new markets, trends and reforms, such as the new Quebec Civil Code and the global market of insurance.

Since November 1996, *Assurances* is owned by l'École des Hautes Études Commerciales and published by its new Risk Management Chair. Also, the review will continue to be interested by insurance, with special interest to risk management and insurance alternatives.

To subscribe, simply fill out the attached subscription form. We look forward to count you among our faithful readership. If you already subscribe to the review, you may wish to obtain additional subscriptions for other management staff and personnel in your company.

Thanks to our renowned collaborators and faithful advisers, *Assurances*, which is available at a reasonable price, has become a very useful tool to understanding insurance.

Assurances

Veillez m'abonner à la revue Assurances. Je paie PERIODICA par :
Please enter my subscription to Assurances. I pay to PERIODICA by:

chèque/cheque mandat postal/postal order Master Card Visa

Carte no/Card no. _____ Expire le / Expire on _____

Signature/Signature: _____

Nom/Name: _____ Titre/Title: _____

Société/Company: _____

Type d'entreprise/Nature of business: _____

Adresse/Address: _____

Code postal/
Postal Code _____ Date/Date: _____

Téléphone/Telephone: _____

Canada
50 \$ par année (4 numéros) + T.P.S. de
3,50 \$ (# 107278905) + T.V.Q. de 3,47 \$
(# 1006085748) (Résidents du Québec)

Autres pays
54 \$ CAN par année (4 numéros)

Canada
\$50 per year (4 issues) +
G.S.T. \$3.50 (# 107278905) + Q.S.T.
\$3.47 (#1006085748) (Quebec residents)

Other countries
\$54 CAN per year (4 issues)

PERIODICA

C.P. 444 Outremont
(Québec) Canada
H2V 4R6

**Commandes
téléphoniques
SANS FRAIS**
avec cartes de crédit
du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h00

**Phone Order
NO CHARGE**
with credit cards
monday to friday
from 8:30 AM to 5:00 PM

Région de Montréal :
Montreal Area:
(514) 274-5468

Tout le Canada :
Elsewhere in Canada:
1 800 361-1431

Télécl./Fax: (514) 274-0201

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.
Affiliée au réseau international ASINTA.



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.*

Affiliée au réseau international ASINTA.



École des Hautes Études Commerciales