

NUMÉRO THÉMATIQUE

**RÉGIMES D'INDEMNISATION ET
ASSURANCE AUTOMOBILE /
COMPENSATION REGIMES AND
AUTOMOBILE INSURANCE**

SOMMAIRE

**COMPTE RENDU DU COLLOQUE
VINGT ANS D'ASSURANCE SANS
ÉGARD À LA RESPONSABILITÉ**

SYMPOSIUM REVIEW

**TWENTY YEARS OF NO-FAULT
AUTOMOBILE INSURANCE**

Rémi Moreau

**LE RÉGIME QUÉBÉCOIS DE
L'ASSURANCE AUTOMOBILE,
VINGT ANS APRÈS**

Thérèse Rousseau-Houle

**LA RÉFORME DE L'ASSURANCE
AUTOMOBILE AU QUÉBEC :
VINGT ANS APRÈS**

Jean-Louis Gauvin

**NO-FAULT AUTOMOBILE
INSURANCE IN ONTARIO:
A LONG AND COMPLICATED
STORY**

Craig Brown

**LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE
AUTOMOBILE EN FRANCE**

Didier Richaudeau

CHRONIQUES

Assurances

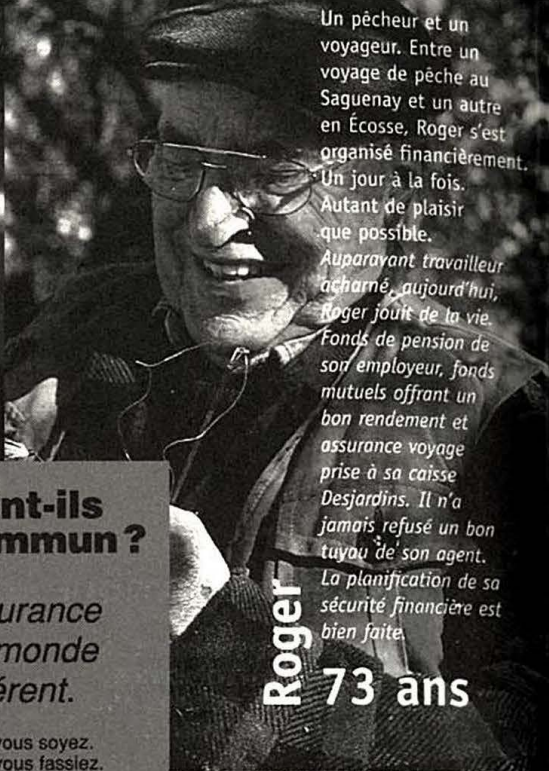
revue d'assurance et de gestion des risques

octobre 1998 ■ no 3

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.



Roger

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

73 ans

Qu'ont-ils en commun ?

*L'assurance
d'un monde
différent.*

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

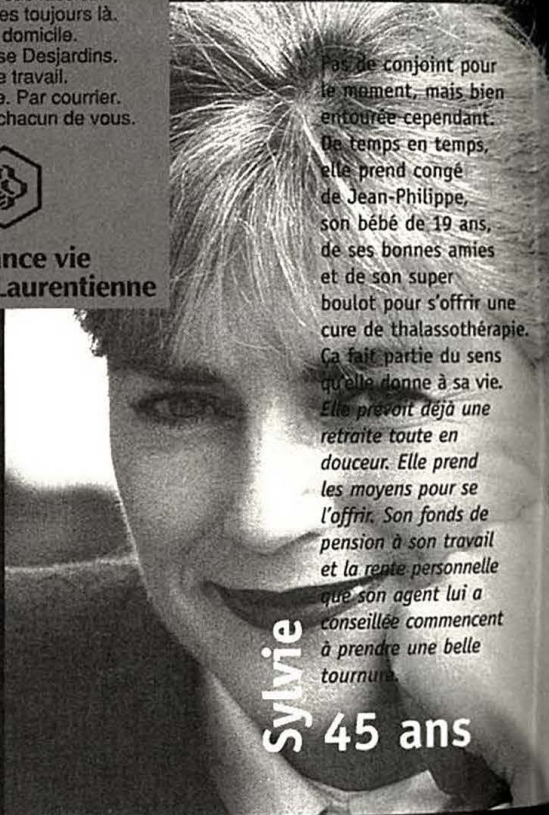


Assurance vie
Desjardins-Laurentienne

Sébastien

17 ans

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



Sylvie

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.

45 ans



Desjardins pour s'aider soi-même

Assurances

Revue trimestrielle consacrée à l'assurance et à la gestion des risques

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



Comité international de lecture / International Editorial Board

Richard Arnott, Jean-Luc Bacher, Jean Bigot, Phelim Boyle, Hervé Cachin, J. David Cummins, Neil Doherty, Louis Eeckhoudt, Michel Gendron, Christian Gollier, Denis Kessler, Henri Loubergé, Norma Nielson, Jean-François Outreville, Pierre Picard, Bertrand Venard, Ralph Winter.

Comité de la Revue / Journal Committee

Claire Boisvert, Georges Dionne, Christian N. Dumais, Robert Gagné, Michel Gendron, Didier Lluelles, Raymond Medza, Rémi Moreau, Robert Parizeau, Michel Patry, Christopher J. Robey, Luc Vallée et André Viel.

Directeur / Director

Georges Dionne

Rédacteur en chef / Editor-in-chief

Rémi Moreau

Secrétaire / Secretary

Claire Boisvert

Administration / Management

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

Téléphone / Phone : (514) 340-5646 ou / or (514) 340-5651

Télécopieur / Fax : (514) 340-5019

revue.assurances@hec.ca

<http://www.hec.ca/assurances-revue>

Agence des abonnements / Subscription Agency

Faxon Quebec/Periodica

1155, avenue Ducharme, Outremont (Québec) H2V 1E2

Téléphone/ Phone : (514) 274-5468 (ou / or 1-800-361-1431)

Télécopieur / Fax : (514) 274-0201

© 1998 par l'École des Hautes Études Commerciales. 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.

© 1998 by the École des Hautes Études Commerciales. Complete or partial reproduction, registration or distribution requires the written permission of the Director or the Editor-in-chief.

Dépôt légal / Legal deposit

ISSN 0004-6027

Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada

Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec

Envoi poste publication / Delivery Postage Publication

Port payé à Montréal / Postage paid at Montreal

Assurances

66^e année, numéro 3, octobre 1998

NUMÉRO THÉMATIQUE / THEMATIC ISSUE

RÉGIMES D'INDEMNISATION ET ASSURANCE AUTOMOBILE COMPENSATION REGIMES AND AUTOMOBILE INSURANCE

COMPTE RENDU DU COLLOQUE – VINGT ANS D'ASSURANCE SANS ÉGARD À LA RESPONSABILITÉ / SYMPOSIUM REVIEW – TWENTY YEARS OF NO-FAULT AUTOMOBILE INSURANCE par / by Rémi Moreau	349
LE RÉGIME QUÉBÉCOIS DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE, VINGT ANS APRÈS par Thérèse Rousseau-Houle	367
LA RÉFORME DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE AU QUÉBEC : VINGT ANS APRÈS par Jean-Louis Gauvin	389
NO-FAULT AUTOMOBILE INSURANCE IN ONTARIO: A LONG AND COMPLICATED STORY by Craig Brown	399
LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN FRANCE par Didier Richaudeau	423

CHRONIQUES

CHRONIQUE DE DOCUMENTATION , par Georges Dionne	459
1. L'assurance automobile sans égard à la responsabilité, par Claude Belleau – 2. "Pay at the pump" auto insurance, by Stephen D. Sugarman	
FAITS D'ACTUALITÉ , par Rémi Moreau	467
1. Le projet de loi n° 188 a été sanctionné le 20 juin 1998 – 2. Les revenus des banques et des caisses canadiennes en 1996 – 3. Les résultats des assureurs IARD canadiens en 1997 et au cours du premier trimestre de 1998 – 4. Le dollar canadien hypothéqué par les affres de la crise asiatique et par la chute des prix des matières premières – 5. Le commerce de l'assurance dans le cyberspace – 6. Québec nomme un nouvel Inspecteur général des institutions financières – 7. ING renforce sa présence canadienne – 8. Rapport de 1997 sur la tarification en assurance automobile – 9. Assurance	

médicament: premier bilan annuel – 10. La facture du verglas en hausse – 11. Divers fonds d'indemnisation de terrains contaminés – 12. Nouveau partenariat entre le CAA-Québec et deux assureurs – 13. Les résultats des Lloyd's pour l'année 1995 – 14. Une nouvelle étude sur les liens entre le cancer et les champs magnétiques – 15. Les victimes survivantes de l'Holocauste enfin compensées par l'assurance – 16. Deux séismes consécutifs majeurs en Papouasie-Nouvelle Guinée – 17. Les inondations chinoises de l'été 1998 – 18. La troisième édition de la carte mondiale des catastrophes naturelles – 19. Le Groupe de travail sur l'avenir du secteur des services financiers a déposé son rapport

ÉTUDES TECHNIQUES , par Rémi Moreau	481
Le passage à l'an 2000: comment réagissent les assureurs canadiens ?	
CHRONIQUE ACTUARIELLE , par Louise Labrèche	497
Le membre du comité de retraite... une personne raisonnable	
GARANTIES PARTICULIÈRES , par Rémi Moreau	501
Un nouveau fonds de garantie à l'égard des acheteurs de maisons neuves	
CHRONIQUE JURIDIQUE , par Rémi Moreau	513
Décisions rendues par les tribunaux du Québec en 1997 et publiées par SOQUIJ – (suite). E. Assurance de personnes (17 décisions); F. Assurance de responsabilité (19 décisions); G. Assureur, courtier et agent (5 décisions).	
LA PAGE DE L'INTERNAUTE / THE INTERNET SURFER PAGE	527
Société de l'assurance automobile du Québec	

COMPTE RENDU DU COLLOQUE / SYMPOSIUM REVIEW

**VINGT ANS D'ASSURANCE
SANS ÉGARD À LA RESPONSABILITÉ
TWENTY YEARS OF NO-FAULT AUTOMOBILE
INSURANCE**

par/by Rémi Moreau

■ **VINGT ANS D'ASSURANCE SANS ÉGARD À
LA RESPONSABILITÉ**

La ville de Québec, capitale du Québec et ville du patrimoine mondial reconnue par l'Unesco, a été l'hôte, les 4 et 5 juin 1998, d'un colloque international sur les régimes d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, organisé conjointement par la Faculté de droit de l'Université Laval et la Société de l'assurance automobile du Québec, cette activité s'inscrivant dans le cadre du 20^e anniversaire du régime public d'assurance automobile du Québec.

D'entrée de jeu, nous remercions Daniel Gardner, le président du comité organisateur du colloque, qui a aimablement autorisé le rédacteur en chef de la Revue à participer au colloque, à avoir accès aux textes des conférenciers et à être l'échotier des sujets discutés.

Le programme officiel, alimenté par un aréopage d'experts nationaux et internationaux, comprenait deux parties:

- une journée précolloque, le 3 juin: cette activité fut tenue au siège social de la Société de l'assurance automobile du Québec;
- les deux journées du colloque, les 4 et 5 juin 1998: cette activité se déroula sur le campus de l'Université Laval à Québec.

■ **LE PRÉCOLLOQUE**

Le précolloque, sous le thème *Les 20 ans d'assurance automobile du Québec*, a été l'occasion pour les participants d'échanger

avec les représentants de la SAAQ sur le fonctionnement du régime public d'assurance automobile en vigueur au Québec. En matinée, le président de la Société, Jean-Yves Gagnon, a fait le bilan de cette période vicennale marquée par un régime public d'assurance automobile au Québec et Linda Bellware, affectée à la Direction de l'actuariat, a traité de questions sur le financement.

Après le déjeuner, les participants ont entendu les propos de Claude Fleury, Service du support à l'indemnisation des accidentés, sur les principes et le fonctionnement du régime public d'assurance automobile, puis ceux de Marc Giroux, Direction des politiques et des programmes pour les accidentés, sur la traumatologie et la réadaptation, enfin ceux de André Viel, Service des études et des stratégies en assurance automobile, sur la recherche en indemnisation et en sécurité routière.

■ LE COLLOQUE

La première journée a été consacrée aux aspects portant sur le fonctionnement de divers régimes d'assurance automobile sans égard à la responsabilité et la seconde porta sur les questions entourant l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile.

□ Le 4 juin - Le fonctionnement de différents régimes d'indemnisation dans le monde

Après les mots de bienvenue de Daniel Gardner, Thérèse Rousseau-Houle, juge à la Cour d'appel du Québec, fit une brillante et pénétrante rétrospective intitulée *Le régime québécois, vingt ans après*, qui fait l'objet d'un article dans le présent numéro. Dans un premier temps, elle a fait la genèse de la *Loi sur l'assurance automobile*. Ensuite, elle ne manqua pas de rendre compte de son interprétation par les tribunaux, qui a contribué à renforcer ses fondements tout en favorisant, par une interprétation libérale de la notion d'accident, l'indemnisation des victimes. Enfin, la dernière partie de son exposé a porté sur l'avenir de la loi: l'auteure a d'abord traité un sujet qui suscite beaucoup de controverse: l'indemnisation des conducteurs fautifs. Sur ce point, elle fut d'avis que la privation de leur droit à toute indemnité créerait inutilement deux catégories de victimes et que la démonstration n'a pas encore été faite de l'efficacité d'un tel changement en regard des distorsions qui pourraient être causées au régime dans son ensemble. Dans cette

dernière partie de son discours sur l'avenir de la loi, elle a abordé les résultats financiers de la SAAQ et de l'indemnisation des victimes. Elle rappela que les larges surplus accumulés dans le fonds de stabilisation, transférés périodiquement au Gouvernement, n'appartiennent pas légalement aux assurés et que l'excellente santé financière de la Société, grâce à une saine gestion, soulève non pas un problème juridique mais une question politique. Concernant l'indemnisation, elle souligna que les indemnités doivent faire l'objet d'un examen perpétuel, un garde-fou qui protège l'avenir du régime et qui permet une adéquation entre la prime et le risque. Comme la loi évolue avec le contexte économique et social, elle signala que les méthodes d'évaluation puissent être réexaminées pour tenir compte des statistiques sur le marché du travail et que les délais de carence pour les victimes sans emploi soient reconsidérés. Elle mentionna aussi que l'uniformité des primes pourrait être remise en question sans pour autant altérer les fondements du système.

Dans la session suivante, présidée par Robert Tétrault, professeur de droit, Université de Sherbrooke, Jeffrey Schnoor, Craig Brown, Neil Weatherston et Stephen Sugarman présentèrent quelques expériences étatiques récentes de passages à des régimes sans égard à la responsabilité, respectivement au Manitoba, et en Ontario, ou encore de tentatives avortées d'implanter un tel système, en Colombie-Britannique et en Californie.

Au Manitoba, Jeffrey Schnoor rappela certains événements qui ont mené à la réforme. Cette province est devenue le deuxième endroit en Amérique du Nord, après le Québec, à remplacer le régime de droit commun de la responsabilité civile par un système intégral d'indemnisation sans égard à la responsabilité, lequel est entré en vigueur en 1994 en vertu de la loi dite *The Manitoba Public Insurance Corporation Act*. Il traita ensuite de l'étendue du régime en évoquant une décision de la Cour d'appel du Manitoba, l'affaire *McMillan v. Rural Municipality of Thompson*. Cette décision mettait en cause deux personnes souffrant de blessures graves lorsque leur voiture eût plongé, à cause de l'absence d'un pont, dans un trou non identifié le long d'une route. Elle portait sur la définition de «dommages corporels causés par une automobile», susceptible de remettre en question le plan d'indemnisation manitobain, puisqu'une interprétation restrictive des mots «causés par» aurait eu pour effet d'entrer en conflit avec les objectifs prévus par le législateur. La Cour d'appel rejeta cette interprétation, tout comme elle l'a fait au Québec en 1992 dans l'affaire *Productions Pram*. Finalement, le conférencier décrivit le fonctionnement du

régime, notamment les indemnités prévues, la présentation d'une demande d'indemnité et les délais prévus ainsi que les procédures de révision et d'appel.

En Ontario, Craig Brown ne manqua pas d'observer que cette province a connu au moins quatre régimes différents d'assurance automobile sans égard à la responsabilité au cours de la dernière décennie. Il relata cette évolution législative, en la replaçant dans son contexte historique. Cette allocution fait l'objet d'un article dans le présent numéro.

En Colombie-Britannique, Neil Weatherston mentionna que l'on peut améliorer le système actuel d'indemnisation, qui se révèle imprévisible et entraîne des réclamations exagérées. Il proposa les voies de changement qui ont été analysées dans cette province, surtout en 1997: l'amélioration du niveau des indemnités réduisant la nécessité des recours de droit commun, en les limitant principalement aux réclamations pour préjudice moral et perte de chance; mesures visant à éliminer les réclamations exagérées pour préjudice moral, lorsque les blessures sont minimes et de nature temporaire.

En Californie, Stephen Sugarman supputa les raisons qui expliquent que ni cet État, ni aucun État américain n'a encore adopté un système d'indemnisation qui s'apparente à celui du Québec. Il donna, pour exemples, notamment, les facteurs politiques, les perceptions de méfiance du public à l'égard du gouvernement et de l'industrie de l'assurance, les traditions d'individualisme et de faible degré de pénétration d'une idée de responsabilité collective, les craintes au niveau de la sécurité routière, des coûts et de l'effet d'entraînement. Il conclua en mentionnant que l'élaboration future d'un système inspiré du modèle québécois reste une solution possible à envisager dans certains États.

À l'heure du déjeuner, le conférencier invité, Jean-Louis Gauvin, l'homme par qui la réforme est venue, celui qui présida le Comité d'étude sur l'assurance automobile au Québec (1971-1974), n'a pas manqué d'expliquer la situation endémique qui prévalait antérieurement: la route était une scène dramatique où foisonnaient 2 000 décès et près de 50 000 blessés annuellement, et les primes d'assurance automobile étaient en hausse constante. Le mandat du Comité Gauvin comportait un volet sur les accidents de la route et les mesures à prendre pour améliorer la sécurité routière et réduire la fréquence et la gravité des accidents, ainsi qu'un autre volet sur le régime d'indemnisation des dommages corporels et matériels. Sur le plan des dommages corporels, le rapport visait l'indemnisation de toutes les victimes selon le concept de la perte économique;

sur le plan des dommages matériels, le changement majeur résidait dans l'indemnisation directe par l'assureur des dommages assurés, sans recours contre l'assureur des autres parties impliquées dans l'accident. L'orateur décrivit ensuite avec acuité l'évolution du régime jusqu'à aujourd'hui, et il ne manqua pas de faire certaines observations propres à améliorer le système actuel. Il souligna notamment le manque d'information sur la nature du régime pour une large partie de la population et la possibilité que la SAAQ songe à offrir non pas un seul mais plusieurs systèmes. Le conférencier s'est posé la question si, dans l'environnement actuel, la gestion par une société d'État à caractère monopolistique est toujours la solution la plus appropriée. Il est légitime de se poser la question car un régime sans égard à la responsabilité n'implique pas nécessairement une gestion étatique. Le discours de M. Gauvin est publié in extenso dans ce numéro.

Dans la session de l'après-midi, animée par Louis Perret, doyen, Faculté de droit (section de droit civil), Université d'Ottawa, les participants ont eu droit à un tour d'horizon de certains autres régimes sans égard à la responsabilité:

– Le régime de la France fut décrit par Hubert Groutel comme une longue marche dans les dédales de la jurisprudence. Ce régime est né dans la foulée de la loi française du 5 juillet 1985 (Loi Badinter), *cette loi qui est née sans avoir été créée*, tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation mais instituant, sans s'en rendre compte, un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité. Au fil des ans, le régime fut sillonné par de nombreuses démarches interprétatives de la Cour de cassation qui, dès l'origine, a vu que le nouveau régime n'était plus celui de la responsabilité, mais qui dut prendre plusieurs années pour enfin découvrir sa nature précise. L'auteur raconta avec verve cette jurisprudence erratique, oscillant entre deux régimes.

– Le régime de la Suède, qui a été présenté par Bill Dufwa, tire son origine d'une nouvelle loi sur les dommages résultant des accidents de la circulation en 1974. Cette loi avait pour objet de faire glisser l'assurance automobile obligatoire vers le régime strict de la responsabilité civile de droit commun, mais la responsabilité du conducteur à l'égard d'un tiers était maintenue. Bien que la négligence ou l'imprudence du conducteur ne le prive pas de son droit à la réparation, la négligence grave ou intentionnelle, tel le cas de conduite en état d'ébriété, peut avoir pour effet de modifier ce droit.

– Le régime de la Nouvelle-Zélande, qui a été exposé par John Michael Miller, est qualifié de global puisque la loi unique

dite *Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act* (1992) ne vise pas seulement l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles mais toutes catégories de victimes et dans toutes circonstances (sur la route, au domicile, dans un établissement hospitalier, au travail, dans les loisirs). Une personne accidentée à la suite d'un accident de la circulation est dès lors indemnisée de la même manière que toutes autres victimes d'accidents. Le conférencier passa en revue les dommages couverts, les indemnités allouées et les types de financement du régime. L'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile pose peu de problèmes et elle est bien acceptée par la population, si ce n'est la remise en question périodique des indemnités versées aux conducteurs ivres. Le conférencier signala l'insatisfaction du public, dans la foulée de la loi de 1992, qui ramenait le retour en force des avocats et entraînait une augmentation des réclamations pour dommages punitifs ou exemplaires.

Pour terminer cette première journée de conférence, une table ronde, animée par Daniel Gardner, donna l'occasion à un groupe de conférenciers de divers pays d'échanger sur les points forts et les points faibles de l'assurance sans égard à la responsabilité. Les pays ou provinces ou États représentés étaient les suivants: Saskatchewan, USA, Nouvelle-Zélande, Manitoba, Québec, Australie et Ontario.

Enfin, un cocktail fut servi dans la Chapelle du Petit Séminaire, dans le Vieux-Québec. Ce cadre exceptionnel fut choisi pour le lancement du premier ouvrage sur l'histoire du régime d'assurance automobile du Québec, écrit par Claude Belleau, professeur de droit à l'Université Laval. Ce livre fait d'ailleurs l'objet d'un compte rendu dans la Chronique de documentation du présent numéro. À l'occasion de ce lancement, Jacques Brassard, ministre des Transports, a rappelé que l'objectif fondamental de la *Loi sur l'assurance automobile* est d'offrir à la population l'accès à une compensation rapide et simple découlant de la perte économique réelle occasionnée par un accident d'automobile. Jean-Yves Gagnon, le président de la Société, retraça, dans ses grandes lignes, la naissance et l'évolution de la Société de l'assurance automobile du Québec au long de ses vingt années d'existence. Enfin, le professeur Belleau rappela que la Société fut créée en 1977 à la suite d'un large consensus dont la mise en oeuvre est venue corriger les lacunes qui existaient alors dans le domaine de l'assurance automobile au Québec. À cette époque, le coût des assurances ne cessait d'augmenter et de nombreuses victimes d'accidents de la route étaient laissées sans indemnisation.

□ **Le 5 juin - L'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile**

L'indemnisation des pertes de nature économique fut traitée par trois conférenciers. Cette séance tricéphale fut animée par France Thibault, juge à la Cour supérieure du Québec.

Daniel Gardner intitula sa conférence «Comparer l'incomparable: les indemnités pour préjudice corporel en droit commun et dans la *Loi sur l'assurance automobile*». Il exposa d'abord les avantages incontestables découlant de l'application d'un régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité (réduction des délais d'indemnisation, l'absence de frais judiciaires, etc.). Nonobstant ces avantages, le conférencier a pu démontrer que le régime québécois d'assurance automobile indemnise mieux les victimes gravement blessées que le système de droit commun, ce prétendu eldorado des victimes accidentées.

Harold Luntz traita du même thème dans la perspective australienne. Il décrivit brièvement le champ d'application de divers régimes australiens d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, puis il exposa les indemnités prévues par ces régimes. En guise de conclusion, il proposa que la plupart des indemnités pour pertes de nature économique soient coordonnées avec le système australien de la sécurité sociale.

Bruce Feldthusen rappela que l'Ontario a modifié plusieurs fois et de façon substantielle son régime d'assurance automobile sans égard à la responsabilité au cours de la dernière décennie. Sous l'effet de pressions notamment entre trois groupes intéressés, un heureux compromis semble avoir été trouvé en vertu de la loi dite *Automobile Insurance Rate Stability Law Act* : celle-ci permet aux avocats de poursuivre d'une façon accrue, quoique limitée, aux assureurs d'obtenir plus de certitude dans leurs prévisions, en raison de délais restreints et de certains plafonnements d'indemnités lorsque les blessures sont mineures et, enfin, aux assurés de voir leurs primes réduites.

À la suite d'une brève pause, la session suivante, animée par Lisette Savard, avocate à la SAAQ, fut consacrée aux pertes de nature non économique. Trois conférenciers ont également été invités à cet égard.

René Letarte, juge à la Cour supérieure du Québec, brossa un tableau des dispositions des deux grands régimes juridiques québécois pour en faire ressortir les différences fondamentales. En vertu de la *Loi sur l'assurance automobile*, les dommages non

pécuniaires sont établis à partir de grilles d'évaluation strictes beaucoup moins souples que les méthodes de calcul du quantum issues du droit civil.

Par la suite, Yvonne Lambert-Faivre, professeure de droit, Université Jean-Moulin, à Lyon, et auteure de «Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation», analysa les règles d'indemnisation des victimes de préjudices non économiques sous la loi Badinter du 5 juillet 1985, obéissant aux trois principes fondamentaux de la réparation intégrale, du principe indemnitaire et de l'évaluation in concreto. Dans sa conclusion finale, elle souligna que le régime juridique de l'indemnisation des victimes de préjudices non économiques répond à trois problèmes: l'indemnisation de la victime en état végétatif chronique, la dévolution successorale du droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux de la victime et le régime du recours subrogatoire des tiers payeurs.

Finalement, Roger Henderson, professeur de droit, University of Arizona, et co-rédacteur de la loi dite *Uniform Motor Vehicle Accident Reparations Act of 1992*, expliqua les facteurs qui ont historiquement influé sur le droit de l'assurance de responsabilité aux États-Unis et résuma les développements plus récents de compensation du préjudice moral, dont les indemnités ont pris une place de plus en plus importante en droit américain. Les tribunaux ont non seulement étendu les cas où de tels montants peuvent être réclamés, mais ils ont également élargi la définition des notions de «souffrances et douleurs». Finalement, il mit de l'avant des propositions de réforme envisageables en matière de responsabilité civile aux États-Unis, à l'aube du 21^e siècle.

En après-midi, André Bois, avocat, anima la session consacrée à l'indemnisation du préjudice matériel. Tour à tour, prirent la parole Claude Belleau, professeur de droit, Université Laval, et auteur de l'ouvrage «L'assurance automobile sans égard à la responsabilité», Hélène Lamontagne, première vice-présidente, Affaires corporatives, Groupe Desjardins, assurances générales, et Kevin McCulloch, avocat au sein de Manitoba Public Insurance. Les deux premiers conférenciers expliquèrent, chacun à leur façon, les principaux éléments du nouveau régime québécois d'indemnisation du préjudice matériel, dont la carte maîtresse est la convention d'indemnisation directe, en mentionnant d'abord les raisons qui ont conduit au régime d'indemnisation directe. Le rôle et l'évolution du Groupement des assureurs automobile furent également examinés. Le troisième conférencier expliqua, notamment, le mandat de l'organisme Manitoba Public Insurance, créé en 1971, et les composantes fondamentales du programme Autopac.

La dernière session, avant la clôture de la conférence par Daniel Gardner, porta sur l'avenir des régimes d'indemnisation sans égard à la responsabilité, grâce à deux conférenciers, Jeffrey O'Connell, professeur de droit, Virginia University, et auteur de la loi dite *Auto Choice Reform Act of 1997*, et Geneviève Viney, professeur de droit, Université Paris I, et auteure de trois ouvrages dans la collection «Traité de droit civil».

Le président ne manqua pas de rappeler la publication prochaine des textes du colloque dans un numéro spécial de la revue *Les Cahiers de droit*.

Le dîner de clôture fut offert dans le cadre magnifique du Manoir Montmorency.

Nous avons retenu, dans ce numéro spécial, trois des textes présentés à l'occasion de cette conférence, à savoir ceux de Mme la juge Thérèse Rousseau-Houle, de M. Jean-Louis Gauvin et de M. Craig Brown. Le lecteur observera, dans les conclusions de l'article de M. Gauvin, une interrogation très pointue à savoir si, dans l'environnement actuel, la gestion par une société à caractère monopolistique, jouissant des droits et privilèges d'un mandataire du gouvernement, est toujours la solution la plus appropriée. Nous terminons ce numéro spécial sur les régimes d'indemnisation et l'assurance automobile par une étude de M. Didier Richaudeau sur l'état du marché de l'assurance automobile en France.

* * *

■ TWENTY YEARS OF NO-FAULT AUTOMOBILE INSURANCE

Quebec city, the Quebec capital and city designated as the World Heritage Site by Unesco, has been the host of an international symposium on no-fault automobile insurance, on June 4th and 5th, 1998, jointly organized by the faculty of law of the Université Laval and Québec's automobile insurance corporation, the Société de l'assurance automobile du Québec, in conjunction with the 20th anniversary of Québec's public automobile insurance plan.

Without delay, we would like to express our gratitude to the president of the symposium committee, Mr. Daniel Gardner, for its kind cooperation in authorizing our Journal to cover the symposium

by permitting to its editor-in-chief to take part of it, to have the symposium texts, and to the echo speakers' subjects.

The official program, selecting knowledgeable domestic and international experts, was divided in two parts:

- The Pre-Symposium day, on June 3rd, 1998, activity which has taken place at the Société de l'assurance automobile du Québec headquarters;
- The Symposium days, on June 4th and 5th, 1998, activity which was held on the campus of Laval University, in Québec.

■ THE PRE-SYMPOSIUM

The Pre-symposium, under the theme *Twenty years of Québec's automobile insurance plan*, permitted to the symposium participants to exchange with the experts of the Société on the public automobile insurance plan that operates in Québec. In the morning, Jean-Yves Gagnon, Chairman of the Société, presented a report on 20 years of the public automobile insurance plan in Québec, and Linda Bellware, from SAAQ, Actuarial department, spoke about financial aspects.

After lunch, Claude Fleury, Support services for accident victims' compensation, discussed on principles and methods of operation of the public automobile insurance plan, then, Marc Giroux, from SAAQ, Policy and programs for accident victims, spoke on traumatology and rehabilitation, and finally, André Viel, from SAAQ, Studies and strategies in automobile insurance, explained to the participants the research studies in matters of compensation and road safety.

■ THE SYMPOSIUM

The first day was devoted to the operation of no-fault automobile insurance plans and the second day to the questions of the compensation of automobile accident victims.

□ **June 4 - Operation of various no-fault automobile insurance plans in the world**

Following Daniel Gardner's words of welcome, Thérèse Rousseau-Houle, judge from the Appeal Court of Québec, gave a

bright and sound retrospective titled *The Québec plan, twenty years after its inception*, which is published in its integrality in this issue. She began with the Québec Automobile Insurance Act genesis. Then, she explained Court interpretations of the Act, which served to reinforce its underlying principles while favouring victim compensation, thanks to a broad interpretation of the concept of accident. Finally, in the last part on the future of the Act, firstly the author discussed a very controversy issue: compensation for guilty drivers. She mentioned that if the Act would deny their rights to receive benefits, such a provision would involve two categories of victims; also proof was not established that such denial of compensation would be more efficient with regard to distortions created in the whole system. In that last part of her speech on the future of the Act, she discussed the SAAQ financial results. She recalled that the large surplus in the Société's stabilization reserves, transferred from time to time to the Government, are not legally owned by the insureds and that its financial strength, thanks to its sound financial management, was not a legal problem but subject to the political choice of the Government. About compensation, she pointed out the necessity to constantly reexamine the levels of indemnities, a safe-guard protecting the future of the regime and allowing an adequate technical ratio. Considering that the law evolution depends on the economic and social environment, she mentioned that the evaluation methods could be questioned on the ground of the market employment statistics and that the waiting periods for unemployed victims could be reajusted. She also discussed the question of the uniformity of premiums, saying that the issue could be questioned without changing the principles of the regime.

The morning session was animated by Robert Tétrault, professor of law, Université de Sherbrooke. In their presentation, Jeffrey Schnoor, Craig Brown, Neil Weatherston and Stephen Sugarman talked about some recent experiences of adopting no fault regimes, respectively in Manitoba and in Ontario, or failing to adopt such regimes, in British Columbia and in California.

In Manitoba, Jeffrey Schnoor related the historic events which led to the reform. That province became the second jurisdiction in North America, after Québec, to abolish the traditional tort system and to adopt a pure no-fault compensation plan for victims of automobile accidents. The plan was adopted in 1994 under *The Manitoba Public Insurance Corporation Act*. Then, he reviewed the scope of the plan, including consideration of a judgment of the Manitoba Court of Appeal on the subject, in the case *McMillan v. Rural Municipality of Thompson*. That case dealt with two individuals

who suffered serious injuries when their automobile plunged into an unmarked gap on a road after the bridge was washed out. It concerned the definition of «bodily injury caused by an automobile», forming the basis of an important challenge to the scope of Manitoba's no-fault plan. A restrictive interpretation of the words «caused by» would have for effect to enter in conflict with the objectives identified by the legislator. The Appeal Court rejected that interpretation, in the same manner than in the *Productions Pram* judgment, delivered in Québec in 1992. Finally, the speaker presented an overview of the plan's operation, including the compensation provided by it and the provisions for review and appeal of decisions.

In Ontario, Craig Brown mentioned that the province has had at least four successive and different regimes of no-fault automobile insurance within the past decade. He related the story of those changes including some of the historical background. This speech is published in the present issue.

In British Columbia, Neil Weatherston outlined a possible new future for an improved compensation regime, because the present system of compensation tends toward uncertainty, unpredictability and is susceptible to produce exaggerated claims. He described what reforms have been explored in British Columbia, particularly in 1997, such as enhancement to the accident benefits coverage, reducing the need for tort action, primarily limiting them to non-economic loss and lost opportunity; operational effort to resist exaggerated claims for compensation for non-economic loss when the injuries are minor and temporary.

In California, Stephen Sugarman computed the factors showing why this state nor any of the other states has adopted anything approaching a no-fault auto insurance scheme even close to Québec's regime. Emphasis was given to several factors for that failure in particular: State politics, public perceptions or negative attitudes towards government and the insurance industry, traditions, such as the ideological strength of individualism and ideological weakness of collective responsibility, and fears about safety, costs and slippery slope. Finally, the possibility that one or more U.S. states might in the future evolve towards the Québec solution remains possible for a few states.

At lunch, Jean-Louis Gauvin, the guest speaker, the person who initiated the reform by chairing the study committee on automobile insurance in Québec (1971-1974), retraced the endemic context before the reform: Québec roads were the dramatic scene of

2,000 deaths and 50,000 injured each year and the automobile insurance premiums were constantly increasing. Gauvin's Committee mandate was divided in two parts: a) road accidents and measures to take, in order to improve road safety and to reduce both accident frequency and severity; b) compensation scheme on physical injuries and material damages. About physical injuries, the report focused on compensation for all victims (universal plan) based on the economic loss concept; about material damages, the main changes were oriented in the direct indemnity, as covered by the insurer of the victim, without recourse toward the third party insurer. Then, the speaker described with acuteness the evolution of the regime up till now, and gave some recommendations in order to improve it: the lack of information about the nature of the actual regime for most part of the population and the SAAQ's possibility to offer not only one but several plans. Questioning the existing system, the speaker was asking if the monopolistic management by the Société de l'assurance automobile du Québec is always the adequate solution. Such a question is legitimate because a no-fault auto insurance scheme does not necessarily deal with a public administration. Mr. Gauvin's speech is published in extenso in this issue.

In the afternoon's first session, animated by Louis Perret, dean of faculty of law (civil law section), University of Ottawa, the audience had an overview of some other no-fault plans:

– France actual regime was qualified by speaker Hubert Groutel as a long way in the case law labyrinth, from the promulgation of the French Statute of July 5, 1985 (called Badinter Act), such an Act *born without having been created*, respecting an improvement in the situation of victims of road accidents but instituting, without realizing it, a no-fault indemnification system. Year after year, the regime was drilled by various case law interpretations by the Cour de Cassation, who realized from the outset that the new system was no longer one of liability, but that the same court then took ten years to discover exactly what the system had become. The speaker related with verve that indecisive period where this case law went from one system to the other.

– Swedish system of compensation, presented by Bill Dufwa, was adopted under the new *Motor Traffic Damages Act* passed in 1975. The Act is constructed in such a way that one can speak of no-fault insurance, meaning the obligatory traffic insurance carries strict liability for damages, whereas the driver's liability for negligence against a third party has been preserved. Driver's own negligence does not deprive him of the right to compensation, but in

exceptional cases of intentional or seriously negligent acts or drunk driving can cause the readjustment of the compensation.

– Compensation regime in New Zealand, described by John Michael Miller, is a comprehensive one because compensation for motor vehicle injuries is included as part of the overall no fault accident compensation scheme under the *Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act (1992)*, which act is covering all types of accident, in any circumstances (on the road, at home, in a hospital, at work or at play). A person injured in a motor vehicle accident is therefore compensated in the same way as these other accident victims. The speaker reviewed the covered damages, the coverage benefits and the sources of funding. The motor vehicle part of the no fault scheme presents few problems and is well accepted apart from the recurrent question of compensating drunken drivers for their injuries. He mentioned the considerable public dissatisfaction with the 1992 Act, which brought lawyers back into the compensation process and led to an increase in punitive or exemplary damages claims.

To close that first day's activities, a roundtable animated by Daniel Gardner, permitted to a group of several speakers to discuss on strengths and weaknesses of no-fault insurance systems, in the following Countries or Provinces: Saskatchewan, USA, New Zealand, Manitoba, Québec, Australia and Ontario.

A cocktail was served in Québec Chapel of the Petit Séminaire, in Old Québec, an unique site for the launch of the first book on the history of the Québec automobile insurance plan, written by Claude Belleau, professor of law, Université Laval. This work is analysed in the Book review of this issue. At that launch, Jacques Brassard, ministre des Transports, mentioned that the primary purpose of the *Automobile Insurance Act* is to compensate people fastly and easily for their loss of earning power as a result of an automobile accident. Then, President Jean-Yves Gagnon identified the general milestones in the development of the Société de l'assurance automobile du Québec since its creation twenty years ago. Finally, professor Belleau recalled that the Société was created in 1977 in response to a broad consensus regarding the lack of an inadequate automobile insurance system in Québec. At that time, the cost of insurance was steadily rising and many accident victims found themselves without compensation.

□ June 5 - Compensation of automobile accident victims

The morning session, animated by France Thibault, judge at the Québec Superior Court, was devoted to economic losses, and regrouped three speakers.

Daniel Gardner titled his conference: *To compare the incomparable: compensation to injured victims under the Quebec automobile insurance plan and under the general law*. Firstly, he illustrated the undeniable advantages arising from the no-fault indemnification plan (timely processing, absence of legal expenses, etc.). Then, despite these advantages, the speaker demonstrated how the Québec automobile insurance plan offers better compensation to seriously injured victims than does the provisions under the general law, this so called *eldorado* for victims of accident.

Harold Luntz spoke on the same theme in an Australian perspective. He described briefly the scope of the no-fault motor accident schemes which operate in Australia, then, he settled out and evaluated the benefits payable under these regimes. In his conclusion, he suggested that most benefits for loss of an economic nature should be integrated with the Australian social security system.

Bruce Feldthusen recalled that Ontario has substantially and many times changed its no-fault legislation in the past decade. With the *Automobile Insurance Rate Stability Act*, the Government appears to have found a very successful compromise especially between three interest groups: the lawyers have been allowed an increase, although limited, the right to sue in tort; the insurers have achieved more certainty, with strict time and monetary limits on benefits for non-catastrophic injuries; the insureds have seen their premiums reduced.

After a short break, the next session, animated by Lisette Savard, lawyer at the SAAQ, was devoted to non-economic losses. Three speakers were also invited.

René Letarte, judge at the Québec Superior Court, gave an overview of the two Québec eminent legal systems in order to contrast their fundamental differences. Under the *Automobile Insurance Act*, non-monetary losses are determined on the ground of a strict assessment grill far less flexible than the quantum calculation methods derived from the civil law.

Then, Yvonne Lambert-Faivre, professor of law, Université Jean-Moulin, Lyon, and author of «Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation», examined compensation for non-economic losses under the Badinter Act of July 5, 1985, which are

must ruled by three basic principles: a total remediation, the indemnification principle and in concreto appraisal. She concluded her speech by mentioning that the legal system of compensating non-economic losses addresses three problems: the indemnification of victims left in a chronically vegetative state, the successoral devolution of the right to compensation of extra-patrimonial injuries and the system of subrogatory recourse by the third-party payers.

Finally, Roger Henderson, professor of law, University of Arizona, and co-drafter of the *Uniform Motor Vehicle Accident Reparations Act of 1992*, related the historical influences on the tort-liability insurance system and summarized modern developments in the law of damages for non-economic losses in the United States, which awards have taken an increasing importance. Not only have courts constantly expanded the areas in which claimants are permitted to recover pain and suffering awards, but, at the same time, they have liberalized the definition of pain and suffering itself. He concluded by offering a possible scenario of how future efforts to reform the tort-liability system in the United States may occur as we move into the 21st century.

After lunch, André Bois, lawyer, chaired the session devoted to property damage compensation. Successively, three speakers addressed to the participants: Claude Belleau, professor of law, Université Laval, and author of the book «L'assurance automobile sans égard à la responsabilité», Hélène Lamontagne, First Vice-President, Corporate Affairs, Groupe Desjardins, General Insurance, and Kevin McCulloch, General Counsel, Manitoba Public Insurance. Each of the first two speakers explained the main elements of the new Québec regime compensating property damage, which the master card is the Direct Compensation Agreement, by first examining the reasons that led to the direct indemnification plan. The part played by the Groupement des assureurs automobiles and its evolution were also discussed. The last speaker presented among others the Manitoba Public Insurance mandate, which was established in 1971, and the basic Autopac program components.

Finally, the last session, before the closing speech by Daniel Gardner, turned on the future of no-fault automobile insurance. The speakers were Jeffrey O'Connell, professor of law, Virginia University, and drafter of the *Auto Choice Reform Act of 1997*, and Geneviève Viney, professor of law, Université Paris I, and author of three publications in the collection «Traité de droit civil».

The chairman of the symposium committee recalled to the participants the next publication of the proceedings in the journal *Les Cahiers de droit*.

Closing dinner was offered in the magnificent site of the Manoir Montmorency.

In this special issue, we reproduce three of the speeches given at that symposium, first Mrs. Justice Thérèse Rousseau-Houle's speech, then Mr. Jean-Louis Gauvin's speech and finally Mr. Craig Brown's speech. The reader will observe, in the conclusion of Mr. Gauvin's speech, a very accurate interrogation, in the present context, on the pertinence of maintaining the actual monopolistic SAAQ management, vested with the rights and powers of a Government agent. Finally we conclude this thematic edition on compensation regimes and automobile insurance by Mr. Didier Richaudeau's analysis on the French automobile insurance market.

LE RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE AUTOMOBILE, VINGT ANS APRÈS *

par Thérèse Rousseau-Houle

RÉSUMÉ

La *Loi sur l'assurance automobile* poursuit toujours, vingt ans plus tard, l'idéal promu lors de son adoption, soit «la personne avant toute chose». Le système d'indemnisation des victimes en matière de dommages corporels fondé sur les principes d'assurance et de responsabilité collective sans égard à la faute et axé sur une forme de liquidation définitive des recours satisfait toujours la très grande majorité des Québécois.

L'interprétation de la loi par les tribunaux a contribué à renforcer ses fondements tout en favorisant, par une interprétation large et libérale de la notion «d'accident causé par une automobile», l'indemnisation des victimes.

La remise en question des principes de base du régime de la responsabilité sans égard à la faute de quiconque en matière de dommages corporels causés par des accidents d'automobile semble vouée à l'échec tant sur le plan judiciaire que sur le plan législatif. La punition des conducteurs coupables d'un acte criminel par des sanctions pénales paraît être la voie à privilégier. Quant à la réparation intégrale du préjudice corporel, elle demeurera toujours soumise aux choix politiques, sociaux et économiques de la collectivité qui paie le coût du régime.

ABSTRACT

Twenty years after its adoption, the Québec Automobile Insurance Act continues the pursuit of its original objective of "considering the person before all else". The system for compensating bodily injuries based upon insurance and group no-fault liability principles and a means for the final liquidation of recourses remains satisfactory for a vast majority of Quebecers.

Court interpretations of the Act have only served to reinforce its underlying principles while favouring victim compensation, thanks to a broad and liberal interpretation of the concept of "an accident caused by an automobile".

The questioning of the basic principles underpinning the no-fault plan with regard to bodily injury caused by automobile accidents does not seem to draw much support either from the judiciary or in the Legislature. Punishment for drivers guilty of criminal acts through the imposition of punitive measures appears to be the preferred trend. As for the integral compensation of bodily injury, this issue remains subject to the political, social and economic choices of the community which in the end will pay the price that comes with the plan.

L'auteure :

Thérèse Rousseau-Houle est juge à la Cour d'appel du Québec.

* Cet article a aussi été publié dans les Cahiers de droit - (1998) C.de D.

«La personne avant toute chose». Cette expression a véritablement enclenché la réforme de l'assurance automobile en 1976. Elle a su convaincre les Québécois du bien-fondé de la *Loi sur l'assurance automobile*¹ qui est toujours considérée, après vingt ans, comme l'une des lois dont la société québécoise est très fière et dont elle est manifestement satisfaite.

Malgré quelques retouches apportées lors de la refonte de la loi en 1989², les principes fondamentaux de cette loi ont été maintenus jusqu'à aujourd'hui. Notre système d'indemnisation des victimes en matière de dommages corporels, fondé sur les principes d'assurance et de responsabilité collective sans égard à la faute et axé sur une forme de liquidation définitive des recours, fait l'envie de nombreux pays en raison de la protection généreuse et universelle qu'il accorde à toutes les victimes de la route, et ce, sans exception. La loi a, en effet, laissé au droit pénal le soin de sanctionner les fautes de comportement des usagers de la route.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)³, organisme chargé d'appliquer le régime d'indemnisation des victimes de la route quant aux dommages corporels et matériels, a étendu ses ramifications de façon à sensibiliser non seulement les propriétaires et conducteurs d'automobile, mais tous les usagers de la route, aux mesures de sécurité visant à protéger l'intégrité corporelle des personnes. Que l'on songe aux campagnes relatives au port de la ceinture de sécurité, au casque protecteur pour les cyclistes, aux sièges d'automobile pour enfants, aux activités de formation destinées aux jeunes conducteurs, aux programmes de brigades scolaires, aux opérations de lutte contre l'alcool au volant et aux importants budgets de recherche pour promouvoir des mesures de prévention des accidents et de réadaptation des accidentés.

Il est intéressant, après vingt ans, de faire un temps d'arrêt pour se demander si ce régime, présenté en 1978 comme un régime réellement efficace pour résoudre les innombrables procédures judiciaires, les difficultés de preuve résultant du refus de reconnaître l'existence de la présomption légale dans le cas des dommages causés par une automobile et, enfin, l'augmentation constante des primes d'assurance automobile, avec la conséquence que plusieurs automobilistes peu solvables n'étaient pas assurés et beaucoup de victimes non indemnisées, a vraiment atteint son but.

■ LA GENÈSE DE LA LOI

En 1971, le gouvernement du Québec créait le Comité d'étude sur l'assurance automobile (comité Gauvin, du nom de son président) et lui confiait le mandat de déterminer dans quelle mesure les pertes subies à l'occasion d'un accident d'automobile étaient justement réparées par le droit commun et équitablement réparties par le système d'assurance alors en vigueur. Le Comité devait faire des recommandations sur les mesures à prendre pour accorder une indemnisation appropriée aux victimes d'un accident de la route.

Les études du Comité ont été menées selon l'objectif qui lui avait été fixé, soit l'indemnisation la plus complète possible des victimes selon un système efficace et peu coûteux. Le Comité n'a pas, *a priori*, rejeté la notion de faute. Mais comme le concept de risque social déterminait le cadre général des études, c'est à l'intérieur de ce cadre que la notion de faute a été étudiée. Les conclusions du Comité⁴ quant à l'abandon de la faute comme base de l'indemnisation des victimes en fonction des dommages corporels traduisent, à la lumière de l'analyse historique du droit national et international en fait d'accident d'automobile, l'évolution irréversible du droit en ce domaine. Selon les membres du Comité, la faute ne devrait être retenue, comme accommodement temporaire, qu'en matière d'indemnisation des victimes pour les dommages matériels aux véhicules.

Dans une des premières lois relatives aux automobiles en 1907⁵, le législateur avait édicté une responsabilité absolue à la charge du propriétaire même dans le cas de pur accident. En 1912, la loi était modifiée⁶ pour réduire le fardeau du propriétaire et du conducteur en édictant une présomption simple de faute à l'encontre du propriétaire et du conducteur. Les tribunaux ont interprété restrictivement cette présomption de faute. Ils ne l'ont pas appliquée à la collision entre deux automobiles non plus qu'au passager bénévole, car ce dernier était considéré comme ayant accepté le risque inhérent à ce genre de transport⁷. Le bénéfice de la présomption de faute a été restreint en fait au piéton et au cycliste. L'article 53.2 a servi de base au régime de responsabilité applicable aux auteurs présumés de dommages causés par une automobile jusqu'en 1961.

La loi de 1961, *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile*⁸, avait un double but : diminuer le nombre d'accidents d'automobile par des mesures sévères et assurer à toute victime de la route une indemnisation minimale par la création d'un fonds d'indemnisation. Jusqu'à cette date, les dispositions relatives

à la responsabilité civile et aux dommages causés par une automobile étaient insérées dans les différentes versions du *Code de la sécurité routière*. À partir de 1961, la responsabilité automobile a fait l'objet d'une loi distincte. Dès la publication de cette loi, on s'est interrogé sur la nature du régime de responsabilité prévu par l'article 3 de cette loi qui établissait que, à moins de disculpation, «[l]e propriétaire d'une automobile est responsable de tout dommage causé par cette automobile ou son usage».

S'agissait-il d'une présomption illimitée de responsabilité⁹, d'une responsabilité à peu près absolue du conducteur et du propriétaire¹⁰, d'une responsabilité objective, automatique¹¹ ou encore d'une responsabilité basée sur la faute dans la garde juridique et matérielle de l'automobile¹²?

Bien que la formule de l'article 3 soit calquée sur celle de la loi de 1907, les tribunaux ont refusé d'y voir l'amorce d'une transformation de la présomption de faute en une présomption de responsabilité¹³. Malgré l'influence qu'auraient dû exercer les exemples de droit comparé, la jurisprudence n'a, en effet, tenté aucune évolution vers la conception objective de la responsabilité.

La loi de 1961 constituait néanmoins un progrès social. Elle obligeait pratiquement les propriétaires de véhicule à s'assurer pour une couverture minimale et s'attaquait aux injustices résultant des accidents causés par des non-assurés ou des fuyards en créant le Fonds d'indemnisation. Ce fonds géré par les assureurs privés était destiné à compenser les dommages de la victime innocente qui se trouvait créancière d'un jugement rendu contre un débiteur insolvable ou introuvable. À l'époque, le conducteur blessé dans un accident et trouvé coupable de conduite en état d'ébriété ne recevait aucune compensation s'il était entièrement responsable. S'il n'était pas responsable, il était indemnisé par son assureur même s'il était incarcéré par suite de sa condamnation criminelle.

Les faiblesses désastreuses et les difficultés de preuve du système continuaient de conduire à de nombreux dénis de justice. Beaucoup de victimes se voyaient refuser toute compensation soit par les tribunaux, soit par leurs assureurs qui interprétaient limitativement les conditions d'application des contrats d'assurance. Le coût des primes d'assurance automobile ne cessait de croître. Par ailleurs, de nouvelles conceptions de la responsabilité civile délictuelle de l'État gagnaient du terrain en Amérique et dans d'autres parties du monde¹⁴. C'est sur ce fond de scène que le projet de réforme de l'assurance automobile a été mis au premier plan de l'action gouvernementale en 1976.

S'inspirant de recommandations du rapport Gauvin, le gouvernement décida d'opter pour un régime d'indemnisation des victimes en fonction des dommages corporels sans égard à la responsabilité et de limiter l'étatisation de l'assurance automobile à la réparation des dommages corporels selon un régime de base suffisamment large pour garantir les pertes économiques subies par la majorité des victimes d'un accident. On laissa à l'entreprise privée le domaine de la réparation des dommages matériels de même que le soin de réparer, sur la base d'une assurance également sans égard à la responsabilité, les dommages supérieurs aux indemnités fixées par le régime public.

Depuis le 1^{er} mars 1978, la réparation des préjudices corporels causés par un accident d'automobile a été soustraite au droit commun de la responsabilité civile. Elle est devenue une indemnisation automatique et forfaitaire attribuée par la Société de l'assurance automobile du Québec, dénommée Régie jusqu'en 1990. Le financement de ce régime public provient dans une proportion d'environ 75 p. 100 des contributions perçues lors de l'immatriculation des véhicules. La contribution des titulaires de permis de conduire constitue environ 15 p. 100 des revenus et un prélèvement à même la taxe sur l'essence ainsi que les revenus d'intérêts représentent les 10 p. 100 qui restent.

Dans les matières qui demeurent soumises au droit de la responsabilité civile et adjugées par les tribunaux de droit commun, le fardeau de preuve est alourdi. L'article 108 de la loi entraîne la disparition complète de l'exonération par preuve de l'absence de faute et la référence à la seule force majeure indique bien que le législateur, de façon indubitable cette fois, substitue à la présomption de faute une présomption de responsabilité¹⁵. L'action est cependant dirigée contre l'assureur de celui qui a subi les dommages plutôt que contre le tiers responsable dans la mesure où la convention d'indemnisation directe visée par l'article 173 de la loi le détermine¹⁶. C'est le prix que doit payer l'assuré innocent pour garantir l'efficacité et l'économie du système privé d'assurance automobile. L'assuré non responsable est toutefois indemnisé en totalité par son assureur qui ne peut lui opposer la franchise stipulée dans le contrat.

Si une interprétation large et libérale des dispositions de la loi a su affirmer les grands avantages résultant de la collectivisation des risques en matière d'accidents d'automobile, beaucoup de Québécois ne sont pas encore libérés des contraintes que comporte ce régime quant à la réglementation plus stricte de l'indemnisation et à la sanction des actes illicites.

Un dangereux grignotement du principe de base de la loi a été apporté en 1989¹⁷ par l'article 83.30 qui oblige la Société à réduire d'un montant variant de 75 p. 100 à 10 p. 100 l'indemnité de remplacement du revenu versée à un conducteur incarcéré pour avoir conduit son véhicule en état d'ébriété. Le législateur a cédé aux pressions d'une opinion publique frustrée du fait que l'auteur d'un accident avait retiré pour ses propres blessures une indemnité de remplacement du revenu supérieure à la somme des indemnités payées aux parents des quatre adolescents tués dans l'accident, en raison de l'état d'ébriété de son auteur.

L'universalité du régime et la suffisance des indemnités versées font sporadiquement l'objet de débats publics. Récemment, des projets de modifications au *Code de la sécurité routière*¹⁸ et à la *Loi sur l'assurance automobile* ont actualisé les critiques des promoteurs d'une réforme capitale du régime. Avant d'examiner les voies futures envisageables, il est utile de jeter un bref regard sur les principales décisions de nos tribunaux, particulièrement celles de la Cour d'appel, au cours des vingt premières années du régime. On verra que, tout en maintenant intégralement les fondements du régime, les tribunaux ont interprété libéralement la *Loi sur l'assurance automobile* afin de favoriser le plus possible l'indemnisation.

■ L'INTERPRÉTATION DE LA LOI

La *Loi sur l'assurance automobile* a confié à la Société la compétence exclusive en première instance et en révision pour examiner, entendre et décider toute affaire relative à l'indemnisation des victimes en matière de dommages corporels¹⁹. C'est le tribunal administratif du Québec, section des affaires sociales, qui connaît les appels des décisions de la Société²⁰. Les tribunaux de droit commun n'agissent donc qu'en révision judiciaire des décisions rendues par l'organisme administratif ou lorsque la Société a dénié sa compétence.

Les questions soumises aux tribunaux judiciaires ont prioritairement porté sur la détermination de la notion d'accident visée par la loi et sur celle des victimes admissibles à l'indemnisation. La suffisance et la justification des indemnités ont rarement fait l'objet de révision judiciaire, vu les critères stricts établis par la Cour suprême lorsqu'il s'agit de réviser les décisions des organismes administratifs rendues dans leur champ de compétence et vu également les dispositions extrêmement précises et détaillées de la loi et

des règlements²¹ quant à l'ensemble des indemnités payées par la Société.

□ **Les accidents visés par la loi**

Le législateur a donné, à l'article 1 de la loi, une définition très large de l'accident :

1(3°)[...] tout dommage causé par une automobile, par son usage ou par son chargement, y compris le dommage causé par une remorque utilisée avec une automobile, mais à l'exception du dommage causé par l'acte autonome d'un animal faisant partie du chargement et du dommage causé à une personne ou à un bien en raison d'une action de cette personne reliée à l'entretien, la réparation, la modification ou l'amélioration d'une automobile.

Les limites à la portée de cet article sont tracées d'une triple façon, soit : 1) par la notion législative de ce qu'est un accident ; 2) par le lien de causalité ; et 3) par les restrictions spéciales. C'est en fait la recherche d'une relation causale suffisante qui a constitué le plus souvent l'enjeu du débat. La Commission des affaires sociales (CAS) et les tribunaux de droit commun ont réussi à s'écarter de la notion de causalité telle qu'elle est élaborée dans un système subjectif de responsabilité civile où la faute occupe une place centrale²². Déjà en 1985, dans l'arrêt *Périard c. Ville de Sept-Îles*²³, le juge Crête soulignait ainsi l'indépendance du nouveau régime de responsabilité objective et les dangers que comportait l'emploi du concept de causalité juridique pour déterminer le champ d'application de la loi :

Compte tenu des dispositions de la LAA, lorsqu'un accident de circulation se produit impliquant une ou plusieurs automobiles et causant un dommage corporel, il n'y a pas lieu de rechercher de lien de causalité de l'accident sous l'aspect juridique. Je le répète, la loi l'indique : sans égard à la responsabilité de quiconque et sans action devant une cour de justice. Le législateur ne parle pas pour rien dire. La *Loi sur l'assurance automobile* est une loi remédiatrice à laquelle il faut donner tout son effet et il n'y a pas lieu de faire des distinctions là où la loi ne distingue pas.

Dans cette affaire, la victime avait été écrasée entre un autobus et sa propre automobile après qu'un camion eut embouti par l'arrière les deux premiers véhicules. On tenta d'exclure l'application de la loi en plaidant que l'état glissant de la chaussée représentait la véritable cause de l'accident. On voit dans ces circonstances l'à-propos et les avantages de la position adoptée par le juge Crête.

Le juge Baudouin, dans *Les Productions Pram Inc. c. Lemay*²⁴, a confirmé l'engagement irréversible de la Cour d'appel dans la voie de l'interprétation large et libérale, dépouillée des réflexes traditionnels de recherche du lien de causalité du droit de la responsabilité entre la faute et le dommage. La Cour avait à décider si la collision entre un avion volant à basse altitude et une automobile roulant sur la voie publique constituait un accident d'automobile permettant l'application de la loi ou un accident d'avion régi par les règles du droit commun. Pour résoudre le problème, le juge Baudouin posa au départ trois règles fondamentales. La première est que le lien de causalité requis par la loi est un lien *sui generis* et qu'il est vain, pour le qualifier, de s'enfermer dans les constructions traditionnelles de la causalité appropriée, causalité immédiate ou équivalence des conditions. La deuxième est que l'on ne peut dissocier la détermination du type de causalité qui doit s'appliquer à l'espèce des buts poursuivis par la Loi qui est une loi «remédia-trice» et à caractère social. La troisième est qu'il est important de retourner au texte même. Celui-ci mentionne non seulement le dommage causé par une automobile (ce qui pourrait laisser supposer l'exigence d'un rôle actif de celle-ci) mais aussi par son chargement et par son usage²⁵.

Déjà la Cour d'appel avait décidé dans *Cie d'assurance Victoria du Canada c. Neveu*²⁶ que les victimes de dommages cérébraux subis à la suite d'une émanation de monoxyde de carbone provenant d'une automobile laissée en état de marche dans un garage devaient être indemnisées en application de la loi. Le juge Beaugard, pour la majorité, écrivait :

si aux termes de la *Loi sur l'assurance automobile* une voiture peut causer un dommage par l'entremise du gaz de son moteur et si, suivant les mêmes termes, une voiture peut causer un dommage même si elle est temporairement remise dans un garage, je ne vois pas comment on pourrait dire qu'en l'espèce le préjudice subi par l'intimée Neveu n'est pas régi par la *Loi sur l'assurance automobile*²⁷.

Il me paraît que la finalité de la Loi exigerait la même conclusion dans le cas de suicide par inhalation de monoxyde de carbone. En effet, la conduite de la victime et la normalité de l'usage d'une automobile ne constituent pas des paramètres d'application de la loi²⁸.

Les dommages subis en montant ou descendant d'une automobile, même non en mouvement, doivent également être assujettis à la loi sans qu'il y ait lieu de rechercher le rôle actif ou passif du véhicule et de distinguer entre la cause et l'occasion du dommage²⁹. La présence et l'action de l'automobile suffisent. Exiger un contact

physique entre le véhicule et la personne blessée reviendrait à distinguer là où la loi ne le fait pas³⁰.

L'application de la loi ne requiert pas non plus que le dommage corporel survienne au moment même de l'accident. C'est ainsi que le juge Gonthier, alors à la Cour supérieure, rejeta la requête en révision judiciaire d'une décision de la CAS ordonnant l'indemnisation de l'épouse de la victime blessée dans un accident d'automobile mais décédée à l'hôpital en s'étranglant dans une courroie de son gilet de contention³¹.

Dans la logique d'une loi à caractère social, les exceptions, pour leur part, ont été interprétées restrictivement. C'est ainsi que la Cour d'appel a jugé dans *Langlois c. Dagenais*³² que l'exception des dommages causés en raison des travaux d'entretien ou de réparation d'une automobile devait se limiter à des travaux de réparation qui sont la cause nécessaire, essentielle et déterminante du dommage. En l'espèce, la cause du dommage était le mouvement de l'auto qui était tombée de la rampe où elle avait été placée pour effectuer une réparation. Cette cause pouvait être isolée des travaux de réparation et d'entretien. En 1991³³, le législateur a cru nécessaire de préciser l'exclusion des travaux d'entretien et de réparation pour n'exclure que les dommages causés à une personne ou à un bien en raison d'une action de cette personne reliée à l'entretien, la réparation, la modification ou l'amélioration d'une automobile.

Les exceptions à l'article 10 de la loi ont de la même manière été interprétées restrictivement vu la définition large donnée par le législateur au terme «automobile³⁴». C'est ainsi que des autochenilles destinées à chasser la neige des trottoirs³⁵ et un rouleau vibreur compacteur³⁶ utilisé pour la réfection d'une route ont été considérés comme des véhicules adaptés au transport sur les chemins publics. Pour être exclus de la Loi, les tracteurs, remorques ou véhicules d'équipement ne doivent pas être en mouvement dans un chemin public et aucune automobile ne doit être impliquée dans l'accident. Dans l'affaire *Régie de l'assurance automobile c. Grondin*, la Cour d'appel a précisé la notion de chemin public en excluant un tronçon de route gravelé mais non encore ouvert à la circulation. Les motoneigistes qui y circulaient ne bénéficiaient donc pas de la protection de la loi³⁷.

De ce bref survol des décisions de la Cour d'appel, on peut conclure à une interprétation généralement libérale des dispositions touchant la notion d'accident. Il en va de même quant à l'interprétation de la notion de victime.

□ Les victimes admissibles à l'indemnisation

L'article 6 de la loi édicte que sont considérées comme victimes : «la personne qui subit un dommage corporel dans un accident ainsi que celle qui a droit à une indemnité de décès lorsque le décès résulte d'un accident». Dans l'hypothèse de la survie de la victime immédiate, elle seule a droit aux indemnités prévues par la loi, sauf le cas particulier mentionné à l'article 83.5 de la personne qui accompagne ou qui doit être présente auprès d'une victime dont l'état physique ou psychique ou encore l'âge le requièrent. Celle-ci a droit de recevoir une allocation de disponibilité et d'être remboursée des frais de déplacement et de séjour qu'elle engage. Les victimes par ricochet et les proches qui subissent un choc émotionnel ne peuvent espérer aucune autre forme d'indemnisation tant en vertu de la loi qu'en vertu du droit commun.

La loi édicte clairement à l'article 83.57 que les indemnités prévues dans le présent titre tiennent lieu de tous les droits et recours en raison d'un dommage corporel et nulle action à ce sujet n'est reçue devant un tribunal. Dans *Tordion c. Compagnie d'Assurance du Home canadien*³⁸, la juge Tourigny, exprimant l'opinion de la Cour d'appel, a déclaré que la loi ne comporte aucune ambiguïté et que le recours civil de l'épouse de la victime pour perte de *consortium* et de *servitium* était irrecevable.

La définition de «dommage corporel» a été étendue par le législateur au dommage psychique d'une victime, y compris le décès, qui lui est causé dans l'accident, ainsi que les dommages aux vêtements que porte la victime. Les dommages corporels comprennent, selon l'expression du juge Vallerand dans *Avis Canada c. Condoroussis*³⁹, les dommages causés à la personne économique directement reliés aux blessures subies dans l'accident. Devait donc être indemnisée par la Société pour les dommages réclamés une chanteuse blessée à la bouche et incapable de remplir ses engagements.

La définition large de l'expression «dommage corporel» paraît rendre vaine toute tentative de réclamer des dommages moraux et des dommages exemplaires en vertu de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* pour atteinte à l'intégrité corporelle ou au droit à la vie. La Cour suprême, dans *Béliveau-St-Jacques c. Fédération des employées et employés de services publics inc.*⁴⁰, a clairement déterminé que le recours à l'article 49 de la *Charte des droits et libertés de la personne* ne crée pas un régime d'indemnisation distinct du droit commun et que la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*⁴¹ qui contient des dispositions

analogues à celles de l'article 83.57 de la *Loi sur l'assurance automobile* empêchait toute poursuite contre l'employeur, coupable de harcèlement sexuel, fondée sur l'article 49 de la *Charte*.

Il est manifeste, selon la Cour suprême, que la violation d'un droit protégé par la Charte équivaut à une faute civile et que l'article 49 confère à la victime d'une atteinte illicite à un droit protégé le droit de réclamer des dommages-intérêts compensatoires et exemplaires pour réparer le préjudice moral ou matériel qui en résulte. Pour une même situation factuelle, la Charte ne saurait cependant autoriser une double compensation, ni fonder des dommages distincts de ceux qui auraient pu être obtenus en vertu du droit civil commun⁴². La Charte ne crée pas un régime parallèle d'indemnisation et n'ajoute rien au droit commun. Comme les recours offerts par l'article 49 de la Charte sont des recours déjà compensés par le régime particulier de la Loi, ils ne sauraient faire l'objet de recours devant les tribunaux de droit commun.

Jusqu'à maintenant, la barrière aux recours civils est restée étanche et les nombreuses tentatives pour la percer sont demeurées infructueuses. Un arrêt de la Cour d'appel rendu en 1994, *La Reine c. Sigouin*⁴³, est significatif à cet égard. L'intimé Sigouin s'était vu infliger, pour avoir causé la mort d'un père de famille alors que ses propres facultés étaient affaiblies par l'alcool, une peine d'emprisonnement de 90 jours à purger de façon discontinue les fins de semaine, une interdiction de conduire pendant deux ans et une ordonnance de probation comprenant l'obligation de verser une somme de 30 000 \$ au bénéfice des trois enfants de la victime. La Cour d'appel modifia la peine pour y substituer une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour et supprima le dédommagement qui, bien que louable, n'était pas approprié vu la *Loi sur l'assurance automobile*. Le versement d'une telle indemnité laisserait entrevoir la possibilité qu'il y ait dorénavant deux catégories de victimes : celles qui sont indemnisées uniquement en vertu du régime public d'assurance automobile et celles qui, parce qu'elles ont été victimes d'un accident de la route dans des circonstances donnant ouverture à une infraction criminelle, pourraient avoir droit en plus à une somme d'argent dont l'importance varierait selon la nature du dommage subi et la capacité de payer du chauffard impliqué.

Cette décision tout comme l'arrêt *Béliveau-St-Jacques* et la jurisprudence constante de la Cour d'appel appelée à déterminer, au cours des vingt dernières années, le champ d'application de la loi rendent improbable la remise en question des principes de base du régime de la responsabilité, sans égard à la faute de quiconque en

matière de dommages corporels causés par des accidents d'automobile. Aussi, c'est plutôt vers la voie législative que s'orientent ceux qui veulent apporter des modifications majeures au régime.

■ L'AVENIR DE LA LOI

La réforme du régime d'assurance automobile ne s'est pas faite sans bataille. Les enjeux sociaux et économiques étaient importants. Ils ne se limitaient pas au choix de la meilleure méthode d'indemnisation des victimes en matière de préjudices corporels et matériels, mais ils portaient également sur le rôle futur de la responsabilité délictuelle de l'État et les mesures visant à réduire les accidents de la route. Ces questions se retrouvent périodiquement au cœur de l'actualité. Elles ont particulièrement été alimentées, au cours des dernières années, par une tentative de recours collectif pour obliger la Société à remettre ses surplus financiers aux propriétaires d'automobile et aux titulaires de permis de conduire et surtout par la remise en cause des indemnités versées aux conducteurs fautifs et de l'impunité reconnue à ces derniers.

Sous-jacente à ces questions, demeure celle de la réparation intégrale du préjudice corporel. La règle de la réparation intégrale a incité les tribunaux à une très grande largesse non seulement dans l'évaluation des indemnités mais aussi dans la définition des dommages réparables⁴⁴. En matière d'atteinte à l'intégrité corporelle, de nouveaux types de dommages indépendants de ceux destinés à réparer l'incapacité physique ont été alloués : préjudice d'affection, *solatium doloris*, préjudice esthétique. Cette tendance et l'allègement des conditions de la responsabilité conjugués ont conduit à un alourdissement du contexte social global du système d'indemnisation et à un renchérissement de l'assurance qui risque de devenir excessif dans certains secteurs où les risques sont importants⁴⁵.

Une nouvelle orientation se dessine dans les pays industrialisés : l'indemnisation des victimes en fonction du préjudice corporel ne saurait dépasser un certain seuil au-delà duquel le système risque d'entraver trop gravement le dynamisme économique. À cet effet, la limitation des indemnisations pour perte non pécuniaire est déjà reconnue au Canada et aux États-Unis⁴⁶.

S'il semble acquis actuellement au Québec⁴⁷ que le principe de l'indemnisation des victimes quant au préjudice corporel sans égard à la responsabilité et celui de la compensation par une rente de la

perte économique subie par les victimes de la route survivront au vent de réforme, des adaptations et des corrections ne sont-elles pas néanmoins envisageables pour répondre aux critiques des propagandistes d'une réforme capitale?

■ L'INDEMNISATION DES CONDUCTEURS FAUTIFS

C'est l'indemnisation des conducteurs coupables d'un acte criminel et la négation du droit de recours des victimes contre eux qui suscitent le plus de controverse. On remet en cause, au nom d'une pseudo-économie du système, le principe même de la responsabilité sans égard à la faute de quiconque. On propose en effet :

1) que la S.A.A.Q. soit dotée d'un recours subrogatoire contre un automobiliste qui aurait causé des dommages corporels du fait d'un acte criminel au volant, jusqu'à concurrence des indemnités versées à la victime;

2) que le conducteur blessé en commettant un acte criminel au volant ne soit pas admissible aux diverses indemnités;

3) que l'on accorde à la victime d'un acte criminel commis avec une automobile les mêmes droits et recours que ceux reconnus aux autres victimes d'actes criminels⁴⁸.

Si on fait abstraction du désir de punir, les motifs seraient d'ordre économique : assurer une plus large indemnisation aux victimes et permettre à la Société de récupérer des sommes considérables. Les criminels de la route coûteraient à l'État plus de 200 millions de dollars par année pour leurs blessures alors que leurs facultés étaient affaiblies par l'alcool ou que leur conduite était négligemment dangereuse.

La réintroduction du droit de *subrogation* au profit de la Société contre les criminels responsables d'un accident de la route suppose que la victime indemnisée possède un droit de recours contre le tiers responsable. En réalité, il s'agit d'une façon indirecte de réintroduire la notion de faute dans le système des accidents d'automobile⁴⁹. Les seuls recours subrogatoires de la Société le sont actuellement contre les conducteurs non résidents qui, par définition, n'ont pu contribuer au régime d'assurance automobile par le paiement de leurs droits d'immatriculation du véhicule et du permis de conduire. Le système proposé n'amènerait-il pas la Société à

livrer concurrence aux victimes qui, déjà indemnisées par la Société, poursuivraient le responsable de l'accident pour le surplus? Cette subrogation ne serait pas automatique. La Société devrait établir, selon les règles de la responsabilité civile, que le contrevenant est entièrement responsable de l'accident. La victime en quête de sa pleine indemnisation s'engagerait elle-même dans un procès. Les économies espérées risqueraient de fondre comme neige au soleil.

La privation du droit à toute indemnité pour le conducteur blessé en commettant un acte criminel va à l'encontre du désir du législateur en 1978. Il a choisi un système complètement exempt de toute punition pour faute afin d'atténuer pour toutes les victimes les conséquences financières résultant d'un accident d'automobile. On invoque le précédent de l'article 20b) de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* qui refuse toute indemnité à la victime qui, par sa faute lourde, a contribué à ses blessures ou à sa mort. En matière d'assurance automobile, il faudra, comme le notent les professeurs Belleau et Gardner, appliquer le droit des assurances (2464 C.c.Q.). Pour trouver les criminels du volant indignes de l'immunité de la loi, la preuve devrait être faite non seulement d'une conduite fautive, voire d'une négligence grossière, mais aussi du caractère intentionnel de la faute. Il faudra à tout le moins prouver que le conducteur criminellement responsable a consommé l'alcool dans le but de faciliter la réalisation du risque⁵⁰. Or le conducteur en état d'ébriété cherche-t-il réellement à s'infliger des blessures corporelles afin de retirer une indemnité ?

Déjà depuis 1990, le conducteur condamné à une peine d'emprisonnement a perdu une partie de son indemnité de remplacement du revenu. On voudrait maintenant lui retirer tous les bénéfices de la loi et pénaliser les personnes à la charge du criminel de la route.

Il n'appert aucunement des études faites par la Société que le fait d'indemniser les conducteurs coupables ait contribué à augmenter les accidents. Au contraire, dans le *Rapport d'activités 1996* de la Société, on note qu'en 1996 le nombre de décès sur les routes, soit 877, vient au deuxième rang depuis la création de la Société en 1978. Il était de 1 765 en 1978 et de 966 en 1992. En 1997, le nombre de morts sur les routes s'est chiffré à 796. Le nombre de blessés graves et légers a accusé une légère hausse de 0,4 p. 100 due surtout aux accidents causés par des véhicules lourds. La Société s'est fixé comme objectif de réduire le nombre de décès à 750 d'ici l'an 2000. Elle est confiante que la réforme du *Code de la sécurité routière*, ainsi que les nouvelles campagnes de sensibilisation à l'importance de la sécurité routière, permettront d'atteindre cet

objectif. Ces statistiques dissipent les craintes de ceux qui prédisaient que l'adoption d'un régime de responsabilité sans égard à la faute allait déresponsabiliser les conducteurs et se traduire par une augmentation des cas de conduite dangereuse.

Jusqu'ici, le gouvernement a misé sur la hausse des pénalités plutôt que sur la privation des indemnités pour réduire la criminalité au volant. Un changement d'orientation dans la voie d'une privation totale ou même d'une privation partielle, certains suggérant que les indemnités ne dépassent pas les prestations de sécurité du revenu, exige plus que des sondages auprès de la population malheureusement souvent peu informée de l'ensemble des enjeux en cause⁵¹. Le débat ne peut se faire à coup d'arguments fondés sur les émotions et les sentiments mais plutôt sur les valeurs politiques et sociales de l'ensemble du régime.

Tout comme la privation du droit de recours, la réintroduction du droit de poursuivre les criminels de la route créerait, comme la Cour d'appel l'a justement fait remarquer dans *La Reine c. Sigouin*⁵², deux catégories de victimes et n'assurerait pas automatiquement à la victime d'un chauffard le succès de sa poursuite civile. Une règle de droit unanimement admise veut qu'une condamnation au criminel n'entraîne pas automatiquement une condamnation au civil. Il faudra démontrer la responsabilité civile du chauffard et pouvoir profiter de son éventuelle solvabilité. Les Québécois sont-ils prêts à abandonner cette protection qui les a libérés dans une bonne mesure de la psychose de l'accident d'automobile qui, comme une sorte de fatalité, pouvait les conduire à la ruine ?

La démonstration n'a pas encore été faite de l'efficacité des changements proposés en regard des distorsions qui pourraient être causées par leur application au régime dans son ensemble.

La solution ne doit-elle pas plutôt être recherchée dans une meilleure analyse des besoins des accidentés de la route et une évolution à la hausse des indemnités plutôt que dans un régime mixte dont il n'est pas prouvé qu'il garantit de meilleurs résultats ?

Le financement de la SAAQ et l'indemnisation des victimes

La Société a été chargée par le législateur : 1) de gérer pour le compte de l'État l'application de la *Loi sur l'assurance automobile* et du *Code de la sécurité routière* ; et 2) de pourvoir à l'indemnisation des victimes⁵³. À ces fins, elle peut percevoir les droits, les

frais et les contributions d'assurance relatives à l'immatriculation des véhicules et à la délivrance des permis. Ces droits, frais et contributions sont fixés par règlements adoptés par le gouvernement⁵⁴. À ces revenus s'ajoutent les revenus de placement. L'article 152 de la loi prévoit que les contributions d'assurance doivent toujours être suffisantes pour couvrir le paiement de toutes les indemnités découlant d'accidents, le coût de la promotion de la sécurité routière, les frais d'administration et les autres obligations prévues par la loi. Pour faire face aux indemnités à long terme qu'elle est appelée à verser, la Société doit constituer une réserve actuarielle suffisante. Elle ne conserve dans cette réserve actuarielle que les sommes nécessaires au paiement de toutes les indemnités présentes et futures. Le surplus est versé dans une réserve de stabilisation. Au cours des ans, des sommes considérables ont été accumulées dans cette réserve en raison de la diminution des pertes de vies sur les routes, de l'abrégement de la durée des incapacités et surtout des revenus de placement.

La Cour d'appel a reconnu, dans l'arrêt *Québec (Procureur général) c. Villeneuve*⁵⁵, que la Société ne peut pas déterminer que les surplus de la réserve de stabilisation appartiennent aux assurés ni déterminer la destination ultime de tels surplus. Les victimes n'ont pas de droit acquis à l'augmentation des bénéfices, et les automobilistes n'ont pas de droits acquis à la réduction des frais de permis et d'assurances. Les sommes versées à la Société deviennent des fonds requis pour l'application de la loi, mais les fonds accumulés, engendrés par ces sommes et qui ne sont plus requis aux fins spécifiques premières, voient leur sort dépendre de la branche exécutive de l'État. Les lois adoptées par l'Assemblée nationale de 1987 à 1993 ordonnant à la Société de transférer au Fonds consolidé du revenu une partie des surplus de la réserve de stabilisation, soit 2,2 milliards de dollars, ont été en conséquence jugées valides.

Actuellement, l'excellente situation financière de la Société grâce à sa gestion rigoureuse soulève non pas un problème juridique mais une question politique. À cet égard, tant la diminution du coût de l'assurance que la hausse des montants d'indemnisation sont envisagées par le gouvernement.

Bien que le montant de la prime d'assurance n'ait jamais dépassé 117 \$ par année, il a été réduit en 1997 au montant où il était en 1978, soit 85 \$. Il semble toutefois que cette diminution sera temporaire, le gouvernement cherchant des fonds additionnels pour l'amélioration du réseau routier⁵⁶.

Quant à l'enrichissement des diverses indemnités, la hausse des indemnités forfaitaires pour les dommages non pécuniaires qui accusent un retard sur les indemnités accordées par les tribunaux de droit commun est possiblement envisageable et, dans certains cas, souhaitable. La différence en ce qui concerne les prémisses et les techniques d'indemnisation des victimes pour les pertes pécuniaires rendent difficiles toutefois les comparaisons avec le droit commun qui impose aux juges, dans la majorité des cas, d'accorder les dommages sous forme de somme forfaitaire (1616 C.c.Q.). Le mérite du système québécois d'assurance automobile est de couvrir, par l'intermédiaire d'une rente non imposable, la totalité des pertes économiques pouvant être subies par 85 p. 100 des victimes d'un accident de la route⁵⁷. Les victimes dont les dommages corporels dépassent les limites établies par la loi ont des revenus d'emploi qui permettent de présumer qu'elles bénéficient d'une assurance collective ou individuelle également sans égard à la responsabilité couvrant les pertes excédentaires.

Outre la question des indemnités forfaitaires, celle de l'indemnisation des victimes quant aux pertes de revenus exige un examen perpétuel. Afin d'assurer que la loi évolue avec le contexte social et économique, on peut suggérer, entre autres choses, que les méthodes d'évaluation soient réexaminées pour tenir compte des statistiques sur le marché du travail et que les délais de carence pour les victimes sans emploi soient reconsidérés. Enfin, l'uniformité des primes pourrait être remise en question sans pour autant ébranler les fondements du système.

Le problème de l'indemnisation juste et raisonnable n'est pas le propre du régime de l'assurance automobile. La crise de l'assurance responsabilité que nous vivons actuellement reflète les excès de l'indemnisation des victimes en fonction du préjudice corporel par le système de responsabilité civile de droit commun ou, à l'inverse, l'absence de toute indemnisation devant l'impossibilité de déterminer une faute causale. Les régimes étatiques, tel le régime d'assurance automobile, apportent des solutions modestes sans doute, afin de préserver l'ordre social économique, mais réparatrices des plus grandes injustices.

■ CONCLUSION

Depuis vingt ans, nous sommes protégés par un régime d'assurance automobile qui fait l'objet de certaines critiques mais qui,

dans l'ensemble, a tenu promesse. Le bilan est en effet positif. Les longs délais d'indemnisation ne sont plus une préoccupation pour la majorité des victimes de la route. On a évacué également le coût et le caractère arbitraire des indemnisations fondées sur les aléas de la détermination de la faute et les règles plus ou moins suggestives des finalités des indemnisations⁵⁸.

Les victimes sont généralement satisfaites des décisions rendues en première analyse. Ainsi, en 1996, la Société a reçu 27 013 nouvelles demandes de victimes ayant subi un accident d'automobile. Seulement 3,4 p. 100 des décisions ont fait l'objet d'une demande de révision devant l'organisme administratif d'appel.

Une amélioration de l'indemnisation des victimes réduirait sans aucun doute les conséquences néfastes des accidents, mais elle ne les ferait pas disparaître. C'est pourquoi le régime de l'assurance automobile doit, à l'instar de celui des accidents du travail, déboucher sur l'organisation de la prévention des accidents de la route.

La Société est résolument engagée dans cette voie. Dans la continuité des actions entreprises depuis 1978, elle se dit confiante que le resserrement des conditions d'obtention du permis de conduire, l'adoption de mesures sévères pour contrer la conduite en état d'ébriété et des campagnes de sécurité routière combinées diminueront les risques d'accidents et permettront d'assurer une meilleure protection du public.

Le développement des recherches médicales dans le domaine de la réadaptation des victimes d'un accident de la route et la mise à la disposition des grands accidentés de la route des équipements nécessaires à la continuation d'une vie active sont également des objectifs qui assureront que le souci de la personne demeure toujours l'idéal à poursuivre.

□ Notes

1. *Loi sur l'assurance automobile*, L.R.Q., c. A-25.
2. *Loi modifiant la Loi sur la Régie de l'assurance automobile du Québec et autres dispositions législatives*, L.Q. 1990, c. 19.
3. *Loi sur la Société de l'assurance automobile*, L.R.Q., c. S-11.011.
4. *Rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile*, Québec, Gouvernement du Québec, 1974; Voir également : A. TUNC (dir.), *Pour une loi sur les accidents de la circulation*, Paris, Economica, 1981.
5. *Loi amendant la Loi concernant les véhicules moteurs*, 1907, 7 Ed. VII, c. 16; Voir: *Curley c. Latreille*, [1920] 60 R.C.S. 131, confirmant cette responsabilité objective sous la forme d'une présomption irréfragable de responsabilité. L'automobile à cette époque, selon une vieille décision de common law (*Walton Ca. c. Vanguard Motor Bus Co.*, (1908) 27 T.L.R. 13,

citée par A.M. LINDEN, *La responsabilité civile délictuelle*, 4^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 1988, p. 693), était une bête sauvage qui entraînait une responsabilité stricte. Il est intéressant de noter que cette loi de 1907 imposait une amende au conducteur d'une automobile qui effrayait les animaux ou qui roulait à plus de 9 kilomètres (6 milles) à l'heure dans les villes.

6. 1912, 14 Geo. V, c. 24. Ce texte est devenu l'article 53 (2) de la *Loi concernant les véhicules automobiles*, S.R.C. 1925, c. 35.

7. Voir: *Pérusse c. Stafford*, [1928] R.C.S. 416.

8. *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile*, S.R.Q. 1964, c. 232.

9. C.A. SHEPPARD, «La Loi de l'indemnisation des victimes d'accident d'automobile», (1962) 22 R. du B. 73.

10.P. BISAILLON, «La loi de l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles», (1962) 22 R. du B. 96.

11.M. POURCELET, «La responsabilité du propriétaire d'automobile au regard de la loi du 10 mai 1961», (1962) R. du B. 104.

12.C. ANTAKI, «Nature et fondement de la responsabilité automobile», (1966) 1 R.J.T. 339.

13.M. TANCELIN, *Des obligations, actes et responsabilités*, 6^e éd., Montréal, Wilson et Lafleur, 1997, n^o 732, p. 376.

14.Voir: C. BELLEAU, «Les observations d'experts étrangers : Québec», dans A. TUNC (dir.), *op. cit.*, note 4, p. 205 et suiv.; A. TUNC, «Le rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile», (1975) 16 C. de D. 9; C. BELLEAU, «L'expérience de l'assurance automobile sans égard à la responsabilité au Québec», (1988) 37 R. de D. U. N.-B. 152.

15.M. TANCELIN, *op. cit.*, note 12, n^o 732, p. 376.

16.Voir: *Canadian Indemnity Co. c. Valvoline Oil and Chemicals Ltd.*, [1990] R.R.A. 454 (C.A.).

17.*Supra*, note 2.

18.*Code de la sécurité routière*, L.R.Q., c. C-24.2.

19.*Loi sur l'assurance automobile*, précitée, note 1, art. 83.41-83.49.

20.*Loi sur la justice administrative*, L.Q. 1996, c. 54, art. 28; *Loi sur l'application de la justice administrative*, L.Q. 1997, c. 43, art. 39-57.

21.*Règlement sur certaines indemnités forfaitaires mentionnées à l'art. 44 de la Loi sur l'assurance automobile*, R.R.Q., 1981, c. A-25, r. 6; *Règlement sur les atteintes permanentes*, R.R.Q., 1981, c. A-25, r. 0.1; *Règlement sur le remboursement de certains frais*, R.R.Q., 1981, c. A-25, r. 9.2; *Règlement sur la détermination des revenus et des emplois et sur le versement de l'indemnité visée à l'article 83.30 de la Loi*, R.R.Q., 1981, c. A-25, r. 4.2.

22.Voir: D. GARDNER, «La Loi sur l'assurance automobile : loi d'interprétation libérale», (1992) 33 C. de D. 485-513; C. BELLEAU, «L'assurance automobile au Québec», *Dixième anniversaire de la Loi Badinter sur la protection des victimes d'accident de la circulation : bilan et perspectives, Responsabilité civile et assurance*, numéro hors série, avril 1996, pp. 49-55.

23.*Périard c. Ville de Sept-Îles*, C.A. Québec, n^o 200-09-000011-830, 19 mars 1985.

24.*Les Productions Pram Inc. c. Lemay*, [1992] R.J.Q. 1738 (C.A.).

25.*Id.*, 1741 et 1742.

26.*Cie d'assurance Victoria du Canada c. Neveu*, [1989] R.R.A. 226 (C.A.). En vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobile*, la Cour d'appel avait également reconnu dans *Commission des accidents du travail c. Girard*, [1988] R.R.A. 662 (C.A.), que le décès de la victime asphyxiée dans une automobile laissée en marche dans un banc de neige était un accident causé par une automobile ou par son usage.

27.*Id.*, 229.

28.Voir *contra* : *Doucet c. R.A.A.Q.*, [1986] C.A.S. 223 (C.S.).

29. Voir : *Harris c. Cité de Verdun*, [1979] C.S. 690 (chute dans un trou de la chaussée lors de la descente d'un autobus) et la jurisprudence de la CAS citée par D. GARDNER, *loc. cit.*, note 22, 489-490.

30. *Id.*, 490. Voir: *Richard c. Hydro-Québec*, J.E. 82-531 (C.S.); *Rathé c. Béland*, [1987] R.R.A. 429 (C.S.).

31. *Régie de l'assurance automobile c. C.A.S.*, [1988] R.J.Q. 1020 (C.S.).

32. *Langlois c. Dagenais*, [1992] R.R.A. 489 (C.A.).

33. *Loi modifiant la Loi sur l'assurance automobile et d'autres dispositions législatives*, L.Q. 1991, c. 58.

34. Voir: J.-L. BAUDOIN, *La responsabilité civile délictuelle*, 3^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1990, n^o 753 et suiv., p. 377 et suiv.

35. *Groupement des assureurs automobiles c. Ville de Montréal*, C.A. Montréal, n^o 500-09-001064-815, 22 juin 1984.

36. *Belley c. Tessier-Villeneuve*, [1990] R.R.A. 959 (C.A.).

37. *Régie de l'assurance automobile c. Grondin*, [1991] R.R.A. 940 (C.A.). On notera cependant que la notion de chemin public a perdu toute importance en ce qui concerne les motoneiges, depuis l'entrée en vigueur de l'article 10 (3) de la *Loi sur l'assurance automobile*, L.Q. 1989, c. 15, art. 1.

38. *Tordion c. Compagnie d'Assurance du Home canadien*, [1989] R.J.Q. 41 (C.A.).

39. *Avis Canada c. Condoroussis*, [1996] R.R.A. 946 (C.A.).

40. *Béliveau-St-Jacques c. Fédération des employées et employés de services publics inc.*, [1996] 2 R.C.S. 345.

41. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001, art. 438 et 442.

42. Voir également: *Augustus c. Gosset*, [1996] 3 R.C.S. 268; *Aubry c. Éditions Vice-Versa Inc.*, Cour suprême, 9 avril 1998, n^o 25579.

43. *La Reine c. Sigouin*, [1994] R.J.Q. 1249 (C.A.).

44. Voir entre autres : *Augustus c. Gosset*, précité, note 42; *Hill c. Église de scientologie de Toronto*, [1995] 2 R.C.S. 1130; *Lindal c. Lindal*, [1981] 2 R.C.S. 629; *Thornton c. Board of School Trustees of School District No. 57 (Prince George)*, [1978] 2 R.C.S. 267; *Arnold c. Teno*, [1978] 2 R.C.S. 287; *Andrews c. Grand & Toy Alberta Ltd.*, [1978] 2 R.C.S. 229; *Prat c. Poulin*, [1997] R.J.Q. 2669 (C.A.).

45. G. VINEY, *Traité de droit civil, La responsabilité : conditions*, Paris, L.G.D.J., 1982, n^o 65, p. 87.

46. Voir: D. GARDNER, *L'évaluation du préjudice corporel*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1994, n^o 242, p. 176 et suiv.; J.V. O'DONNELL, «Le déséquilibre entre les prestations de droit commun et celles des régimes étatiques», (1987) 18 R.G.D. 127-135.

47. Voir les propos du ministre des Transports Jacques Brassard, rapportés dans *Le Devoir*, le 9 septembre 1997 et *Le Soleil*, le 9 avril 1997. Le ministre confirme sa volonté de bonifier les indemnités et de réduire les contributions d'assurance automobile, mais il n'est pas question de remettre en cause les fondements de la loi. La stratégie du gouvernement pour réduire la criminalité au volant est d'augmenter les pénalités pour les conducteurs fautifs.

48. *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, L.R.Q., c. 1-6.

49. C. BELLEAU et D. GARDNER, «Ne touchez pas à la Loi sur l'assurance automobile», *Mémoire présenté à la Commission de l'aménagement et des équipements de l'Assemblée nationale*, Québec, 17 septembre 1996.

50. *Id.*, p. 5.

51. Voir: *Toronto Star*, 19, 20 et 21 mai 1995, études sur le régime ontarien. On y lit que l'automobiliste ontarien paie des primes de 40 à 150 p. 100 supérieures pour une protection moins étendue.

52. *Supra*, note 43.

53. *Loi sur la Société de l'assurance automobile*, précitée, note 3, art. 4.

54. *Id.*, art. 22 et 197.

55. *Québec (Procureur général) c. Villeneuve*, [1996] R.J.Q. 2199 (C.A.), appel à la Cour suprême refusé le 6 mars 1997.

56. Depuis le 1^{er} mai 1998, la facture des frais d'immatriculation d'un véhicule de promenade est de 104 \$ pour le droit d'immatriculation, 117 \$ pour la contribution d'assurance, 30 \$ pour la contribution spéciale au transport et 4 \$ pour les frais d'administration (cf. *Le Soleil*, le 9 avril 1998).

57. C. BELLEAU et D. GARDNER, *op. cit.*, note 49, p. 12.

58. Voir: D. GARDNER, *loc. cit.*, note 22, 487.

LA RÉFORME DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE AU QUÉBEC : 20 ANS APRÈS

par Jean-Louis Gauvin

RÉSUMÉ

L'auteur décrit le mandat du Comité d'étude sur l'assurance automobile, lequel comportait un volet sur les accidents de la route et les mesures à prendre pour améliorer la sécurité routière et réduire la fréquence et la gravité des accidents, ainsi qu'un autre volet sur le régime d'indemnisation des dommages corporels et matériels. Sur le plan des dommages corporels, le rapport visait l'indemnisation de toutes les victimes selon le concept de la perte économique; sur le plan des dommages matériels, le changement majeur résidait dans l'indemnisation directe par l'assureur des dommages assurés, sans recours contre l'assureur des autres parties impliquées dans l'accident.

Il observe ensuite avec acuité l'évolution du régime jusqu'à aujourd'hui, et il ne manque pas de faire certaines observations propres à améliorer le système actuel. Il souligne notamment le manque d'information sur la nature du régime pour une large partie de la population et la possibilité que la SAAQ songe à offrir non pas un seul régime mais plusieurs systèmes. Si l'on remet en question le régime, l'auteur se demande si, dans l'environnement actuel, la gestion par une société d'État à caractère monopolistique est toujours la solution la plus appropriée. La question est légitime car un régime sans égard à la responsabilité n'implique pas nécessairement une gestion étatique.

ABSTRACT

The author explains the Comité d'étude sur l'assurance automobile mandate which was divided in two parts: a) road accidents and measures to take, in order to improve road safety and to reduce both accident frequency and severity; b) compensation scheme on physical injuries and material damages. About physical injuries, the report focused on compensation for all victims (universal plan) based on the economic loss concept; about material damages, the main changes were oriented in the direct indemnity, as covered by the insurer of the victim, without recourse toward the third party insurer.

Then, he observes with acuteness the evolution of the regime up to now, and gives some recommendations in order to improve it: the lack of information about the nature of the actual regime for most part of the population and the SAAQ's possibility to offer not only an unique but several plans. Questioning the existing system, the author is asking if the monopolistic management by the Société de l'assurance automobile du Québec is always the adequate solution. Such a question is legitimate because a no-fault auto insurance scheme does not necessarily deal with a public administration.

L'auteur :

Jean-Louis Gauvin est actuaire, ex-président du Comité d'étude sur l'assurance automobile (1971-1974).

* Cet article a aussi été publié dans les Cahiers de droit - (1998) C.de D.

En juin 1974, le rapport du Comité d'étude sur l'assurance automobile était rendu public par le Gouvernement du Québec. La création du Comité d'étude faisait suite à une période où le nombre de victimes sur les routes au Québec atteignait 2 000 décès et près de 50 000 blessés par année. Ce n'est pas tant la pression de cette hécatombe qui embêtait les politiciens d'alors mais plutôt les hausses des primes d'assurance automobile qui s'avéraient inacceptables pour les 2 200 000 Québécois, alors propriétaires d'un véhicule automobile. Il faut bien comprendre que ces derniers représentent un nombre important d'électeurs se plaignant des hausses de primes, justifiées ou non. Il y a là de quoi faire bouger les politiciens, surtout lorsqu'une élection est à l'horizon. On peut éviter de parler du problème lorsqu'il y a un Comité qui étudie le problème...

Le mandat du Comité comportait un volet sur les accidents de la route et les moyens à utiliser pour réduire ce carnage et un second volet, non moins important, sur le régime d'indemnisation des victimes des dommages corporels ou matériels. Il était certes présomptueux de s'attaquer à la fois au phénomène des accidents de la route et du régime d'indemnisation, mais l'approche était, il faut le dire, judicieuse puisqu'elle n'accordait pas à certains groupes la facilité de souligner que ce sont les accidents qu'il faut éliminer et non le régime d'indemnisation qu'on doit corriger. S'il n'y a pas d'accident, il n'y a pas de problème en soi mais ce n'est malheureusement pas aussi simple que cela.

Le rapport comportait donc une série de recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer la sécurité routière et réduire la fréquence et la gravité des accidents. Il faut admettre que la majeure partie des travaux du Comité avait porté sur le régime de la responsabilité, sur ses lacunes dans le contexte d'une indemnisation des victimes et dans l'administration du régime d'assurance automobile où certaines lacunes, et non les moindres, étaient également à corriger.

Le Comité a donc, en 1974, proposé un nouveau régime d'indemnisation des victimes au sujet des dommages aux personnes, aux automobiles et aux biens lors d'accidents de la route.

Les objectifs visés par les recommandations découlaient du mandat confié par le gouvernement au Comité dont le texte était, et je cite : «les victimes d'accidents d'automobile doivent être adéquatement indemnisées et les pertes doivent être équitablement réparties entre les personnes concernées». C'est à partir des constatations sur les lacunes du régime de responsabilité que le Comité a

recommandé un régime qui, en matière de blessures corporelles, visait :

- l'indemnisation de toutes les victimes selon le concept de la perte économique;
- le paiement rapide des indemnités;
- le non-dédoulement des indemnités; et
- la révision périodique de ces dernières.

Au niveau des dommages matériels, le changement majeur consistait en l'indemnisation directe de la victime par l'assureur en fonction des dommages assurés, sans recours contre l'assureur d'autres parties impliquées dans l'accident.

En ce qui concerne la gestion du régime, le rapport recommandait des modifications profondes à la gestion des assureurs privés, au rôle des intermédiaires de marché et, à défaut de réaliser les économies envisageables, que l'administration soit confiée à un monopole d'État.

Il revenait alors aux autorités gouvernementales d'agir, ce que ne fit pas le gouvernement du temps. Il se contenta de créer un autre groupe de travail, remettant le tout aux calendes grecques devant l'opposition des milieux directement intéressés, avec une absence du public dans le débat. Le parti de l'opposition inséra dans son programme la réforme de l'assurance auto selon les grandes lignes du rapport et, en prenant le pouvoir en 1976, il a mis en place les mécanismes amenant la réforme qui est entrée en vigueur début 1978. Il faut reconnaître qu'il a fallu une dose de courage pour mettre en place la réforme de 1978 et que ce qui a été fait était à l'avantage du public.

Tout en admettant que la perfection n'est pas l'apanage de l'humain, que peut-on dire de la situation aujourd'hui? Elle est nettement meilleure à tout point de vue et voyons rapidement ce qui en est.

■ LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Tout d'abord, avant de parler du régime d'indemnisation, l'évolution au Québec au niveau de la fréquence et de la gravité des accidents de la route peut se résumer comme suit :

– alors qu’au début des années 70 on comptait 2 000 décès, on en dénombre moins de 800 maintenant; ceci pendant que le nombre de véhicules en circulation a pratiquement doublé;

– le nombre de véhicules accidentés, tel que rapporté par les statistiques de la Société de l’assurance automobile du Québec (SAAQ), est demeuré environ au même niveau, alors que le parc de véhicules en circulation est presque le double de ce qu’il était au début des années 70.

Cette amélioration de la fréquence et gravité des accidents de la route est également présente dans d’autres juridictions et est le résultat, sans le moindre doute, d’actions à divers niveaux, dont entre autres :

- le port obligatoire de la ceinture de sécurité;
- la présence de systèmes de sécurité passive à l’intérieur des véhicules, tel le sac gonflable;
- une surveillance accrue des autorités policières et les tests du taux d’alcool, etc.

Les efforts de la SAAQ quant aux campagnes de sécurité routière doivent être signalés comme très positifs dans ce dossier. Nous laisserons à d’autres plus qualifiés que le soussigné le soin de tenter d’expliquer et d’attribuer le crédit de ce changement profond dans un dossier où le Québec se distinguait avec un dossier plus alarmant qu’ailleurs il y a 25-30 ans. Tel n’est pas le cas aujourd’hui et sans doute un changement d’attitude de la population a permis l’introduction de mesures plus sévères vis-à-vis certaines façons d’utiliser les véhicules, car, sans un sentiment répandu dans la population qu’il faut faire des changements, les politiciens agissent rarement. Il reste encore beaucoup à accomplir dans le domaine de la sécurité routière malgré l’énorme chemin parcouru, ne nous leurrions pas à cet égard.

■ LES BLESSURES CORPORELLES

En ce qui a trait aux blessures corporelles, l’abandon du système de responsabilité a permis à la population du Québec de bénéficier d’un véritable régime d’indemnisation des victimes. Certes, il serait inexact de prétendre que tout est parfait et qu’il n’y a rien à redire sur les modalités du régime et de son évolution depuis son introduction en 1978.

La principale critique concerne, à mon avis, la fréquence de révision des indemnités où, en pratique, durant les vingt dernières années, il y a eu une modification après dix ans et tout dernièrement, dans le dépôt d'un projet de loi, le Gouvernement du Québec a indiqué son intention de modifier à la hausse les indemnités forfaitaires pour préjudices, de même que celles en cas de décès. Il s'agit d'une performance qui laisse à désirer et il faudrait espérer une révision du niveau des indemnités à des périodes plus fréquentes que tous les dix ans ! Alors que la jurisprudence évolue dans un certain sens, il faudrait que les prestations du régime suivent les tendances pour répondre aux attentes de la population et être équitables.

Depuis les vingt dernières années, la réforme du Québec vers un régime sans égard à la responsabilité a été en quelque sorte suivie par trois provinces canadiennes qui ont modifié leur régime d'assurance automobile, soit la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario, quoique dans ce dernier cas on peut dire que la démarche, dans son ensemble, a été plutôt erratique et ne devrait pas être citée en exemple.

Pour revenir à la situation au Québec, il faut signaler principalement comme fort positif l'engagement important de la SAAQ dans le traitement des traumatismes et dont les expériences sont fréquemment citées comme étant à l'avant-garde de ce qui se fait dans plusieurs endroits non seulement à travers le continent nord-américain mais aux quatre coins du monde.

Deux commentaires m'apparaissent appropriés sur le régime des blessures corporelles avant de traiter des dommages matériels :

– La perception de certains selon laquelle les personnes responsables devraient être poursuivies se base sur une fausse prémisse. C'est l'ensemble des assurés qui paie le coût des indemnités et non pas les soi-disant «responsables». Dans l'ancien système, la responsabilité financière de l'individu «coupable» était prise en charge par tous les assurés et non pas uniquement par le groupe de «présumés coupables». La punition, s'il y a lieu, des coupables n'est pas du ressort d'un régime d'assurance.

– L'absence, dans les faits, d'une couverture additionnelle pour ceux qui désirent des indemnités plus élevées est à regretter. On peut prétendre que c'est au secteur privé d'agir dans ce domaine, le régime public étant «uniforme» pour tous. Dans les faits, il ne l'est pas puisque les primes ne tiennent pas compte du revenu du bénéficiaire potentiel et qu'il s'agit d'un élément de risque loin d'être négligeable.

Du côté des assureurs privés, l'offre d'une assurance complémentaire existe, mais sa diffusion est très limitée et plusieurs essais n'ont pas donné les résultats escomptés. On pourra prétendre qu'il y a là la preuve d'un manque d'intérêt du consommateur. Toutefois, la problématique est complexe et peut s'expliquer par les éléments suivants:

- même après vingt ans d'existence, il y a un manque d'information sur la nature du régime pour une partie de la population;

- la prime d'une couverture supplémentaire est faible puisque, en pratique, elle vise les prestations autres que pour perte de revenu et la rémunération aux intermédiaires de marché ne peut être élevée; d'où le peu d'intérêt à vendre ce produit;

- les assureurs de dommages s'étant, en pratique, retirés involontairement du domaine des lésions aux personnes, il y a un manque d'expertise dans le secteur, du moins en ce qui concerne son fonctionnement au Québec.

En somme, il faut espérer que la SAAQ songe à offrir non pas un seul régime mais plusieurs options afin de mieux satisfaire sa clientèle. Un monopole doit après tout chercher à satisfaire sa clientèle. Prétendre qu'il s'agit d'un régime uniforme du type sécurité sociale ne peut être un argument contre des options si on tient compte du niveau de la couverture en cas de perte économique, prévue par le régime en vigueur.

■ LES DOMMAGES MATÉRIELS

Même si l'intérêt du présent colloque porte surtout sur l'indemnisation des victimes de blessures corporelles, la réforme de 1978 a cependant touché le secteur des dommages aux véhicules et aux biens qui est demeuré l'apanage des assureurs privés. L'introduction de l'indemnisation directe et l'abandon de la subrogation contre les tiers dans les dommages matériels ont eu des impacts considérables sur les consommateurs et le milieu, car :

- le fait de transiger uniquement avec son propre assureur garantit une qualité de service plus élevée que lorsqu'un assureur traite avec le client d'un autre;

- ceci permet de mieux contrôler le coût des réparations et ainsi de pouvoir utiliser le levier des achats de masse pour réduire les coûts;

– une réduction des frais de gestion des assureurs en résulte puisque moins de dossiers sont ouverts.

L'adoption de cette mesure n'était pas une première puisque l'approche existait ailleurs. Au Canada, il s'agissait d'une première, sauf que l'on peut considérer que les régimes étatiques d'assurance automobile (en Saskatchewan, au Manitoba et en Colombie-Britannique) font de l'indemnisation directe pour les dommages matériels. Il est ironique de penser que dans ces trois juridictions, toutefois, on avait jusqu'à tout récemment conservé le système de la responsabilité pour les blessures corporelles, alors que tel n'était pas le cas en pratique pour les dommages au véhicule. Mieux traiter la tôle que l'humain représente un beau débat de société mais que peut-on dire? Deux provinces, soit la Saskatchewan et le Manitoba, ont cependant modifié leur approche, adoptant, en pratique, des modalités similaires à celles du Québec pour les blessures corporelles.

Dans le cas des dommages matériels, la réforme de 1978 a été bénéfique pour les assurés qui n'ont eu à transiger qu'avec leur propre assureur sans que ce dernier puisse recouvrir les dommages du tiers responsable ou de son assureur. Ce changement a modifié les règles par rapport à la situation dans les provinces voisines et il peut être un des éléments qui explique que la part du marché des assureurs ayant leur gestion ou direction au Québec s'est accrue à près de 60 p. 100 durant cette période. Le système québécois de libre concurrence vise tous les critères de tarification et a favorisé l'éclosion d'une recherche du prix le plus exact, dans une segmentation de plus en plus raffinée des assurés. Pendant ce temps et plus particulièrement durant les dix dernières années, les assureurs situés et opérant à l'ouest de la rivière Outaouais étaient pris dans un carcan d'approbation des tarifs où, en pratique, presque rien ne bougeait entre les concurrents. Alors que les assureurs de l'Ontario se préoccupaient de satisfaire les demandes des bureaucrates, ceux du Québec visaient à réduire les coûts de gestion et à augmenter leur part du marché par une segmentation du coût la plus réaliste possible. La preuve est faite, quant au soussigné, sur l'approche la plus avantageuse pour la population.

Le système de libre concurrence que la réforme a mis en place au Québec a été, en somme, favorable pour le consommateur et pour le développement des assureurs ayant leurs activités au Québec. Ceux qui au Québec tentent de favoriser l'harmonisation des systèmes dans tout le Canada devraient considérer les résultats de l'assurance automobile au Québec sur les assureurs ayant leur base au Québec avant de trop uniformiser.

■ CONCLUSION

After 20 years, there are still some who advocate for a return to the tort insurance system, at least in some specific cases, on the ground that the tortfeasor must be punished or must pay for his action. If the objectives of the system are primary to insure that innocent victims get adequate compensation, then liability insurance must be compulsory. This has the effect of transferring the cost of those identified as tortfeasor to the collectivity as a whole since, in practice, there is no relationship between insurance premiums and being at tort.

*No system is perfect and some are better than others and while I am biased, the existing system in Quebec is vastly preferable to the scheme it replaced 20 years ago. The then existing system is well described in Nicholas Evans' novel, entitled *The Horse Whisperer*, from which a major motion picture is just being released, and I quote :*

Only a sensible person would be fool enough to think the case might boil down to whether the girls were negligent in riding on the road that morning and whether the truck driver was negligent in hitting them. Instead of course, everybody was suing everybody : the girls' health insurance company, the truck driver, his insurance company, the haulage company in Atlanta, their insurance company, the manufacturers of the truck, the manufacturers of the truck's tires, the county, the mill, the railroad. No one had yet filed suit against God for letting it snow, but it was still early days. It was pure plaintiff-attorney paradise.

God can rest in peace, He will not be sued, since the attorney will not be able to collect his fees, except in a virtual sense.

En terminant, il faut souligner que la réforme des blessures corporelles de 1978 établissait, comme l'indique le programme de votre colloque, un régime d'assurance sans égard à la responsabilité. Cette réforme, par un choix de Société, accordait la gestion du régime à un monopole d'État et il m'apparaît important que l'on distingue clairement les deux facettes de cette réforme, soit les modalités du régime et son administration.

Le régime d'indemnisation en vigueur n'est pas parfait mais il rejoint les attentes et les intérêts des parties visées et il peut être amélioré. Si l'on remet en question le régime, il faudrait également, à l'aube du prochain millénaire, se poser la question à savoir si dans l'environnement actuel la gestion par une société d'État à caractère

monopolistique est toujours la solution la plus appropriée. Des monopoles qui ont dû faire face à la concurrence dans le domaine des communications, par exemple, sont la preuve que le service à la clientèle s'en porte mieux. Sans oser donner de réponse sur ce qui est préférable, il me semble que l'on devrait au moins s'interroger à ce sujet.

NO-FAULT AUTOMOBILE INSURANCE IN ONTARIO: A LONG AND COMPLICATED STORY

by Craig Brown

ABSTRACT

Within the past decade, Ontario has had no fewer than four successive and different regimes of no-fault automobile insurance. Prior to 1990 there was an "add-on" scheme whereby modest first-party no-fault benefits were added on to the tort system without any formal impairment of tort rights. In 1990 the Liberal government introduced a "modified" plan whereby no-fault benefits were increased but tort was modified in that a plaintiff was ineligible to sue unless s/he met a threshold of permanent and serious injury. Subsequently, the eligibility rules for suing in tort (along with benefit levels) have been changed twice with, in each case, separate restrictions for economic and non-economic loss respectively. This paper relates the story of those changes including some of the historical background.

RÉSUMÉ

Au cours de la dernière décennie, l'Ontario a connu pas moins de quatre régimes différents d'assurance automobile sans égard à la responsabilité. Avant 1990, le versement d'indemnités modestes, sans égard à la responsabilité, était venu s'ajouter au régime de droit commun de la responsabilité civile, sans diminuer le droit de poursuite des victimes. En 1990, le gouvernement du Parti libéral a augmenté les indemnités, tout en éliminant les recours de droit commun à moins de faire la preuve de blessures sérieuses et à caractère permanent. Par la suite, ces droits de poursuite (de même que le niveau des indemnités) ont été modifiés à deux reprises en distinguant, à chaque occasion, les pertes économiques et les pertes non économiques. L'auteur relate ici cette évolution législative, en la replaçant dans son contexte historique.

The author :

Craig Brown is Professor of Law, University of Western Ontario.

* This article was also published in *Les Cahiers de droit* - (1998) C.de D.

On November 1, 1996, the *Automobile Insurance Rate Stability Act*¹ came into force in Ontario. This was the culmination, or at least the latest instalment, of a long and involved story which demonstrates once again the complications of reform in the area of auto insurance with all the conflicting interests and values as well as technical problems involved. This paper relates that story.

■ A BRIEF HISTORY

The idea of no-fault automobile insurance was given its first legislative form in Canada in the province of Saskatchewan in 1946². But, at the time, this was too radical for the rest of the country and it was to be another two decades before other provinces such as Ontario followed suit. Nonetheless, all the provinces had for several decades been passing legislation which gradually advanced the goal of compensating victims of motor vehicle accidents at least those whose injuries were caused by wrongdoers. These enactments modified tort and insurance law to widen liability and ensure the existence of funds to meet damage awards³.

Although a compensation goal has long been attributed to tort law⁴, that goal is frustrated if the victim is unable to identify a person whose negligence can be proven or if such person is unable to pay the damages awarded. To increase the chances of these two conditions being met, overtime, several measures were adopted. The burden of proof in cases where the plaintiff was injured by reason of the operation of an automobile was reversed so that the defendant had to disprove wrongdoing⁵. Owners of vehicles were made strictly liable for the negligence of people operating vehicles with the owners' knowledge and consent⁶ and owners' liability insurance was extended to cover the liability of persons driving insured vehicles with the owner's consent⁷. The proceeds of automobile liability insurance were made recoverable directly from the insurer by the third party plaintiff if a judgment was not satisfied by the defendant insured⁸. Significantly, this right of direct recovery by the victim prevails even in the face of a material misrepresentation or a breach of a term of the policy by an insured. A financial responsibility law was enacted to make it more likely that the defendant would have insurance at all⁹. This law required, under threat of penalty, that a motorist responsible for an accident prove that s/he could pay, by insurance or otherwise, any damages resulting. An unsatisfied judgment fund was created to provide money

for victims who could demonstrate that they had been injured by tortious conduct but that either the defendant could not pay or could not be identified¹⁰.

These last two measures have been superseded by a compulsory automobile insurance law which requires all owners of licensed motor vehicles to have liability insurance and that the policies include uninsured and unidentified motorist coverage¹¹. Another innovation was optional under-insured motorist coverage which was approved by the Superintendent of Insurance, the government's regulator. This protects against the possibility that the insured will be injured by a tortfeasor who has some liability insurance but which is insufficient to cover the amount of damages sustained¹².

Note the connecting theme of these developments, particularly the most recent. A system relying solely on third party fault as the determinant of eligibility for compensation necessarily relies upon the assets and/or insurance of third parties as the source of that compensation. To be sure that his/her losses will be met should she be injured, a person has to make arrangements with his/her own insurer. Nonetheless the fault system requires proof that a third party was negligent. Regardless of the innocence of the victim, the implication of a third party is vital. Without it, whatever devices exist to encourage the purchase of insurance, provide funds where uninsured or unidentified motorists are involved, or top-up inadequate sources of compensation, no payment is available at all. It is this fact that no-fault addresses.

■ NO-FAULT IN ONTARIO: THE FIRST STEPS

□ The 1960 Select Committee on Automobile Insurance

The no-fault idea, as applied to automobile accidents, was not seriously considered in Ontario until the 1960s. In 1960, the legislature appointed a Select Committee on Automobile Insurance which, was called upon to:

examine, investigate, enquire into, study and report on all matters relating to persons who suffer loss or injury as a result of motor vehicle accidents [...] including all aspects of compulsory insurance and other related and relevant plans, including

the experience of other jurisdictions and to make such recommendations as are deemed advisable with respect thereto¹³.

After producing interim reports in March and December of 1961, the committee tabled its final report in March of 1963¹⁴. It recommended that a limited amount of first-party insurance be an integral and mandatory feature of the standard automobile insurance policy¹⁵. In so far as it was a first-party plan, it resembled the medical payments option which was already available, for an additional premium, as an adjunct to motor vehicle policies¹⁶. However, the proposal went much further in that it included death benefits, funeral expenses, loss of income benefits, and payments of dismemberment and loss of sight, as well as medical payments. These benefits were to be available to drivers and passengers of insured vehicles, and also to pedestrians struck by such vehicles. In addition, coverage extended to the named insured and members of his/her household while an occupant of, or when struck by, any private passenger automobile¹⁷.

The plan was to be run by private insurers. They would provide the mandatory coverage and, subject to the supervision of the Superintendent of Insurance, set their own premium rates. In terms of its effect on tort law, it was an "add-on" plan. A victim's common law right to sue was not impeded but the amount of limited accident benefits, recoverable without proof of fault by an insured victim, would be deducted from any subsequent tort award or settlement paid to the victim by a liability insurer¹⁸.

The recommended benefit package included lump-sum death benefits up to \$5,000 plus a further \$1,000 for each additional dependant, medical benefits up to \$2,000 for reasonable expenses for necessary medical, surgical, dental, ambulance, hospital services (excess of government hospital benefits) and professional nursing, funeral expenses up to \$350, income replacement payments of \$35 a week for a maximum of 208 weeks to those totally disabled, and a benefit for totally disabled "housewives" of \$25 per week for up to 12 weeks. A lump-sum payment was also to be provided for dismemberment and loss of sight in addition to sums paid for specific economic loss. The amounts payable were set out in a schedule and ranged from \$2,500 to \$5,000, depending on the severity of the injury¹⁹.

The cost of this coverage was estimated at 12.6 per cent of the average premium then payable for \$35,000 of automobile liability insurance. This translated to an average additional premium, for the first party cover, of less than eight dollars per year²⁰.

□ **The Osgoode Hall Study**

There was no immediate legislative response to the committee's recommendations. However, progress, towards the introduction of some form of no-fault automobile insurance gained further impetus with the publication in 1965 of the results of a study conducted under the supervision of Prof Allan Linden (as he then was) of Osgoode Hall Law School²¹. This study still stands as one of the most significant empirical investigations of the adequacy of compensation available to victims of automobile accidents ever undertaken in Canada. The researchers focused on a random sample of the people killed or injured as a result of motor vehicle accidents in the vicinity of Toronto in 1961. Interviews were conducted in 1964 with victims and relatives to ascertain levels of compensation received and its adequacy. Information as to costs incurred was also obtained from, lawyers', doctors', hospital and court records²².

The study made several important discoveries. Among the most significant was that a majority of those surveyed received no compensation at all from the tort system. Of those who sustained economic loss, fewer than 30 per cent recovered the full amount of that loss. Victims with more serious injuries were found to be less likely to obtain full compensation for economic loss than those with minor injuries²³. Fewer than half the victims attempted to obtain tort compensation and, of those who did, half abandoned their claims²⁴.

The study also documented serious delays, particularly in cases of serious injury, from the time of accident to the time of recovery, if any was forthcoming at all²⁵. Overall, the story of the tort system as it related to personal injury and death arising from automobile accidents was clearly one of inadequacy in terms of the number of victims compensated, amounts paid and promptness of response. Moreover, it was apparent that the existing non-tort sources of compensation were not filling the gap in the tort system.

[Apart from the cost of hospital care] other types of loss [...] were poorly looked after; only 24.9 per cent of the total medical costs [...] 24.9 per cent of income losses and only 7.2 per cent of funeral expenses were reimbursed. Thus, substantial gaps remain in the non-tort coverage programs and these will persist even if a medicare program is established²⁶.

□ **The 1966 Amendments to the Insurance Act**

In 1966 legislation was passed in Ontario giving effect to some of the proposals of the Select Committee²⁷. The most significant

departure from the recommendations was the failure to make the coverage mandatory. The legislation laid down some general principles with which any insurance of the type envisaged had to comply. But the purchase of such insurance remained optional. In view of the published findings of the Osgoode Hall study this was a curiously weak legislative response. As Marvin Baer wrote after the legislation had come into force:

Once it has been decided that there are large numbers of victims who receive no compensation and should receive it even when no one is at fault, and that the present voluntary system of arranging accident insurance doesn't seem to be providing this, and that automobile owners as a group should pay for this compensation, a compulsory insurance scheme must be the result. Otherwise you just duplicate something already available on a voluntary basis²⁸.

The legislation was proclaimed in August 1968²⁹. Besides acknowledging that accident benefits, as they were called, could be sold and purchased it provided for such matters as who would be insured, when the insurance was first loss as opposed to excess insurance, and the right of the defendant in a relevant tort case to offset the victim's accident benefits against his/her tort liability. (This right of set-off arose only if the tortfeasor carried accident benefits insurance him/herself and applied only to the level of benefits that s/he carried.) Although an insurer could provide the specific terms of the policy³⁰ this, like all automobile policy provisions, remained subject to the approval of the Superintendent of Insurance³¹. As is often a consequence of this approval process, a standard contract emerged³². It provided a package of benefits broadly similar to those proposed by the Select Committee. These included schedules of fixed lump-sum payments for death and specific forms of dismemberment as well as loss of sight. An injury not listed did not attract a lump-sum payment even if permanent and serious. Disability payments were payable weekly, but only in the case of total disability. The policy made no provision for partial disability. Where payment was made for dismemberment or loss of sight, the amount of the payment was subtracted from the total disability benefit. Similarly, any amount paid to an injured victim while alive was deducted from the death benefit payable if the victim died within the requisite time as a result of the automobile accident³³.

The standard policy also contained a number of exclusions. No valid claim could arise from an accident which occurred during a race or speed test or while the vehicle was being used for any illicit

trade or transportation. All but death benefits were denied to persons driving or riding with someone driving while under age or unqualified and to those driving drunk or under the influence of drugs.

□ **The 1971 Amendments: Mandatory Coverage**

By 1971 it was claimed that 70 per cent of Ontario motorists had procured this voluntary coverage³⁴. Yet pressure continued for a more extensive no-fault scheme. Another committee on automobile insurance had been established in 1970 and in June 1971, the Minister of Financial and Commercial Affairs introduced a bill making the no-fault benefits a mandatory part of any automobile liability insurance policy sold in the province. With one important exception, the levels of benefits were enriched³⁵. The details of the plan were not, as before, left totally to the process controlled by the Superintendent. Rather a schedule³⁶ was appended to the Insurance Act providing most of the specific terms of the mandatory coverage³⁷. The rather untidy way by which the legislation was passed and implemented with last minute amendments by regulation and some necessary further clarification in the new standard form policy – was subject to some justified criticism³⁸. However, with the cooperation of insurers, the transition to the new regime seems to have been achieved reasonably smoothly, which is not to say that problems of interpretation, attributable to the complicated way in which the plan was promulgated, did not persist³⁹.

Apart from increases in benefits, the most significant change in the benefit package was the removal of the lump sums for dismemberment or loss of sight. Because, under the previous system, such benefits were reduced when disability benefits were available to a claimant (thereby making such payments generally less significant) and because tort law continued to be available, in appropriate cases, to provide non-pecuniary damages, this must have been regarded as the most readily dispensable item. The desire of the insurers to contain costs to the levels of the previous plan suggest that something had to be trimmed⁴⁰.

Disability payments, available for up to two years in cases of total inability of a claimant to perform the essential duties of his/her job, and for any longer period while totally unable to perform any job for which s/he was reasonably suited, were doubled. A qualified claimant was entitled to 80 per cent of lost salary, up to maximum of \$70 per week. Payments commenced from the date of injury⁴¹. Generally an unemployed person did not qualify for disability bene-

fits unless "engaged in occupation or employment for any six months out of the 12 months preceding the accident". An otherwise unemployed "housekeeper" was, if "completely incapacitated", entitled to receive \$35 per week for not more than 12 weeks⁴².

For death resulting from and occurring within 180 days (or two years if continuously totally disabled) of an automobile accident, lump-sum benefits were available to surviving members of the deceased's household. The amount depended on the age and status in the family of the deceased. The maximum "principal sum" payable (for the death of the head of the household the highest income-earner) was \$5,000, with an additional \$1,000 payable for each survivor after the first. Lesser amounts were available to survivors upon the death of the spouse of the head of household (\$2,500) and dependent children (\$500 if under the age of five, \$1,000 if between the ages of five and 21). Funeral expenses were payable up to \$500 for any one person⁴³.

The schedule also provided medical and rehabilitation benefits to a maximum of \$5,000 per person to cover costs which were incurred within four years of the accident and which were in excess of those covered by medical or hospital care programs⁴⁴. Insured persons included not only the named insured but also passengers in the described automobile and pedestrians struck by that vehicle. The named insured and members of his or her family living in the same house were also covered when occupants of any automobile⁴⁵. Tort rights were affected in that the amount of no-fault benefits paid or available to the claimant were to be deducted from any damages payable by the tortfeasor⁴⁶. The exclusions which were applicable to the earlier optional coverage continued to apply to the new scheme.

■ MORE STUDIES AND REPORTS

□ The Ontario Law Reform Commission of 1973

The introduction of the 1971 legislation did not end discussion about an even more extensive no-fault automobile insurance scheme for Ontario. Indeed, at that time an insurance industry spokesperson was quoted as saying that this legislation was viewed as merely a first step⁴⁷. The next important development was the publication in 1973 of a report by the Ontario Law Reform Commission on motor vehicle accident compensation⁴⁸. The empir-

ical base for the report was information gathered in other studies: the Osgoode Hall study⁴⁹, a University of Michigan study⁵⁰, the British Columbia Royal Commission on Automobile Insurance⁵¹ and an Oxford University study⁵².

The findings of the Osgoode Hall study have been described previously. In broad terms these confirmed or were confirmed by the other studies. Compensation flowing from the tort system was shown to be inadequate, poorly distributed and subject often to serious delay. Further, noting the widespread use of liability insurance, the Law Reform Commission pointed out that loss distribution, rather than loss shifting, had become the "normal method" of compensating accident victims and therefore:

[...] the question no longer is whether individual defendants can afford to bear all the losses they inflict, but whether the collectivity engaged in the activity which generates the harm, and in the case of motoring this virtually means society at large, can afford to bear it. In light of the considerable amounts spent on the activity of motoring already, a negative answer would seem perverse⁵³.

That society had chosen to spread losses (by the widespread use and legal encouragement⁵⁴ of liability insurance) rather than saddle individual wrongdoers with them, meant that the historical purpose of tort law (to make blameworthy individuals liable) was no longer being pursued. This, together with the fact that those aspects of tort which had been retained resulted in inequities, inadequacies and delays in the processing of claims, fuelled the argument for the complete abolition of tort as it applied to automobile accident cases.

The Law Reform Commission indicated a clear preference for a first-party, no-fault compensation system. It proposed a "pure"⁵⁵ no-fault plan which would compensate automobile accident victims for all pecuniary losses resulting from personal injury, death or property damage arising out of the operation of an automobile. Non-pecuniary loss would not be compensated, but all other losses, specifically (a) unlimited medical, hospital and rehabilitation expenses, (b) other consequential expenses such as transportation costs and telephone bills, (c) loss of income, (d) death benefits and (e) compensation for collision and property damage, would be compensated⁵⁶.

Income-replacement payments would be available for any disability whether permanent or temporary, total or partial. The basic plan would have been subject to a limit of \$1,000 per month, but

individual motorists were to be allowed to purchase higher levels where actual income was higher. "Housewives", retired persons or unemployed persons would be compensated on a basis related to what they could reasonably expect to gain if they chose to seek employment. Payments would continue for as long as earning capacity remained limited⁵⁷.

Death benefits would be available in respect of every fatal injury. There would be funeral expenses of up to \$1,000. A further lump sum of \$1,000 would be available to dependents for other needs arising immediately after the fatal accident plus periodic payments (up to \$1,000 per month with additional coverage available on an optional basis) sufficient to allow continuation of their normal standard of living⁵⁸.

In common with the then existing scheme in Ontario, the Law Reform Commission's scheme would have excluded from coverage loss occasioned during the commission of criminal offence and deliberately inflicted self-injury⁵⁹. In contrast to other schemes, however, the plan would not have excluded losses arising where the driver was under the influence of alcohol or drugs. The Commission considered that this should be left to the criminal law and that forfeiture of insurance benefits was too severe a penalty⁶⁰.

The Variplan Proposal

The Law Reform Commission proposal was left to gather dust on library shelves. It provoked no legislative action. Nonetheless, other groups were thinking about no fault and in 1974 the Insurance Bureau of Canada, the trade association of automobile, casualty and property insurers, produced a proposal for a modified no-fault plan entitled "Variplan"⁶¹. "Variplan" would have denied the right to sue for economic losses where they were within the limits of the no-fault benefits and for non-economic losses unless the victim suffered death, serious permanent injury or more than six months inability to perform any and every duty pertaining to her occupation or employment. Benefits were to be payable for medical and rehabilitation expenses (up to \$20,000 per person, excess of government plans and other insurance); lost income for a maximum period of three years (at the rate of 80 per cent of gross income to a maximum of \$1,000 per month); up to \$20 per day for "expenses incurred in obtaining ordinary and necessary services in lieu of those that would have been performed by the injured person for her own or dependent's benefit and not for income"; funeral expenses up to \$1,000; and lump-sum death benefits of \$5,000 for the death

of the head of the household or spouse of the head of the household, with an extra \$1,000 per surviving dependent beyond the first. The plan called for a penalty of 1 per cent per month to be imposed on insurers not making payment within 30 days from receipt of proof of loss.

“Variplan” aroused strong opposition from lawyers and, like the Ontario Law Reform Commission Report before it, provoked no legislative action.

□ **The 1977 Select Committee Report**

In the mid-1970s a Select Committee of the Ontario legislature commenced an extensive examination of the entire insurance industry. The committee began by giving its attention to automobile insurance and published its first report on that subject in 1977⁶². In that report the committee elected not to make any major recommendations as to the desirability of adopting any fundamentally new no-fault program⁶³. Rather, it chose to postpone making any recommendations like that until a later report. However, the committee did recommend increases in the amounts of benefits then payable as medical expenses and accident benefits⁶⁴ to keep up with inflation. For example, the amount payable for medical and rehabilitation expenses was to be increased from \$5,000 to \$25,000; the amount for funeral expenses was to be increased from \$500 to \$1,000; and the maximum disability benefits were to be doubled to \$140 per week (for lost income) and \$70 (for unpaid housekeepers). Revision of death benefits was also proposed. In particular the committee felt that:

no distinction should be made in the amount of death benefits on the basis of whether the deceased was a “head of household” or a “spouse in a two-parent household”. Instead the benefit in the event of the death of a spouse should be the same as that payable upon the death of the “head of household”. This benefit should be increased to \$10,000⁶⁵.

For deaths involving other dependents, the recommended amounts were \$1,000 (dependent under five years of age) and \$2,000 (dependents over five years of age)⁶⁶.

These recommendations were implemented in March 1978 by regulations amending Schedule E (as it then was) of the Insurance Act⁶⁷.

□ The 1978 Select Committee Report

After the Select Committee had given full consideration to the no-fault question, a majority of its members recommended the adoption of a highly modified plan⁶⁸. Making specific reference to a no-fault scheme's capacity to compensate all victims and the reduced adjusting and settlement costs involved, the majority felt that fault should cease to "be the fundamental factor to be considered in determining whether compensation should be paid for motor accident losses⁶⁹".

It was also felt that the advantages of no-fault were "even more compelling" with respect to bodily injury, than for other kinds of loss. It was therefore proposed that a new scheme supersede the combined tort-accident benefit system for personal injury and death caused by automobile accidents. Compensation would be paid on a no-fault basis for:

- (i) medical expenses without monetary limit;
- (ii) rehabilitation expenses without monetary limit;
- (iii) partial or total loss of income, subject to a reasonable weekly maximum amount;
- (iv) actual costs incurred for replacement housekeeping or childcare services (subject to a reasonable weekly maximum);
- (v) death benefits payable on a scale similar to that already in place for accident benefits and any reasonable funeral expenses; and
- (vi) actual loss of support (subject to reasonable maximum) where the amount exceeded the lump sum death benefit; such excess to be paid in periodic payments which may be revised or terminated in the event of the recipient's death and remarriage or an expiry of the period for which the deceased would have provided support⁷⁰.

Unlike other schemes, it was proposed to compensate the economic losses of even those involved in accidents while committing a crime or while driving impaired. The rationale was that to do otherwise would create externalities which would have to be borne by agencies such as government health insurance⁷¹.

In addition to coverage in these terms for economic loss, there was also to be provision for lump-sum payments – to innocent victims – for non-economic loss. The amounts of these payments would be calculated according to a fixed schedule of injuries and would be modest as compared to amounts available in tort⁷².

Tort recovery was totally excluded for economic loss (insureds could purchase additional layers of no-fault benefits if they faced potentially heavier losses than were covered by the basic plan), but would be available for non-economic loss (up to \$100,000) in cases of:

- (a) serious and permanent injury resulting in substantial and medically demonstrable permanent impairment affecting the resumption of customary activities; or
- (b) permanent loss of an important bodily function; or
- (c) significant permanent scarring or disfigurement⁷³.

The Slater Task Force

The 1978 recommendations with regard to no-fault were not implemented⁷⁴. However, the matter again became a matter of public debate. Early in 1986 the Ontario Government established a task force chaired by Dr David Slater to examine problems that had arisen relating to the availability and cost of liability insurance generally. In his report⁷⁵, Dr Slater dealt extensively with automobile insurance. He emphatically recommended the adoption of a no-fault automobile insurance scheme, but did not offer details. While he did not set himself against the retention of some residual tort liability, he did recommend that the no-fault concept be extended, in time, to cover all cases of disability not just those caused by automobile accidents. He did not, however, favour a government-run scheme, even for automobile insurance.

The Osborne Inquiry

Dr Slater's strong recommendation was not presented with supporting data or extensive reasoning. Nevertheless, it was controversial and attracted both support (mainly from the insurance industry) and opposition (chiefly from the legal profession). At the same time the cost of auto insurance was becoming a hot political issue and the new Democratic Party had served notice that it was going to make public no-fault insurance the keystone of its campaign in the forthcoming provincial election. The government responded by setting up another inquiry. It asked Mr Justice Coulter Osborne of the Ontario High Court to conduct an "Inquiry into Motor Vehicle Compensation in Ontario". The terms of reference were set out in an Order-in-Council dated 6 November 1987⁷⁶.

Osborne J. commissioned numerous reports and conducted extensive investigations. He also received many submissions.

However, the most significant players were the insurance industry and the personal injury bar. The insurers, through their trade association, the Insurance Bureau of Canada, proposed a modified no-fault plan by which most law suits would be abolished⁷⁷. Only victims with permanent and serious injuries would be allowed to sue for non-economic loss (but others could sue for economic loss in excess of the no-fault benefits). All victims who sustained personal injury would be entitled to no-fault benefits. The proposal differed from the earlier Variplan⁷⁸ in that the threshold for law suits was tightened and the benefit package was enriched considerably. Most insurers had become persuaded of the relative simplicity and cost effectiveness of no-fault. On the other hand, lawyers engaged in motor vehicle accident work saw a serious threat to their livelihood and quickly organized a well-funded and highly active opposition to the idea of no-fault. They countered with recommendations for retaining the existing add-on no-fault scheme with more generous benefits coupled with some significant reforms of tort law including abolition of the collateral source rule and increased use of structured settlements⁷⁹.

The report of the Inquiry was an impressive compendium of information about all aspects of the automobile insurance industry in Ontario⁸⁰. It contained numerous observations and recommendations about the costing, marketing and other aspects of the business of insurance. But the central aspects of the report dealt with no-fault. It rejected publicly run insurance although it was not uncritical of the delivery system provided by the private sector. In terms of the preferred type of plan, the report favoured enriching the existing add-on plan without formally impairing the right to sue. Various recommendations for reforming the way in which tort damages are assessed were also accepted. Two key factors seem to have yielded these conclusions. First, the costings done for the report indicated that tort reform would produce sufficient savings to allow for enriching the no-fault benefits without curtailing tort rights and still achieve a modest saving in premium levels⁸¹. Second, Osborne J openly professed his value preference for the universal right to sue. Clearly choices about no-fault are at root value choices. Some place a high value on distribution (however narrow) of compensation based on some notion of "wrongdoing". Others place a higher value on a wider distribution of the funds available for compensation. Whatever a particular report recommends, it is helpful and refreshing to have this fundamental point articulated.

Some months after receiving the Osborne Report, the Liberal government announced that it planned to implement some of the

tort reform measures that had been recommended⁸². The no-fault scheme which was announced drew heavily on the benefit package proposed by Osborne J⁸³. But the central point – no impairment of formal tort rights was ignored.

■ LEGISLATIVE INTERVENTIONS OVER THE LAST DECADE

□ The Ontario Automobile Insurance Board

Even after the Osborne inquiry had been established, it was clear that automobile insurance as a political issue was very much alive. Auto insurance premiums continued to rise and the New Democratic Party continued to push for a public insurance corporation⁸⁴. Before the Osborne Report was filed the government had established the Ontario Automobile Insurance Board whose main function was to regulate the premium levels for automobile insurance⁸⁵. The Board was empowered to set rates or ranges of rates which would be binding on the industry in general. These rates were to be set after public hearings. They could be varied by individual companies only with the express approval of the Board. A specific constraint on the Board in setting rates was that it was no longer allowed to use age, sex or marital status as classifications.

Not long after the board began its work, it became apparent from evidence furnished by its own consultants as well as various insurance companies, that it would have to approve substantial increases in premium levels⁸⁶. It also became apparent that severe dislocation would result with the abolition of age, sex and marital status classification⁸⁷. It also became clear that the existence of the Board was not deflecting any of the political heat from the government⁸⁸.

□ The Ontario Motorist Protection Plan

In this context the government, which apparently had not been enthusiastic about the recommendations of the Osborne Report, rediscovered the cost-saving potential of no-fault. Some officials had come across an article published in the *Virginia Law Review* and written by Prof. Jeffrey O'Connell and Robert Joost which advocated allowing individual motorists a choice between no-fault insurance and a tort-based policy⁸⁹. A quiet approach was made to

the insurance industry to see if it was feasible to offer motorists this choice. After some discussion among its members, the Insurance Bureau of Canada agreed to pursue the matter and eventually produced a submission to the government proposing a form of the O'Connell/Joost choice proposal⁹⁰. The government then referred this proposal along with two variations of modified no-fault (based respectively on the New York and Michigan schemes) to the Ontario Automobile Insurance Board for its consideration⁹¹. The benefit packages applicable to each scheme so referred were those suggested by Osborne J. for his add-on proposal. Almost at the same time, the Board announced a "benchmark" premium increase of 7.6 per cent⁹² but the government delayed implementation of the abolition of age, sex and marital status classification pending the formulation of a new no-fault scheme.

The Board conducted lengthy hearings and in relatively short order produced a voluminous report⁹³. In that report the Board was lukewarm towards all three proposals but favoured least the choice idea⁹⁴. The Board gave its most favourable treatment to the threshold plan and indicated that, not surprisingly, a more tightly worded threshold would yield greater savings.

Subsequently the government announced it intended to introduce a threshold scheme which it called the Ontario Motorist Protection Plan⁹⁵. The plan, which came into effect on June 21, 1990, entailed a threshold which was to be tighter than that used in either New York or Michigan. The obvious expectation was that the savings would be greater than those indicated by the Board. The threshold was worded as follows⁹⁶:

(1) In respect of loss or damage arising directly or indirectly from the use or operation [...] of an automobile and despite any other Act, none of the occupants of an automobile or any person present at the incident are liable in an action in Ontario for loss or damage from bodily injury arising from such use or operation in Canada, the United States or any other jurisdiction designated in the No-Fault Benefit Schedule involving the automobile unless, as a result of such use or operation, the injured person has died or has sustained:

(a) permanent serious disfigurement; or

(b) permanent serious impairment of an important bodily function caused by continuing injury which is physical in nature.

(2) Subsection (1) does not relieve any person from liability other than the owner of the automobile, occupants of the automobile and persons present at the incident.

(3) In an action for loss or damage from bodily injury arising directly or indirectly from the use or operation of an automobile, a judge shall, on motion made before or at trial, determine if the injured person has, as a result of the accident, died or has sustained:

(a) permanent serious disfigurement; or

(b) permanent serious impairment of an important bodily function caused by continuing injury which is physical in nature.

The most significant aspect of this threshold was the requirement that impairment be permanent as well as serious⁹⁷. In this regard the government, seemingly without knowing it, adopted the recommendations of a legislative committee which met 11 years previously⁹⁸. Another important point is that the question of whether the threshold had been satisfied in a particular case was one for the judge alone as a matter of law. It was not a matter of fact for the jury. A problem had emerged in Michigan where juries tended to find most injuries to be "serious"⁹⁹.

Tightened thresholds of this type do not signify a callous disregard for the pain of accident victims. The new plan reflected a change in emphasis from giving solace to making better and providing practical assistance, through a broadly defined concept of rehabilitation, without hassle. For those whose injuries were so severe that they can never be restored to full capacity, the plan both provided full no-fault benefits and preserved the right to sue for damages including those for pain and suffering.

The basic benefit package provided up to \$500,000 in medical benefits not already paid by the provincial health scheme, and rehabilitation benefits (broadly defined to include home renovations, transportation, lifeskill training and so on), up to \$500,000 for long-term care, up to \$600 per week in wage replacement over and above sickpay (subject to a minimum of \$185 per week, available even to non-earners), death benefits in the order of \$25,000 to a surviving spouse and \$10,000 to other dependents, and funeral expense cover up to \$3,000¹⁰⁰. Enriched benefit packages were available to those who wanted them.

The changes also dealt with property damage in motor vehicle accidents¹⁰¹. The right to sue in these cases was removed. However, the fault principle remained in that a person insured under the standard liability policy, could claim from his/her own insurer to the extent that some other person was at fault in the accident. Insurers were no longer subrogated to rights against persons actually at

fault¹⁰². Insureds could still carry collision coverage against the possibility that no other person will be judged at fault in the accident.

The plan also introduced a novel regime for dispute settlement¹⁰³. Before any litigation may be commenced, a claimant disputing any matter relating to an entitlement to a no-fault benefit must submit the matter to a mediation process provided by the Ontario Insurance Commission. If mediation fails, the claimant must then choose between suing the insurer in court or launching an arbitration. If the choice is arbitration, the proceedings are in accordance with the *Insurance Act* (rather than the *Arbitration Act*). The arbitrator is not chosen by the parties but is appointed by the Insurance Commission. Procedure is governed by the "Dispute Resolution Practice Code" devised specifically for the purpose and includes provision for an appeal to the Commission's Director of Arbitrations.

Bill 164

The Ontario Motorist Protection Plan did not gain universal acceptance. It was roundly disliked by the personal injury bar because it cut so profoundly into tort rights. In addition, the New Democratic Party continued to promote its vision of public auto insurance which, it said, would include restored tort rights. Thus, when the New Democrats were elected in 1991, more change was expected.

But the change that followed differed from many of those expectations. First the new government was persuaded to abandon its public insurance proposal, ostensibly on the grounds of the high start-up costs of such an enterprise and the unemployment it would cause. This created a problem for a government for which auto insurance reform had been such an important cause in opposition. It had to produce some change. Since restoration of tort rights had been part of the platform, that seemed the obvious choice.

However, when confronted with actuarial forecasts, the government realised that simply re-expanding tort would have disastrous effects in terms of premium levels which, after all, was the underlying public concern driving the whole matter as a political issue. The dilemma was that if there was no adjustment of tort rights the government would be seen to have reneged on both of its key promises with regard to auto insurance. So it was necessary to find a way to increase tort rights while reducing or at least stabilising premiums. The response (contained in Bill 164 by which name

the reforms were known even after they were enacted and after they came into effect on January 1, 1994) was to loosen the threshold but only in relation to non-economic loss. Thus a claimant could sue for that category of damages if s/he was merely seriously, as opposed to permanently and seriously, injured and even if the injury was merely psychological¹⁰⁴. But access to tort for damages for economic loss was completely foreclosed.

So, while the government could claim that tort access had been increased in one respect, the net effect of Bill 164 was actually to decrease the role of tort dramatically. To offset this, the plan contained significantly increased maximum levels of no-fault benefits for economic loss. For example, the maximum weekly income replacement benefit was \$1,000, the limit on the medical/ rehabilitation benefit was \$1 million with no time constraints, and the maximum death benefit was \$200,000. There was also more extensive coverage for students and caregivers¹⁰⁵.

No changes were made to the OMPP dispute resolution scheme nor to its treatment of property damage.

The Automobile Insurance Rate Stability Act

Bill 164 seemed to please no one. Lawyers did not like the total restriction on tort claims for economic loss. Insurers claimed the new regime increased rather than decreased the cost of providing coverage. Moreover, the complexity of the regulations governing entitlements complicated the claims process and arguably increased adjusting costs. In the result, premium levels started to rise again. So consumers were unhappy. Meanwhile the Progressive Conservative Party was promising to revisit the whole question of auto insurance yet again should it gain power.

And, of course, that is what transpired. The *Automobile Insurance Rate Stability Act* took a direction 180 degrees different from Bill 164 in terms of its treatment of tort rights. Access to tort damages for economic loss in excess of no-fault benefits was restored (subject to upper limits) and access to damages for non-economic loss was again restricted to those *permanently* as well as seriously injured¹⁰⁶. Maximum no-fault benefit levels were scaled back. Without the purchase of optional richer coverage, the maximum for income replacement is \$400 per week. Except in catastrophic cases, the maximum health care benefit is \$100,000 and is subject in most cases, to a 10 year limit. The death benefit is \$25,000 plus \$10,000 per dependant¹⁰⁷.

The previously existing system for dealing with property damage remains basically the same and the dispute resolution mechanism was kept in place with the further option of private arbitration under the *Arbitration Act* for no-fault benefit entitlement disputes.

■ CONCLUSION

The story of no-fault auto insurance in Ontario is characterised by complexity and not a little irony. It is complex if only because of the frequent radical shifts in direction by successive governments. Auto accident files still current in law firms and insurance companies are being handled in one of four completely different ways depending on the date of the accident. Insurers have had to retool their underwriting and claims handling practices totally four times within the last decade. The story is ironic in that the more things have changed, the more they have revived the past. Bill 164 evoked memories of the 1978 Select Committee Report with its abolition of tort for economic loss. The *Automobile Insurance Rate Stability Act* strongly resembles Variplan and the proposal put by the Insurance Bureau of Canada to the Osborne Inquiry. It is particularly noteworthy that the personal injury bar, so scathing of those early proposals, was, albeit with a few reservations, welcoming of the latest scheme.

In the political climate of Ontario, a Quebec style scheme has never been on the cards. Even when a New Democratic government was in power the promised public insurance corporation failed to materialise. And, of all the proposals for reform over the years, only two, the Ontario Law Reform Commission Report and the Slater Report expressed a preference for pure no-fault, with no residual tort. None of the key players, especially the insurance industry and the legal profession, ever seem to have wanted that and all the proposals that received close government scrutiny involved some role for tort.

In the end it can be argued that a reasonable scheme is in place. No-fault benefits for basic needs are available quickly and subject to cheap and relatively expeditious dispute resolution procedures. Motorists who face greater loss are free to opt for more generous benefit coverage or to buy separate disability coverage. Innocent victims are able to sue for most of their excess economic loss and the truly seriously injured or the dependants of fatal accident victims are able to sue for non-economic damages. In compari-

son to the original tort system, seriously injured victims are better off now because they have lost almost no rights to sue plus they have the speedy availability of no-fault benefits. Only the non-permanently injured have lost any tort rights of substance – the right to sue for non-economic damages – but they have gained access to immediate no-fault benefits including those designed to address the phenomena that give rise to non-economic loss – pain and the need to readjust while healing proceeds. A long time ago Allen Linden talked about “peaceful coexistence¹⁰⁸” between tort and no-fault. The present Ontario scheme is a reasonable attempt at making that concept work.

□ Notes

1. *Automobile Insurance Rate Stability Act*, S.O. 1996, c. 21.
2. *Automobile Insurance Act*, R.R.S. 1946, c. 11.
3. See J. GREEN, “A Fish Out of Water: Classical Fault on the Highway”, (1970) 35 *Sask. L. Rev.* 2; C. BROWN, *No-Fault Automobile Insurance in Canada*, Toronto, Carswell, 1988, p. 4.
4. See G. WILLIAMS, “The Aims of Tort Law”, (1951) 4 *Current Legal Probs.* 137, 151.
5. *Motor Vehicles Act*, S.O. 1906, c. 46, s. 18.
6. *Highway Traffic Act*, S.O. 1930, c. 48, s. 10.
7. See now, *Insurance Act*, R.S.O. 1980, c. 1.8, s. 239 (1).
8. *Id.*, s. 258.
9. *Highway Traffic Act*, R.S.O. 1950, c. 167, s. 79ff.
10. *Id.*, s. 97.
11. *Compulsory Automobile Insurance Act*, R.S.O. 1990, c. C.25.
12. J. NEWCOMBE, *The Standard Automobile Policy Annotated*, Toronto, Butterworths, 1986, pp. 77-99.
13. LEGISLATIVE ASSEMBLY OF ONTARIO, *Final Report of the Select Committee on Automobile Insurance*, Toronto, Quenn’s Printer, 1963, p. 3 [hereinafter *Final Report*].
14. *Ibid.*
15. *Id.*, at 8.
16. R.G. ATKEY, “Perspective for No-fault Accident Compensation in Ontario”, (1966) 5 *U.W.O. L. Rev.* 1.
17. See the *Final Report*, *op. cit.*, note 13, p. 6 for details of coverage and benefits.
18. R.G. ATKEY, *loc. cit.*, note 16, 15.
19. *Final Report*, *op. cit.*, note 13, p. 7.
20. *Ibid.*
21. A.M. LINDEN, *Report of the Osgoode Hall Study on Compensation of Victims of Automobile Accidents*, Toronto, 1965. Another strong influence on developments was the publication in the US of the Keeton-O’Connell study, R. KEETON and J. O’CONNELL, *Basic Protection for the Traffic Victim: A Blueprint for Reforming Automobile Insurance*, Boston, Little, Brown & Company, 1965.
22. A.M. LINDEN, “Peaceful Co-existence and Automobile Accident Compensation”, (1966) 9 *Can. Bar J.* 5.
23. *Id.*, at 7.

24. *Id.*, at 9.
25. A.M. LINDEN, *op. cit.*, note 21, Chapter V.
26. *Id.*, p. 8.
27. *Insurance Act*, S.O. 1966, c. 71, s. 11 [hereinafter *1966 Insurance Act*].
28. M.G. BAER, "Annual Survey of Canadian Law: Insurance", (1969) 3 *Ottawa L. Rev.* 553, 555.
29. *Ibid.* The recommendations of the Select Committee were not made public until January 1969. Baer suggests that this was to give other provinces a chance to enact similar legislation. *Id.*, at 553. See also ONTARIO LEGISLATIVE ASSEMBLY, *Legislature of Ontario Debates*, 1st Session, 28th Legislature, 28 May 1968, p. 3202. By 1968 similar legislation was in place in every province except British Columbia and Quebec.
30. *1966 Insurance Act*.
31. See currently *Insurance Act*, R.S.O. 1990, c. 1.8, s. 227 [hereinafter *1990 Insurance Act*].
32. See M.G. BAER, *loc. cit.*, note 28.
33. Note that medical payments were already provided under a standard optional endorsement to automobile insurance policies. See R.G. ATKEY, *loc. cit.*, note 16, 13.
34. J. MANTHORPE, "Ontario to Introduce No-fault Insurance on Compulsory Basis", *The [Toronto] Globe and Mail* (25 June 1971) 1, col. 1.
35. *Ibid.* For the legislation which emerged see *Insurance Act*, S.O. 1971, c. 84, s. 14.
36. *Id.*, Schedule E [now Schedule C].
37. This term is to be contrasted with "compulsory" which, in this context, means required for all vehicles in the province. Mandatory means it is a required part of insurance coverage, if purchased.
38. M.G. BAER, "Annual Survey of Canadian Law-Insurance", (1973-74) 6 *Ottawa L. Rev.* 193. The schedule was amended first by regulation (see O. Reg. 539/71) and then by statute: see *Insurance Act*, S.O. 1972, c. 66, s. 18.
39. For an example see the provisions dealing with priorities as discussed in C. BROWN and J. MENEZES, *Insurance Law in Canada*, Toronto, Carswell, 1982, pp. 359-361.
40. L. WELSH, "No Rise in Auto Premiums Planned for Limited Accident Benefits", *The [Toronto] Globe and Mail* (25 June 1971) B1.
41. Under the previous schemes since there had been a seven-day waiting period.
42. For disability benefits, see *Insurance Act*, *supra*, note 35, Schedule E, subsection 2, Part II.
43. For death benefits generally, see *id.*, Schedule E, subsection 2, Part I.
44. *Id.*, Schedule E, subsection 1.
45. *Id.*, Schedule E, subsection 3 (1).
46. *Insurance Act*, S.O. 1971, c. 84, s. 17.
47. L. WELSH, *loc. cit.*, note 40.
48. ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, *Report on Motor Vehicle Accident Compensation*, Toronto, Ministry of the Attorney General, 1973.
49. A.M. LINDEN, *op. cit.*, note 21.
50. A. CONARD *et al.*, *Automobile Accident Costs and Payments - Studies in the Economics of Injury Reparation*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1964.
51. BRITISH COLUMBIA, ROYAL COMMISSION ON AUTOMOBILE INSURANCE, *Report of the Commissioners*, R.A.B. WOOTTON (chairman), Victoria, Government of British Columbia, 1968.
52. HARRIS and HARTZ, *Report of a Pilot Survey of the Financial Consequences of Personal Injuries Suffered in Road Accidents in the City of Oxford During 1965*, 1968.

53. ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, *op. cit.*, note 48, p. 89.
54. See *Compulsory Automobile Insurance Act*, *supra*, note 11, s. 14.
55. "Pure" no-fault refers to scheme in which no tort rights whatsoever are retained.
56. ONTARIO LAW REFORM COMMISSION, *op. cit.*, note 48, p. 89.
57. *Id.*, pp. 108-109.
58. *Id.*, p. 109.
59. *Id.*, p. 110.
60. *Id.*, p. 95.
61. INSURANCE BUREAU OF CANADA, *Report of Special Committee on Automobile Insurance (Variplan)*, January 1974.
62. SELECT COMMITTEE ON COMPANY LAW, *The Insurance Industry: First Report on Automobile Insurance*, Toronto, V.M. SINGER (Chair), 1977.
63. *Id.*, p. 68.
64. As established in the 1971 legislation; see *Insurance Act*, *supra*, notes 35 and 36.
65. SELECT COMMITTEE ON COMPANY LAW, *op. cit.*, note 62, p. 71.
66. For the recommendations concerning all benefit levels, see *id.*, pp. 71-72.
67. *Insurance Act*, O. Reg. 161/78.
68. SELECT COMMITTEE ON COMPANY LAW, *The Insurance Industry: Second Report on Automobile Insurance*, Toronto, J.R. BREITHAUPT (Chair), 1987, pp. 63-68. A "modified" no-fault plan (as opposed to a "pure" one) abolishes some but not all tort liability.
69. *Id.*, p. 63.
70. *Id.*, p. 64.
71. *Id.*, p. 65.
72. *Ibid.*
73. *Id.*, p. 66.
74. Note, however, the similarity between that proposal and the one now before the legislature. See *infra*, notes 96 and 98 and accompanying text. A separate but relevant recommendation – that automobile liability insurance be compulsory – was adopted. See *supra*, note 53. It is relevant because mandatory no-fault insurance became compulsory.
75. D. SLATER, *Report of Ontario Task Force on Insurance*, Toronto, 1986.
76. ONTARIO, Order-in-Council 2962/86, 6 November 1986.
77. INSURANCE BUREAU OF CANADA, *Inquiry into Motor Vehicle Accident Compensation in Ontario*, Submission to Hon. Justice C.A. Osborne, April 1987.
78. *Supra*, note 61.
79. See, e.g., CANADIAN BAR ASSOCIATION, *Inquiry into Motor Vehicle Accident Compensation in Ontario*, Submission to Hon. Justice C.A. Osborne; March 1987.
80. The Hon. Justice C.A. OSBORNE, *Report of Inquiry into Motor Vehicle Accident Compensation in Ontario*, Toronto, Queen's Printer, 1988. For analysis of the report see C. BROWN and B. FELDTUSEN, "The Osborne Inquiry into Motor Vehicle Accident Compensation in Ontario", (1988) 8 *Windsor Y.B. Access Just.* 318; L. KLAR, "The Osborne Report: 'No' to No-fault", (1989) 68 *Can. Bar Rev.* 301.
81. There is reason to doubt the validity of these costings. Osborne J. thought that the availability of generous no-fault benefits would reduce the incentive to sue. Experience in the US has shown just the opposite – the security of the benefits allows recipients to pursue lawsuits more vigorously. See C. BROWN and B. FELDTUSEN, *loc. cit.*, note 80.
82. Statement by M. ELSTON, Minister of Financial Institutions in Ontario Legislature, 9 February 1989.
83. See *infra*, note 100 and relevant text.

84. MAYCHAK, "NDP vows to continue fight for government-run insurance", *The [Toronto] Star* (19 April 1988) A1.
85. *Ontario Automobile Insurance Board Act*, S.O. 1988, c. 18. See M. GOODERHAM, "Ontario passes legislation to set mandatory auto insurance rates", *The [Toronto] Globe and Mail* (12 February 1988) A10, col. 3.
86. A. BARNES, "Revised auto rates could take steep hike when time to renew", *The [Toronto] Globe and Mail* (4 August 1988) B3, col. 1.
87. GORHAM, "Some win but many will lose", *The [London] Free Press* (14 February 1989) A1, col. 3.
88. Canadian Press, "50,000 protest insurance plan" *The [Toronto] Globe and Mail* (4 January 1989) A3.
89. J. O'CONNELL and R. JOOST, "Giving Motorists a Choice Between Fault and No-fault Insurance", (1986) 72 *Vo. L. Rev.* 61. See SPEIRS, "No-fault car insurance may be made optional", *The [Toronto] Star* (11 June 1988) D5, col. 1.
90. IBC Choice Proposal, submitted December 13, 1988.
91. WALKER, "Ontario orders study on no-fault auto insurance", *The [Toronto] Star* (10 February 1989) A8, col. 4.
92. GORHAM, *loc. cit.*, note 87. In fact increases up to 17 per cent were allowed.
93. ONTARIO AUTOMOBILE INSURANCE BOARD, *An Examination of Threshold No-fault and Choice No-fault Systems of Privately Delivered Automobile Insurance*, Toronto, 14 July 1989.
94. K. MACKIE, "No-fault insurance plan bypassing minor injuries backed by Ontario panel", *The [Toronto] Globe and Mail* (19 July 1989) A1, col. 2.
95. MINISTRY OF FINANCIAL INSTITUTIONS, *Press release* (15 September 1989).
96. 1990 *Insurance Act*, s. 266.
97. In Michigan the impairment must merely be "serious".
98. See *supra*, note 73 and accompanying text.
99. In fact judicial interpretation of this threshold turned out to be less restrictive than might have been predicted. The term "serious" has been given a subjective application so that what is serious for one claimant may be less so for another. See, e.g., *Meyer v. Bright*, (1993) 15 OR (3d) 129 (CA).
100. For details of benefits see R.R.O. 1990/672.
101. *Insurance Act*, *supra*, note 31, s. 263.
102. However, in limited circumstances an insurer may seek reimbursement from the insurer of the person at fault. See R.R.O. 1990/664, s. 6.
103. *Insurance Act*, *supra*, note 31, ss. 279-288.
104. *Id.*, s. 267.1 (2). The full terms of the qualifying criteria include death, serious disfigurement, or serious impairment of an important physical, mental or psychological function.
105. For the full range of benefits, see O. Reg. 776/93.
106. 1990 *Insurance Act*, s. 267.5. The restrictions on suing for economic loss are that no tort claim may be made for income loss in the first seven days after the accident, for loss of income or earning capacity in excess of 80 % of net loss of income or earning capacity between the date of the accident and the date of the trial, or for any health care expenses unless the claimant is catastrophically injured (a condition given specific definition in the regulations; see O. Reg. 403/96, s. 2).
107. For the complete range of benefits, see O. Reg. 403/96.
108. See A.M. LINDEN, *loc. cit.*, note 22.

LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE EN FRANCE

par **Didier Richaudeau**

RÉSUMÉ

L'objectif de l'auteur est d'expliciter et d'analyser le fonctionnement du marché de l'assurance automobile en France, qui a connu un essor phénoménal depuis le 1^{er} avril 1959, date à laquelle la garantie responsabilité civile est devenue obligatoire pour tout propriétaire de véhicule terrestre.

Dans une première section, il expose les principales caractéristiques de l'organisation du marché. Il présente ensuite les garanties qui sont proposées aux assurés. Il explique enfin les procédures de tarification utilisées par les compagnies d'assurance.

ABSTRACT

The purpose of the author is to explain and to analyze the methods of operation of the French automobile insurance market, reflected by a prodigious evolution since April 1, 1959, where the cover for the owner of motor vehicle was initially effective under a compulsory system.

In the first section, he presents the market organization through its main characteristics. Then he describes the coverages offered to the insureds. Finally, he explains the tarification rules implemented by the insurance companies.

L'auteur :

Didier Richaudeau est chercheur au CREST (Laboratoire de Finance Assurance) et LAMIA, Université Paris I Panthéon Sorbonne.

Il tient à remercier G. Thiry, Directeur de l'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages et R. Pollet, son collaborateur, pour leurs commentaires.

■ INTRODUCTION

Depuis le 1^{er} avril 1959, date à partir de laquelle la garantie responsabilité civile est devenue obligatoire pour tout propriétaire de véhicule terrestre à moteur, le marché de l'assurance automobile a connu un large essor. Ce développement a depuis été alimenté par la progression continue du taux d'équipement des ménages en véhicule, qui atteint aujourd'hui 78,4 % et 27,9 % pour le taux de pluri-équipement. En 1995, 30,2 millions de véhicules à quatre roues et 2,7 millions de véhicules à deux ou trois roues ont été assurés pour un chiffre d'affaires de la branche automobile en France métropolitaine de 87,5 milliards de francs¹.

Pourtant, malgré la croissance de cette activité, les mécanismes du marché de l'assurance demeurent imparfaitement connus. Dans cet article, notre objectif consiste à expliciter et analyser le fonctionnement de ce marché.

Dans une première section, nous exposerons les principales caractéristiques de l'organisation du marché². Nous présenterons ensuite les garanties qui sont proposées aux assurés pour terminer par expliquer les procédures de tarification utilisées par les compagnies d'assurance.

■ L'ORGANISATION DU MARCHÉ

Les compagnies d'assurance qui peuvent prendre la forme de sociétés anonymes, de sociétés nationales ou de sociétés d'assurance mutuelles, sont soumises à la règle de la spécialisation : elles ne peuvent pratiquer que des opérations d'assurance. Ces dernières sont divisées en 28 branches selon l'article R 321.1 du code des assurances et sont soumises au contrôle de l'État. Nous commençons cette section en présentant les offreurs sur le marché, puis nous exposerons les différentes réglementations que les compagnies doivent respecter.

Les compagnies d'assurance

La privatisation des trois grands groupes nationalisés (UAP, AGF et GAN) qui a commencé et se poursuit, aura à terme pour conséquence d'uniformiser l'activité d'assurance exercée dans sa forme commerciale. Elle sera accomplie uniquement par des sociétés anonymes privées, par opposition aux sociétés d'assurance

à forme mutuelle, qui recouvrent les entreprises d'assurance à forme civile.

Les sociétés anonymes privées

Les sociétés commerciales d'assurance ont toujours la forme de sociétés anonymes. Cependant, à côté du secteur commercial privé, demeure un secteur national qui ne cesse de s'amoindrir suite aux lois de privatisation (UAP en 1994, AGF en 1995 et GAN, en cours de privatisation). Ces deux secteurs sont regroupés au sein de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), qui inclut également les mutuelles avec intermédiaires.

Les sociétés anonymes privées sont soumises aux dispositions de la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Certaines contraintes supplémentaires leur sont imposées par le code des assurances afin de protéger au mieux leurs assurés. Nous les étudierons dans la section relative au contrôle de l'activité d'assurance. Le mouvement de restructuration de ces entreprises (fusions, prises de participation...) a été particulièrement actif ces dernières années, afin de faire face au défi européen.

Les sociétés d'assurance mutuelles

La mutualisation des risques individuels est historiquement le principe fondateur de l'activité d'assurance. Les groupements mutualistes sont régis par le code de la mutualité dont l'article 1 définit :

«les sociétés mutualistes sont des groupements qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide visant notamment :

1. la prévention des risques sociaux et la répartition de leurs conséquences;
2. l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille;
3. le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres.»

Les sociétés d'assurance mutuelles sont une forme particulière de sociétés mutualistes, dans la mesure où elles n'ont ni les mêmes activités, ni la même organisation. Elles appartiennent au secteur des assurances et sont ainsi régies par les mêmes lois que les sociétés anonymes privées. L'unique différence provient du fait

qu'elles n'ont pas un objet commercial. Cette dénomination société d'assurance mutuelle remplace les différentes appellations société à forme mutuelle, société mutuelle d'assurance, caisse d'assurance, etc.

Elles présentent trois caractéristiques principales : elles sont à but non lucratif; les sociétaires ont la double qualité d'assureurs et d'assurés; les excédents de recettes peuvent être répartis entre les membres.

Le développement des mutuelles professionnelles constitue un des faits les plus marquants de l'histoire de l'assurance automobile en France. Il a débuté dès les années 20 par la création de la Caisse Centrale de la Mutualité Agricole. Celle-ci offrait alors des contrats d'assurance de véhicules aux agriculteurs. Quelques années après, les enseignants (la Mutuelle Assurance des Instituteurs de France en 1934) puis les fonctionnaires (la Garantie Mutuelle des Fonctionnaires en 1934) créent leur propre mutuelle. En 1950, les artisans (la MAAF) imitent le mouvement, bientôt suivis par les commerçants et industriels (la MACIF). Aujourd'hui, presque toutes les professions ont leur mutuelle d'assurance automobile et près de 40 % du chiffre d'affaires de l'assurance non-vie en France provient de ces sociétés. Comme le remarquent D. Henriet et J.C. Rochet (1991), l'ordre dans lequel les mutuelles ont été créées est particulièrement intéressant : il suit un ordre croissant des risques tel que nous l'observons empiriquement (agriculteurs, artisans, fonctionnaires, commerçants...). La création de ces mutuelles professionnelles a ainsi été utilisée comme un outil de classification des risques visant à homogénéiser la clientèle afin de lui offrir une prime plus faible.

Les sociétés d'assurance mutuelles, s'adressant à des segments relativement homogènes du marché, elles proposent des gammes restreintes de produits et des tarifications simplifiées par rapport aux sociétés anonymes privées³. Cette standardisation des produits est à la fois conforme à l'esprit mutualiste (à l'origine, la cotisation des mutualistes était égale pour chacun des membres) et nécessaire pour pallier à l'absence quasi générale d'intermédiaire responsable de la vente des contrats d'assurance. Si certaines mutuelles commercialisent leurs produits par les circuits conventionnels de la distribution de l'assurance, il faut souligner le dynamisme de ces mutuelles sans intermédiaire (MACIF, MAIF, MAAF, GMF...). Grâce à l'homogénéité de leurs sociétaires et à l'absence d'intermédiaire (les produits sont distribués par un réseau salarié de la société), ces mutuelles pratiquent des tarifs particulièrement attractifs, ce qui explique l'accroissement constant de leur part de

marché. En 1995, leur part de marché en termes de montant de primes perçues s'évaluait à environ 38 %, alors qu'en 1980 elle était de 24 %⁴.

Certaines mutuelles sans intermédiaire sont regroupées au sein du GEMA, Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances, d'autres adhèrent à la FFSA.

Les différents modes de distribution

Alors qu'il était auparavant possible d'associer un mode de distribution à un statut juridique de sociétés (les mutuelles utilisées des réseaux salariés et les autres sociétés des agents et courtiers), le progrès technologique, l'accroissement de la concurrence engendrée par la saturation du marché et les regroupements des sociétés d'assurance ont bouleversé cette organisation commerciale.

Les sociétés anonymes privées comme les mutuelles d'assurance utilisent désormais de nombreux canaux de distribution pour vendre leurs produits : agents généraux, courtiers, réseaux salariés, guichets bancaires, minitel, téléphone, internet...

TABLEAU I
PARTS DE MARCHÉ

Sociétés sans intermédiaires	Sociétés avec intermédiaires			
	Mutuelle	Bancassurance	Assurance directe	Autres
51 %	38 %	2 %	ε	9 %

Les sociétés anonymes privées ont ainsi diversifié leurs réseaux de distribution de produits d'assurance. Cette opération a été rendue possible par la constitution de grandes entités. Leurs produits d'assurance sont ainsi non seulement disponibles auprès des agents généraux d'assurance et des courtiers, mais aussi auprès de certains réseaux bancaires, par simple appel téléphonique ou par minitel.

Par ailleurs, des mutuelles locales ou professionnelles cherchent à conclure des accords avec des courtiers, tandis que de nouveaux offreurs de contrats d'assurance automobile ou autres (vie, habitation...) apparaissent sur le marché. Les entreprises de grande distribution, comme les constructeurs automobiles, s'implantent sur ce marché, en général en partenariat avec un assureur.

Les intermédiaires d'assurance, toujours utilisés par les sociétés anonymes privées et certaines mutuelles, assurent, grâce à leurs capacités professionnelles, l'information et le conseil des assurés potentiels. L'un de leur rôle fondamental consiste à cerner au plus près les besoins et les caractéristiques de leurs clients, ce qui permet aux sociétés dont ils sont distributeurs d'offrir une gamme de produits plus étendue que les sociétés sans intermédiaires. Les intermédiaires d'assurance peuvent être des personnes physiques salariées par la société, mais les deux grands acteurs de cette catégorie restent les agents généraux d'assurance et les courtiers d'assurance.

Les courtiers d'assurance sont des commerciaux indépendants inscrits au Registre du Commerce, mandatés par leurs clients pour rechercher et négocier pour eux les contrats les mieux adaptés à leurs besoins. Le courtier n'est normalement lié à aucune compagnie en particulier, ce qui devrait lui assurer une totale indépendance lors des négociations.

Les courtiers doivent être inscrits sur une liste nationale tenue par le Ministère de la Justice. La Fédération des courtiers d'assurance publie un document sur les usages du courtage d'assurance, cette activité n'étant que très peu réglementée (Livre V du code des assurances, 1996). Seules sont imposées l'existence d'un engagement de caution et l'assurance de responsabilité professionnelle pour protéger leurs clients en cas de simple faute ou de détournement de fonds.

Les agents généraux d'assurance exercent, quant à eux, une profession libérale et sont mandataires d'une société d'assurance qu'ils représentent auprès du public. Leurs statuts, pour ce qui concerne les agents généraux d'assurance Incendie, Accidents, Risques Divers (IARD), ont été longtemps définis par les annexes aux décrets du 5 mars 1949. Ces textes semblaient mal adaptés à l'évolution moderne des circuits de distribution et au marché européen et, à ce titre, ils ont été récemment révisés. Un accord entre la FFSA et la Fédération Nationale des Agents Généraux d'Assurances (FNSAGA) a ainsi permis d'aboutir au décret n° 96-902 du 15 octobre 1996 qui réglemente désormais leur activité.

Outre les réglementations propres à chaque statut de l'offreur et les règles imposées entre les sociétés d'assurance et leurs agents généraux, l'État a cherché à restreindre la liberté des assureurs en imposant son contrôle. Une importante législation a ainsi été votée et introduite dans le code des assurances. Ce contrôle vise à

protéger les assurés face à la puissance économique et financière des sociétés d'assurance.

□ **Le contrôle de l'État**

L'État, selon les textes du code des assurances, exerce un contrôle à la fois administratif et financier sur les compagnies d'assurance. Il a aussi suscité une réglementation spécifique visant à protéger directement les assurés.

Le contrôle administratif

Le contrôle administratif de l'État s'exerce d'abord par l'agrément administratif (article L 321.1), attribué sous la forme d'un arrêté ministériel par la Direction du Trésor du Ministère de l'économie, Direction ayant sous sa tutelle ces entreprises. Cependant, suite à l'adaptation du code des assurances au marché unique européen, toute entreprise d'assurance communautaire peut établir une succursale sur le territoire français, l'agrément requis étant alors non plus l'agrément français mais celui du pays d'origine. Par ailleurs, depuis l'entrée en vigueur de la directive européenne sur la libre prestation de services, des entreprises étrangères peuvent distribuer en France des contrats d'assurance, même si elles n'ont pas de succursales. Elles sont seulement soumises aux règles du Droit français.

Le contrôle de l'État s'applique par la suite aux règles de constitution et de fonctionnement (Chapitre II, Titre II du Livre II du code des assurances). La principale réglementation porte sur le contrôle des nouveaux contrats. L'article L 310.8 stipule que «lorsqu'elles commercialisent pour la première fois en France un modèle de contrat d'assurance, les entreprises d'assurance (...) en informent le Ministre chargé de l'Economie et des Finances (...). Le Ministre peut exiger la communication des documents à caractère contractuel ou publicitaire ayant pour objet une opération d'assurance (...). S'il apparaît qu'un document est contraire aux dispositions législatives ou réglementaires, le Ministre peut en exiger la modification ou en décider le retrait après avis de la commission consultative de l'assurance⁵. En cas d'urgence, l'avis de la commission consultative de l'assurance n'est pas requis.»

D'autres textes législatifs et réglementaires encadrent l'activité administrative de l'assureur. Par exemple, toutes les entreprises d'assurance sont soumises au contrôle d'un ou plusieurs commissaires aux comptes (article L 322.1) et ne peuvent en aucun cas être

dirigées ou administrées par des personnes ayant fait l'objet de certaines condamnations (article L 322.2). L'ensemble de l'activité d'assurance se trouve ainsi très réglementé, l'objectif étant de protéger les consommateurs. Ces derniers n'ont en effet généralement ni la compétence technique et juridique, ni la puissance économique pour négocier les termes du contrat. Les conditions du contrat étant rédigées unilatéralement par l'assureur, cette réglementation oblige l'assureur à ne pas abuser de son savoir et de son pouvoir.

Parallèlement au contrôle administratif des entreprises d'assurance, l'État exerce un contrôle financier de leurs activités.

Le contrôle financier

Afin de protéger les assurés contre un risque affaissant à la solvabilité ou à la liquidité de leurs assureurs, la loi du 31 décembre 1989 a créé une Commission de Contrôle des Assurances pour compléter les attributions du Ministre de l'économie. L'article L 310.12 définit sa mission : elle consiste à veiller à ce que les entreprises d'assurance respectent les dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'assurance. Cette Commission s'assure en particulier que ces entreprises tiennent les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés et, à ce titre, prescrit la marge de solvabilité nécessaire au respect de ces engagements. La marge de solvabilité des entreprises d'assurance de dommages est réglementée par les articles R 334.3 et R 334.5 du code des assurances, tandis que les articles R 332.1 et suivants réglementent les placements et les autres éléments d'actifs.

La composition de la Commission de Contrôle est prévue à l'article L 310.12.1; elle comprend cinq membres nommés par arrêté ministériel, un membre du Conseil d'État, un membre de la Cour de Cassation, un membre de la Cour des Comptes et deux membres choisis en raison de leur expérience en matière d'assurance.

Le contrôle a priori des entreprises d'assurance, qui s'exerçait avant la création de la commission (contrôle des tarifs et des documents diffusés au public), a été remplacé par un contrôle a posteriori. Il est effectué sur place par le corps des commissaires contrôleurs des assurances qui peuvent demander aux entreprises toutes les informations qu'ils jugent nécessaires à l'exercice de leur mission. Lorsqu'une entreprise n'a pas respecté une disposition législative ou réglementaire dans le domaine relevant du contrôle de la Commission, celle-ci peut prononcer à son encontre, ou à celle de ses dirigeants, et selon les dispositions prévues à l'article

L. 310.18, une ou plusieurs sanctions allant de l'avertissement, au transfert d'office de tout ou partie du portefeuille de contrats, en passant par le retrait partiel ou total de l'agrément.

Les interventions de la Commission de Contrôle des Assurances peuvent également s'appliquer aux succursales ou filiales de compagnies d'assurance françaises implantées à l'étranger.

À ce contrôle spécifique des entreprises d'assurance, est adjointe une réglementation visant à protéger directement l'assuré face à la complexité des contrats d'assurance et à la puissance économique et financière des entreprises d'assurance. Elle a pour objectif de garantir l'information du consommateur, de satisfaire l'obligation d'assurance «Responsabilité civile» et d'assurer une indemnisation aux victimes d'accidents qui n'en sont pas responsables.

La protection juridique des consommateurs

La loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance, loi fondatrice du droit de l'assurance en France, incluse en 1976 dans le code des assurances, avait pour objectif de limiter la liberté contractuelle en édictant des dispositions garantissant une protection minimale des assurés. Cette loi a joué un rôle prépondérant dans la protection du consommateur.

Les dispositions impératives du droit des assurances français sont répertoriées dans l'article L 112.2 du code des assurances. Elles stipulent, en particulier, que l'assureur doit obligatoirement fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties avant la conclusion du contrat. Celle-ci peut prendre la forme d'un exemplaire du projet de contrat et de ses pièces annexes, ou d'une notice d'informations sur le contrat qui décrit précisément les garanties assorties des exclusions, ainsi que les obligations de l'assuré.

L'obligation d'information et de conseil s'impose également aux intermédiaires d'assurance, comme nous l'avons vu précédemment. Lors de la proposition d'assurance, l'intermédiaire doit expliquer à son client les diverses dispositions du droit des assurances et du contrat afin de lui donner tous les éléments objectifs de choix d'une couverture appropriée à son risque.

Lorsque les antécédents de l'assuré conduisent l'assureur à refuser ce risque, le consommateur peut saisir, selon l'article L 212.1, le Bureau Central de Tarification arguant du fait que l'assurance automobile «Responsabilité civile» est obligatoire. Ce Bureau a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime

moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Après instruction, il peut imposer à l'assuré et à l'assureur le contrat prévu par ce dernier en ajoutant une franchise supplémentaire et une majoration tarifaire de 25 à 50 %. En cas de maintien du refus d'assurance, l'entreprise d'assurance automobile peut encourir, à l'extrême, selon l'article L 212-3, le retrait de ses agréments.

La composition du Bureau Central de Tarification est définie par l'article R 250.1. Il comprend un Président et douze membres nommés pour trois ans par arrêté du Ministre de l'Économie. Ce Bureau est assisté d'un commissaire du gouvernement. Le nombre de dossiers qu'il traite chaque année se situe autour de 3 000.

Par ailleurs, dans le cas où un accident est provoqué par un conducteur inconnu qui a pris la fuite, ou par un conducteur non assuré, les victimes peuvent recourir au Fonds de garantie contre les accidents de circulation et de chasse. Ce Fonds a été créé par l'article 15 de la loi des finances du 31 décembre 1951. Il est désormais régi par les articles L 421.1 et suivants et R 421.1 et suivants du code des assurances.

En ce qui concerne les accidents de la circulation, il regroupe toutes les sociétés agréées pour couvrir des risques de responsabilité civile résultant de l'emploi des véhicules terrestres à moteur. Son financement est assuré par une contribution des sociétés d'assurance proportionnelle aux primes ou cotisations (pour les mutuelles), par une contribution des responsables d'accidents corporels non assurés représentant 10 % des indemnités à leur charge, par une contribution des assurés égale à 0,10 % de leur prime (0,5 % avant le 1er février 1997) et enfin, selon l'article L 211.14, par les pénalités payées par les assureurs lorsque le juge estime qu'ils ont fait une proposition manifestement insuffisante à la victime (pénalité au plus égale à 15 % de l'indemnité allouée).

L'intervention du Fonds de garantie consiste à prendre en charge les conséquences d'accidents mettant en jeu la responsabilité d'un auteur connu non assuré ou non solvable, ou inconnu. À l'origine, il n'indemnisait que les dommages corporels. Aujourd'hui, sous certaines conditions et dans certaines limites, il indemnise également les dommages matériels.

L'ensemble de ces réglementations régle les marges de manoeuvre laissées aux compagnies d'assurance. Ce contrôle garantit la protection des assurés contre les abus potentiels des sociétés d'assurance et facilite l'homogénéisation des contrats proposés sur le marché.

■ LES CONTRATS D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance automobile constitue certainement, avec le contrat d'assurance logement, le produit d'assurance le plus familier du grand public. Pourtant, nombreux sont les souscripteurs de tels contrats qui ne connaissent pas ou plus leur propre police d'assurance. Une des principales explications de ce flou provient de la multiplicité des garanties qui sont proposées. Celles-ci sont généralement différentes d'une société d'assurance à une autre.

Nous tenterons, dans cette section, d'éclaircir les différentes modalités d'assurance offertes par les compagnies d'assurance. À titre d'illustration, nous présenterons les garanties du contrat PROFIL proposé par les Mutuelles du Mans Assurances⁶.

Parmi les contrats d'assurance automobile, nous distinguons la formule «Responsabilité civile» de la garantie «Dommages au véhicule» et de celle du «Conducteur responsable». La première formule est aussi appelée assurance «au tiers» et est obligatoire. Lorsqu'elle est complétée par la garantie «Dommages au véhicule», nous parlons généralement d'assurance «tous risques». En 1995, 57 % des véhicules de première catégorie (voitures particulières ou commerciales d'un poids total en charge inférieur ou égal à 3 500 kilogrammes) possédaient une garantie «Dommages» et 45 % étaient couverts par une garantie du conducteur responsable⁷. Cependant, ces deux types de garantie complémentaire ne sont pas exhaustifs, certaines options pouvant être contractées.

□ **Le contrat d'assurance «Responsabilité civile»**

La formule «Responsabilité civile», également appelée contrat «au tiers», proposée par les compagnies d'assurance constitue la base de tout contrat d'assurance. Cette formule est obligatoire depuis la loi du 27 février 1958 reprise dans les articles L 211.1 et suivants du Livre II, Titre I du code des assurances. Cette loi impose aux propriétaires de véhicules d'être assurés afin de garantir aux victimes potentielles une indemnisation des dommages qu'elles pourraient subir en cas d'accident dont elles ne seraient pas responsables. Sur ce contrat, toute franchise est interdite. À cette garantie de base, est souvent adjointe un certain nombre d'autres garanties. Par exemple, dans sa formule «au tiers», le contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances propose trois autres garanties :

La garantie «protection juridique recours» : Elle met à la disposition de l'assuré des services juridiques spécialisés dépendant de la compagnie d'assurance pour prendre en charge sa défense

lorsqu'il est poursuivi pour des faits garantis par l'assurance responsabilité civile devant les tribunaux répressifs ou la Commission de suspension du permis de conduire. L'assuré peut également en bénéficier pour obtenir la réparation de ses préjudices à la suite d'un évènement couvert par les garanties «Dommages au véhicule», «Incendie» et «Vol» et ce, même si ces garanties ne sont pas souscrites.

La garantie «Voyage» : Elle assure une assistance au véhicule assuré et aux voyageurs en cas d'interruption d'un voyage. Cette garantie couvre le souscripteur, les membres de sa famille et, éventuellement, les passagers, si l'interruption est due à un événement relatif au véhicule assuré. Elle peut également être utilisée si le voyage est effectué sans le véhicule assuré et joue alors le rôle d'une assurance «Assistance rapatriement» classique.

La garantie «Assistance financière immédiate» : Elle prévoit le versement immédiat d'une somme de 20 000 francs lorsque le conducteur du véhicule assuré (s'il satisfait les conditions du contrat) décède ou subit des blessures nécessitant une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs. Ce versement constitue une avance sur indemnisation lorsque la garantie «Assurance du conducteur» est souscrite ou lorsqu'un recours contre un tiers responsable s'avère ultérieurement possible.

La garanties «Dommages au véhicule»

Le contrat d'assurance «tous risques» englobe la formule «au tiers» complétée par la garantie «Dommages au véhicule» et un certain nombre d'autres garanties. La garantie «Dommages au véhicule» assure l'indemnisation des dommages subis par le véhicule assuré lorsqu'ils résultent d'un accident mais aussi d'activités de vandalisme ou de toutes autres forces de la nature autres que la tempête, le terrorisme ou l'attentat. La responsabilité du conducteur dans l'accident n'intervient pas dans le processus d'indemnisation. Le principe indemnitaire énoncé dans le code des assurances à l'article L 121.1, selon lequel l'assuré ne peut en aucun cas être indemnisé au-delà de la valeur du préjudice qu'il a subi, impose à l'assureur de déterminer certaines règles quant à l'indemnisation maximale.

L'indemnisation maximale est fixée selon l'âge du véhicule. Si celui-ci a moins de six mois, le remboursement maximal correspond à la valeur à neuf du véhicule au jour du sinistre (options proposées par le constructeur comprises). Si le véhicule est plus âgé, le remboursement peut atteindre au maximum la valeur vénale

proposée par l'expert à laquelle on peut ajouter, dans la limite de la valeur à neuf du véhicule, 30 % si le véhicule a entre 6 et 12 mois et 10 % s'il a entre 12 et 24 mois. Pour les véhicules plus âgés, le remboursement maximal correspond à la valeur vénale du véhicule. Elle peut être accordée avec franchise de 700, 1 500 ou 3 000 francs ou sans franchise, selon le choix du souscripteur.

Pour les accessoires et aménagements fonctionnels autres que les options proposées par le constructeur, la couverture est plafonnée, le plafond variant, selon le choix de l'assuré, entre 3 000 francs (garantie de base), 6 000 et 9 000 francs en souscrivant l'option «Extension accessoires aménagements», avec une franchise de 500 francs dans tous les cas. Pour les frais de dépannage et de remorquage, 1 000 francs sont accordés.

La garantie «Dommages au véhicule» du contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances comprend par ailleurs la garantie «tiers non identifié». Depuis la loi du 13 juillet 1982, tous les contrats d'assurance dommages comportent automatiquement une garantie «catastrophes naturelles» (article L 125.1). Depuis celle du 3 septembre 1986, ces contrats assurent également une couverture des actes de terrorisme et des attentats (article L 126.2). Pour compléter la couverture des dommages causés au véhicule, certaines options sont également disponibles.

La garantie «Vol du véhicule» : Elle assure une indemnisation en cas de vol du véhicule et de ses éléments, détournement par abus de confiance, tentative de vol ou effraction du véhicule. L'indemnisation maximale est la même que celle relative à la garantie «Dommages au véhicule». Toutefois, le maximum est réduit de 500 francs pour les accessoires et aménagements fonctionnels lorsque l'assuré ne peut présenter la facture d'achat correspondante. La franchise est identique à celle de la garantie «Dommages au véhicule», mais si le vol a été commis sans effraction, la franchise est accrue de 1 000 francs pour non-respect des mesures de prévention. De même, si le véhicule est soumis à l'obligation de tatouage des vitres ou de pose d'un anti-vol et qu'aucune attestation n'est présentée, la franchise augmente de 5 000 francs. Si l'anti-vol n'a pas été mis en service par le conducteur au moment où il quitte le véhicule, la franchise s'accroît par ailleurs de 1 000 francs.

La garantie «Incendie du véhicule» : Elle assure l'indemnisation des dommages subis par le véhicule assuré lorsqu'ils résultent d'incendie ou d'explosion (y compris par émeute, mouvement populaire, vandalisme, terrorisme ou attentat), de foudre ou de

tempête. L'indemnisation maximale est la même qu'en assurance «Dommages au véhicule». Aucune franchise n'est imposée.

L'option «Objets contenus dans le véhicule» : Elle assure l'indemnisation des dommages subis par les objets contenus dans le véhicule assuré lorsqu'ils résultent des événements définis au titre des garanties «Dommages au véhicule», «Incendie» et «Vol». L'indemnisation maximale est fixée au choix du souscripteur à 3 000, 6 000 ou 9 000 francs, la franchise s'élevant à 500 francs.

L'option «Bris de glaces» : Elles assure l'indemnisation de la réparation ou du remplacement des glaces et optiques de phares du véhicule assuré. Concernant la franchise, deux choix sont proposés au souscripteur : une franchise de 500 francs, qui n'est pas appliquée en cas de réparation du pare-brise, ou sans franchise.

La garantie du «conducteur responsable»

La garantie «Assurance du conducteur», telle qu'elle est dénommée aux Mutuelles du Mans Assurances, mais qui est plus couramment appelée garantie du «conducteur responsable», offre au conducteur du véhicule assuré ne disposant d'aucun recours contre un tiers responsable ou d'un recours partiel uniquement une indemnisation effectuée en évaluant les préjudices selon les règles du droit commun. Le montant maximum de cette garantie pour le contrat PROFIL est de 2 500 000 francs. En complément de cette assurance, les Mutuelles du Mans mettent à la disposition du conducteur ayant souscrit cette option et, par extension, les passagers du véhicule assuré (couvert par l'assurance «Responsabilité civile» du conducteur), une équipe pluri-disciplinaire ayant pour objectif de rechercher les mesures extra-médicales susceptibles de faciliter le rétablissement de leur autonomie et leur réinsertion dans leur cadre de vie. Cette seconde garantie couvre les frais de diagnostic et d'étude de cette équipe d'assistance.

Cette présentation des différentes formules et options proposées aux souscripteurs illustre la complexité du choix auquel il est confronté. Nous résumons les formules de souscription dans le tableau 2.

Non seulement de nombreuses possibilités sont offertes, mais l'information sur chacune des modalités reste très imparfaite. Elle induit même en erreur certains assurés qui, sous prétexte d'avoir acquis une assurance «tous risques», se croient couverts face à tous les risques. Or ce n'est pas le cas.

**TABLEAU 2
LES CONTRATS ET GARANTIES OFFERTS
PAR LE CONTRAT PROFIL DES MUTUELLES DU MANS**

FORMULES DE BASE	OPTIONS
Formule au tiers	
Responsabilité civile	1) Vol + Incendie + Forfait accessoires
Protection juridique recours	- aménagements à 3000 F
Voyage	2) Bris de glace
Assistance financière	3) Assurance du conducteur
	4) Objets transportés 3000, 6000, ou 9000F
	5) Extension plafond de garantie accessoires-aménagements à 6000 ou 9000F
Formule tous risques	
Responsabilité civile	1) Bris de glace
Protection juridique recours	2) Assurance du conducteur
Voyage	3) Objets transportés 3000, 6000 ou 9000F
Assistance financière	4) Extension plafond de garantie
Vol + Incendie + Forfait accessoires - aménagements	accessoires-aménagements à 6000 ou 9000 F
Dommages au véhicule	
Source : communication personnelle, 1996	

Si un assuré ayant souscrit uniquement une assurance «tous risques» est responsable d'un accident qui lui provoque de graves blessures, il ne touchera aucune indemnité provenant de la compagnie d'assurance. Les autres blessés seront, en revanche, couverts par son assurance «Responsabilité civile». Seule l'option «Assurance du conducteur» couvre de tels dommages corporels engageant la responsabilité du conducteur. La plupart des assurés demeure mal informée à ce sujet et nombreux sont ceux qui ne savent pas s'ils ont souscrit cette garantie.

Ce type de malentendu (cette garantie ne coûte en moyenne que 280 francs par an, si bien que nous ne pouvons pas expliquer autrement que par une mauvaise information le fait que seulement 45 % des assurés achètent cette option) est une source de conflit entre assuré et assureur et également entre les victimes d'accidents de la route. Il suscite de nombreux coûts (frais de gestion des dossiers et frais de justice) et retarde l'indemnisation des victimes. Ce sont les principaux arguments qui ont motivé le gouvernement

du Québec à instaurer un régime public de «Responsabilité civile» sans égard à la faute. Dans cette province canadienne, toute personne blessée lors d'un accident routier est indemnisée, quelle que soit sa responsabilité dans la réalisation de l'accident. Des systèmes similaires sont également appliqués dans de nombreux États américains.

En France, cette réglementation n'est pas d'actualité, même si les compagnies d'assurance semblent de plus en plus préoccupées par l'image que de tels procès avec leurs assurés leur confèrent. L'exclusion des conducteurs responsables de la garantie «Responsabilité civile» est d'autant plus choquante que les conducteurs, qu'ils soient responsables ou non, représentent la majorité des victimes parmi les usagers de la route. En 1996, 73 % des personnes victimes des accidents de voitures étaient des conducteurs. Parmi eux, 42,4 % sont indemnisés totalement et 12,1 % partiellement au titre de la responsabilité civile. Il reste ainsi 45,5 % des conducteurs, soit 60 000 personnes à prendre en charge au titre de la garantie du conducteur responsable.

Pour amoindrir ce problème, une solution consiste à mieux informer les 33 millions d'automobilistes sur les risques qu'ils encourent en ne souscrivant pas une telle garantie. Cette information, comme nous l'avons vu précédemment, est du ressort des compagnies et des intermédiaires d'assurance.

□ **Interprétation théorique des choix**

Le consommateur se trouve confronté à une multitude de choix lorsqu'il cherche à s'assurer contre les dommages provoqués par les accidents de la route. Le tableau 3 présente les taux de souscription des principales garanties facultatives.

Son premier choix consiste à déterminer quelles garanties il souhaite acquérir, en sachant que la garantie «Responsabilité civile» est obligatoire. Ce choix peut être influencé par son comportement en tant que conducteur (en particulier son kilométrage, qui reflète son exposition au risque), par les caractéristiques de son véhicule (ancienneté et valeur du véhicule), mais aussi par des préoccupations proches de la théorie de l'anti-sélection.

Dommages au véhicule	57 %
Vol	79 %
Incendie	79 %
Bris de glaces	82 %
Assurance du conducteur	45 %
Source : APSAD FFSA	

Toutes choses égales par ailleurs, un conducteur, dont le risque intrinsèque est plus élevé, pourrait avoir une plus forte probabilité d'acheter un contrat avec une couverture étendue qu'un conducteur dont le risque intrinsèque est plus faible.

Le second choix de l'assuré consiste à déterminer quel est le niveau de franchise auquel il souhaite se soumettre. La franchise a, du point de vue de l'assureur, trois objectifs. Elle permet, d'une part, de limiter les frais de dossier; les accidents dont le montant des dommages est inférieur à la franchise ne sont pas déclarés à l'assureur. D'autre part, elle incite l'assuré à entreprendre des mesures d'autoprotection. Enfin, elle facilite la baisse générale des primes, la franchise étant alors considérée comme une implication financière de l'assuré dans le règlement du sinistre. Ce choix du montant de la franchise est perçu comme un signal pour l'assureur; un signal sur le risque intrinsèque et sur le degré de riscophobie de l'assuré.

Du point de vue de l'assuré, ce choix est compliqué. Tout d'abord, différentes possibilités sont proposées selon le type de garanties. Pour le contrat PROFIL, il doit choisir entre une franchise de 0,700, 1 500 ou 3 000 francs pour la garantie «Dommages au véhicules» et «Vol» et entre une franchise nulle ou de 500 francs pour la garantie «Bris de glaces». Ce choix peut également être plus compliqué s'il doit choisir entre une franchise fixe ou proportionnelle, comme c'est le cas par exemple à la MAIF.

Le choix de l'assuré résulte de l'arbitrage entre couverture et coût. Plus il souhaite une couverture large, c'est-à-dire une franchise faible, plus la prime correspondante s'élève. Comme la hausse de prime est souvent non proportionnelle à la baisse de franchise (les franchises n'étant jamais très élevées), il semble que les considérations financières soient plus importantes que les déterminants théoriques tels que le risque intrinsèque ou les efforts de prévention.

Finalement, ces deux décisions, choix du type de garanties contractées et du niveau de franchise, conduisent théoriquement l'assuré le plus risqué vers une couverture plus étendue que les autres assurés. Pour remédier à ce problème, les compagnies d'assurance cherchent par le biais de leurs procédures de tarification à évaluer le risque intrinsèque de chaque conducteur à partir des caractéristiques observables. Il s'agit, pour tout assureur, de proposer à chaque conducteur un contrat dont le prix correspond à son risque actuariel, quelle que soit la couverture de ce contrat.

■ LES PRINCIPES DE TARIFICATION

Nous présentons dans cette section les procédures de tarification utilisées par l'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurance Dommages (APSAD). Cet organisme a perdu le pouvoir de tarification qu'il possédait autrefois, mais propose néanmoins toujours des préconisations professionnelles, les compagnies d'assurance étant libres de pratiquer les tarifs qu'elles désirent.

Pour illustrer notre exposé, nous utilisons les tarifs proposés pour le contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances. Cette compagnie ne respecte que partiellement les procédures préconisées par l'APSAD mais suit la même logique de tarification.

Deux types d'outils actuariels sont utilisés par les compagnies d'assurance. Les premiers ont pour objectif de classer a priori chaque assuré selon son risque en fonction de critères observables. Nous les appelons les outils de tarification a priori. Ils se rapprochent des préoccupations liées à l'anti-sélection. Les seconds, appelés outils de tarification a posteriori, ont pour objet de corriger la première classification et d'inciter les assurés à prévenir le risque d'accident. Ils se rapprochent donc des préoccupations liées à la fois à l'anti-sélection et au risque moral.

La tarification a priori

Chacune des garanties présentées précédemment est proposée à un tarif qui dépend des caractéristiques du véhicule, de celles du ou des conducteurs, de la zone géographique et des antécédents d'assurance. Cette tarification a priori a pour objectif d'ajuster la prime au risque actuariel. Elle s'apparente aux solutions proposées par les économistes pour réduire les problèmes engendrés par l'antisélection : l'assureur cherche à évaluer le risque intrinsèque de ses clients à partir de leurs caractéristiques observables qu'ils ne peuvent ni dissimuler ni modifier.

Classification selon le véhicule

Parmi ces caractéristiques, celles relatives au véhicule se sont révélées prépondérantes dans le calcul de la prime d'assurance automobile. Les études statistiques entreprises pour étudier le risque en fonction du type de véhicule ont pu apprécier différemment le risque selon qu'il provienne des garanties «Responsabilité civile» ou des garanties «Dommages au véhicule», «Vol», «Incendie» et «Bris de glaces».

Classification applicable à la garantie «Responsabilité civile». En «Responsabilité civile», il convient de mesurer les dommages causés par les véhicules des conducteurs responsables des accidents. Dans ce cas, les voitures lourdes, puissantes et rapides occasionnent en moyenne beaucoup plus de dégâts que les autres, et sont impliquées plus souvent dans des accidents car elles sont utilisées plus fréquemment. Des études statistiques mettent ainsi en évidence que la fréquence et le coût des sinistres est fonction des critères suivants :

- la puissance réelle (la puissance fiscale n'étant pas assez représentative du risque) et la vitesse de pointe;

- le type de propulsion : les modèles à traction avant ainsi que ceux à roues arrières indépendantes provoquent moins d'accidents que les autres modèles. De même, les voitures dotées de 4 roues motrices permanentes ont une fréquence d'accident moindre;

- le freinage et l'assistance : les modèles à freins assistés et ceux équipés de système antibloquants (ABS) ont les meilleurs résultats;

- le prix du véhicule : à performance équivalente, il a été observé que les véhicules les plus équipés, donc les plus chers, ont une utilisation plus intensive et donc présentent un risque plus élevé;

- les modèles diesel : ces modèles, par rapport aux modèles à essence comparables, ont une utilisation plus intensive et donc une fréquence annuelle d'accident supérieure.

Après de nombreuses études statistiques, on a retenu une formule de calcul qui fournit une note permettant de hiérarchiser les véhicules en fonction du risque. Les groupes de tarification actuellement utilisés sont représentés par des nombres de 7 à 16. En passant d'un groupe à l'autre, la prime s'accroît en moyenne de 10 %.

Classification applicable aux garanties «Dommages au véhicule», «Vol», «Incendie», «Bris de glaces». Quand le conducteur est responsable d'un accident, les dommages subis par son propre véhicule sont couverts par la garantie «Dommages au véhicule». Dans ce cas, le prix de revient de l'assurance est directement fonction du prix du véhicule et du coût des réparations. Un calcul permet de déterminer un coefficient qui hiérarchise les véhicules à l'intérieur d'un groupe de tarification donné. Ces coefficients sont ensuite regroupés par classe désignée par une lettre de A à J⁸. En passant d'une classe à l'autre, la prime varie en moyenne de 15 %. Actuellement, dans le calcul de la classe de

tarification, c'est le critère valeur à neuf du véhicule qui prédomine. Celle-ci est comparée au prix moyen d'un échantillon de véhicules appartenant au même groupe, de façon à comparer les prix des véhicules de performances semblables. Plus le véhicule est cher, plus la classe est élevée.

Parallèlement, des recherches sont menées pour que la classe prenne en compte le coût des réparations pour réagir aux politiques commerciales de certains constructeurs, qui consistent à vendre leurs véhicules le moins cher possible et à compenser ce manque de profit en augmentant le prix des pièces de rechange ou en accroissant le temps nécessaire aux réparations. Selon ces travaux, le coût des réparations qui servira au calcul de la classe résulte de l'estimation du coût des pièces de rechange les plus fréquemment endommagées lors d'une collision et des temps de main-d'oeuvre.

La Direction Automobile l'Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Dommages, organisme technique de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, publie chaque année un fascicule détaillant le classement des véhicules dans les groupes et classes de tarification (Fédération Française des Sociétés d'Assurances, 1996). Quelques exemples de classification pour certains modèles français sont reportés dans le tableau 4, avec les tarifs associés aux principales garanties offertes par les Mutuelles du Mans Assurances dans la zone de Paris, pour des véhicules récents.

Dans ce tableau, nous remarquons que le passage d'une assurance «au tiers» à une assurance «tous risques» augmente au minimum de 50 % la prime. Cet écart ne cesse d'augmenter, plus le véhicule appartient à un groupe et à une classe élevée. Pour la citroën XM de notre exemple, qui est la voiture dont la gamme est la plus élevée, le rapport entre la prime associée au contrat «tous risques» et celle du contrat «au tiers» est environ de quatre avec rachat de la franchise et de trois avec une franchise de 3 000 francs. Ce rachat total de la franchise associée à la formule «tous risques» augmente d'environ 30 % le prix par rapport au contrat avec franchise de 3 000 francs. À partir d'un certain type de véhicule, le rachat de cette franchise devient plus cher que la franchise elle-même.

Cette structure tarifaire avec un choix de franchises est le reflet d'une discrimination des prix de la part de l'assureur en fonction du degré de riscophobie ou du risque intrinsèque du conducteur. En effet, selon la théorie microéconomique de l'assurance, les conducteurs les plus riscophobes, ou ceux dont le risque intrinsèque est plus élevé, souhaitent acheter, toutes choses égales par ailleurs, un

TABLEAU 4
CLASSEMENT DE CERTAINS VÉHICULES
ET TARIFS ASSOCIÉS

Modèle ⁹	Groupe	Classe	Formule au tiers	Formule tous risques			
				Franchise			
				0	700	1500	3000
Citroën							
AX 10 E	8	A	1947	4222	3867	3631	3295
ZX Flash 1.1 L	10	A	2286	5350	4861	4535	4073
Xantia 1.9 DX	12	C	2626	7394	6728	6283	5654
XM D12							
Ambiance TD	15	G	3198	13455	12637	11642	10614
Renault							
Supercinq Five	8	A	1947	4222	3867	3631	3295
Twingo Easy	9	B	2096	4880	4458	4177	3778
Clio Chipie 1.2	10	A	2286	5350	4861	4535	4073
Laguna RN 1.8	13	C	2859	8383	7587	7056	6305
Safrane Alizé							
RN 2.1 DT	14	D	2986	10175	9245	8625	7746
Peugeot							
106 Kid	9	A	2096	4785	4344	4062	3664
306 XN 1.1	10	A	2286	5350	4861	4535	4073
405 GL	10	B	2286	5472	4983	4657	4195
406 Sldt 1.9	13	D	2859	8698	7903	7372	6620
605 Sldt	15	E	3198	12356	11268	10543	9515
806 1.9 Srdt	14	D	2986	10175	9241	8625	7746

Source : communication personnelle, 1996, en francs courants

contrat avec une couverture plus étendue que les autres conducteurs. Un moyen d'accroître sa couverture consiste alors à diminuer la franchise. Cet enseignement permet aux compagnies d'assurance de justifier les surprimes associées aux contrats sans franchise.

Outre cette double classification des véhicules, certains ajustements sont effectués. Tout d'abord, l'ancienneté du véhicule est prise en compte lorsque la garantie «Dommages au véhicule» est souscrite. Le tarif est alors dégressif en fonction de l'année de première mise en circulation. Les tarifs 1996 du contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances assignent un coefficient de 1 au véhicule dont l'année de première mise en circulation est postérieure à 1991, de 0,95 pour ceux mis en circulation entre 1988 et

1990, de 0,90 entre 1985 et 1987 et de 0,85 pour 1984 et les années antérieures. Par ailleurs, dans les régions à haut risque de vol et pour les véhicules récents, une majoration de tarif est généralement appliquée si le souscripteur ne peut déclarer être propriétaire ou locataire d'un garage affecté au véhicule (local clos, couvert, dont l'accès entrée et sortie doit être protégé par une clé mécanique ou électrique, un badge numérique ou un code). De surcroît, lorsque le véhicule présente lui-même un sur-risque vol, une majoration est appliquée. L'imposition de ces majorations dépend du type de véhicule. Elles ont pour objectif de prévenir le vol. Les règles générales imposées par les Mutuelles du Mans Assurances sont reportées dans le tableau 5.

Le tableau 6 présente les prix associés à la garantie optionnelle «Vol, Incendie et Forfait accessoires aménagements» que peuvent souscrire les assurés ayant une assurance «au tiers», ainsi que les majorations appliquées sur les véhicules mentionnés précédemment.

À cette évaluation du risque actuariel du véhicule, s'ajoute une classification selon les conducteurs.

TABLEAU 5
LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE «VOL»

Groupe 12 ou plus	Toutes classes	En zones FV-GV-HV-P-L-M ¹⁰ majoration de cotisation si le souscripteur ne peut déclarer être propriétaire ou locataire d'un garage affecté au véhicule.
Groupe 12 ou plus et les véhicules présentant un sur-risque vol quel que soit le groupe	Toutes classes	En toutes zones, tatouages des vitres obligatoires, franchise de 5 000 F en cas de vol si cette condition n'est pas remplie.
Groupe 13 ou plus	Classe E ou plus	Même dispositif plus antivol obligatoire et franchise de 5 000 F si cette condition n'est pas remplie.

Source : communication personnelle, 1996

TABLEAU 6
LES TARIFS PROFIL POUR LA GARANTIE «VOL, INCENDIE
ET FORFAIT ACCESSOIRES AMÉNAGEMENTS»

Modèle	Groupe Classe	Vol + Incendie + Forfait accessoires aménagements	Majorations		
			Absence de garage ¹²	Sur-risque ¹¹	
				simple	aggravé ¹³
Citroën					
AX 10 E	8-A	445	–	43	213
ZX Flash 1.1 L	10-A	513	–	49	243
Xantia 1.9 DX	12-C	1336	258	129	646
XM D12 Ambiance TD	15-G	4706	2774	462	2311
Renault					
Supercinq Five	8-A	445	–	43	213
Twingo Easy	9-B	593	–	57	285
Clio Chipie 1.2	10-A	513	–	49	243
Laguna RN 1.8	13-C	1358	782	130	652
Safrane Alizé RN 2.1 DT	14-D	2349	1369	228	1141
Peugeot					
106 Kid	9-A	479	–	46	228
306 XN 1.1	10-A	513	–	49	243
405 GL	10-B	635	–	61	303
406 Sldt 1.9	13-D	1696	985	164	821
605 Sldt	15-E	3530	2068	345	1723
806 1.9 Srdt	14-D	2349	1369	228	1141

Source : communication personnelle, 1996, francs courants

Classification selon les conducteurs

Le souscripteur doit obligatoirement déclarer l'identité et les antécédents des personnes susceptibles de conduire régulièrement le véhicule assuré. Le conducteur principal parcourt le plus grand nombre de kilomètres au volant du véhicule assuré, tandis que les conducteurs complémentaires sont susceptibles de conduire le véhicule avec une certaine régularité. Si le souscripteur est dans l'impossibilité de désigner le conducteur du véhicule, un tarif majoré lui est appliqué. Pour le contrat PROFIL, un coefficient correctif égal à 1,20 ou 1,50 selon que la franchise conducteur novice soit maintenue ou rachetée est appliqué.

Par ailleurs, le tarif est accru lorsque le conducteur principal ou un conducteur complémentaire est novice. Par conducteur novice, nous entendons les conducteurs qui possèdent leur permis depuis moins de trois ans et, pour les assurés ayant un permis de trois ans et plus, ceux qui ne peuvent justifier d'une assurance effective au cours des trois dernières années précédant la souscription du contrat. Selon l'article A 335-9-1 du code des assurances, cette surprime ne peut dépasser 140 % de la prime de référence. Elle est réduite de moitié après chaque année sans sinistre engageant la responsabilité de l'assuré. Pour le contrat PROFIL, cette surprime prend la forme d'un coefficient dont les critères de détermination sont reportés dans le tableau 7.

Outre cette procédure spécifique au jeune conducteur, l'assureur évalue le risque intrinsèque de chaque assuré lors de la souscription du contrat par deux moyens :

- Il utilise son indice de bonus-malus que nous étudierons ultérieurement;

- Il peut également appliquer des surprimes, majorations et réductions tarifaires au tarif de base. Ces ajustements exceptionnels sont régis par les articles A 355-9-1, A 355-9-2 et A 355-9-3 du code des assurances. Les majorations sont appliquées si le conducteur a été condamné pour conduite en état d'ébriété (majoration maximale 150 %) ou pour délit de fuite (majoration maximale 100 %), s'il s'est vu retirer ou suspendre son permis de conduire pendant plus de deux mois (de 2 à 6 mois, maximum 50 %, plus de 6 mois 100 %, et 200 % lorsqu'il s'agit de plusieurs suspensions de plus de deux mois). Il en est de même pour les assurés responsables de trois sinistres ou plus au cours de la période annuelle de

TABLEAU 7
LE COEFFICIENT DE SURPRIME POUR
LES CONDUCTEURS NOVICES

Ancienneté de permis	Conjoint, concubin, ou enfant d'un sociétaire des Mutuelles du Mans	Conducteur principal		Conducteur complémentaire
		Homme	Femme	
Moins d'un an	OUI	1,60	1,00	2,00
	NON	2,00	1,10	2,00
De un à deux ans	OUI	1,20	1,00	1,50
	NON	1,50	1,00	1,50

Source : communication personnelle. 1996

référence (maximum 50 %) ou pour les assurés n'ayant pas déclaré, à la souscription d'un contrat, une ou plusieurs de ces circonstances aggravantes (maximum 100 %).

Ces majorations sont calculées à partir de la prime de référence, avant la surprime associée au conducteur novice ou aux réductions qui peuvent aussi être accordées. Des réductions sont offertes aux assurés se soumettant à des cycles de formation ou de perfectionnement à la conduite ou à ceux qui répondent à des critères de bonne conduite automobile distincts du système de bonus-malus. Par exemple, pour le contrat PROFIL, les conducteurs novices ayant obtenu leur permis dans le cadre de l'apprentissage anticipé de la conduite ne se voient pas appliquer de coefficient de majoration justifié par leur faible expérience de conduite. Le cumul de ces majorations ne peut excéder 400 % de la prime de référence ainsi définie et ne peut durer plus de deux ans.

À cette évaluation du risque actuariel du conducteur, certains ajustements sont effectués. Pour certaines professions, un tarif réduit est appliqué au conducteur. Pour les Mutuelles du Mans Assurances, il s'agit des agriculteurs et des aides familiaux agricoles (coefficient correctif 0,80).

Classification selon la zone de circulation

Le tarif est, par la suite, ajusté selon la commune de l'adresse du souscripteur ou celle du lieu de garage habituel du véhicule lorsqu'elle est différente. Le territoire est ainsi découpé en 17 zones de tarification. Le tableau 8 propose quelques exemples de classement de communes et de départements dans les zones de tarification.

L'analyse de ce tableau se révèle très surprenante : la prime d'assurance varie du simple au double selon le lieu de résidence, alors que ce critère est rarement significatif dans les modèles d'analyse du risque routier. Cette remarque est également valable pour l'assurance «au tiers». L'argument relatif à la fréquence différente des vols selon les régions ne peut donc justifier de tels écarts. La seule justification consisterait à prouver qu'il survient plus d'accidents et de vols à Marseille qu'à Paris par exemple, et qu'ils sont plus coûteux. Les études d'indices de fréquence de «Responsabilité civile» par département et agglomération réalisées par les assureurs mettent en effet en évidence que la zone de circulation reste un critère fondamental pour appréhender le risque routier.

TABLEAU 8
LES TARIFS SELON LES ZONES DE RÉSIDENCE POUR
DEUX VÉHICULES

Lieu	Zone	Clio Chipie 1.2		Peugeot 406 Sldt 1.9	
		Assurance au tiers	Assurance tous risques sans franchise	Assurance au tiers	Assurance tous risques sans franchise
Paris, Hauts de Seine	P	2286	5350	2859	8658
Lyon, Monaco	L	2851	6292	3574	10107
Marseille	M	3902	7313	4906	12345
Montpellier, Bordeaux, Corse	GV	2286	5423	2859	9228
Blois, Troyes, Rennes	D	1936	4374	2415	7044
Strasbourg, Clermont-Ferrand	F	2189	4927	2736	8202
Dijon, Quimper, Angoulême	E	2072	4619	2588	7516
Montélimar, Valence, Le Havre	EV	2072	4726	2588	7869
Perpignan, Grenoble, Roubaix	G	2286	5293	2859	8820
Mayenne (sauf Laval), Ile d'Yeu	A	1683	3784	2094	5863
Seine Saint Denis, Val de Marne	HV	2481	5818	3106	9463

Source : communication personnelle, 1996, en francs courants

Les compagnies d'assurance utilisent par ailleurs les informations déclarées par l'assuré pour estimer son kilométrage (information sur le kilométrage du véhicule, son ancienneté, l'âge et la profession du conducteur). Elles prévoient par exemple que les jeunes conducteurs ou les propriétaires de véhicules récents parcourront plus de kilomètres par rapport à la moyenne. Certaines modifications complémentaires peuvent aussi être apportées selon l'exposition au risque de l'assuré. L'utilisation du véhicule pour des tournées, des visites régulières de clientèle ou de chantiers engendre une augmentation de la prime (dans le contrat PROFIL, la prime augmente de 5 % dans ce cas).

Le recueil direct du kilométrage est beaucoup plus rare. Le contrat PROFIL est le principal contrat qui utilise le kilométrage déclaré par l'assuré comme un critère de tarification¹⁴. Ce contrat a été conçu à ce titre comme un produit d'attaque permettant de conquérir de nouvelles parts de marché. En particulier, il est pro-

bable que de nombreux conducteurs ne parcourant que peu de kilomètres pendant l'année aient souscrit ce type de contrat. Or, les conducteurs les moins mobiles sont aussi les moins accidentés. Les jeunes, par exemple, parcourent en général beaucoup de kilomètres par rapport à la moyenne et n'ont donc aucun intérêt à voir intervenir le kilométrage dans les critères de tarification.

En attirant les conducteurs les moins exposés au risque d'accident, les Mutuelles du Mans Assurances cherchent à diminuer la prime moyenne de leur contrat. Le kilométrage étant la principale variable mesurant l'exposition au risque, cet outil de tarification est totalement justifié. Il n'avait pas été mis en place auparavant sous prétexte que les coûts de gestion et de contrôle qu'il suscitait paraissaient très importants. Quatre types de contrat sont proposés; les conditions d'acceptation de ces différents contrats sont très réglementées. Elles reposent sur les antécédents en termes d'assurance de l'assuré.

Classification selon les antécédents

L'obtention d'un de ces quatre contrats dépend du coefficient de bonus-malus maximum à la souscription, du nombre total de sinistres depuis trois ans déclaré à la souscription et du caractère novice des conducteurs. Ces conditions sont résumées par le tableau 9.

TABLEAU 9					
LES CRITÈRES D'ACCEPTATION POUR LES CONTRATS PROFIL					
	Conducteurs considérés	Type de contrat PROFIL			
		125	90	65	50
Coefficient de bonus-malus maximum à la souscription compatible avec l'ancienneté du permis	Principal	1,25	0,90	0,65	0,50
Nombre total de sinistres à la souscription (antécédents sur trois ans)	Principal et complémentaire	2 max	1 max	1 max	0 max
		Pas de circonstances aggravantes			
Caractère novice d'un conducteur	Principal	oui	non	non	non
	Complémentaire	oui	oui	oui	oui
Refus d'acceptation					
Véhicules classés «refusé»					
Véhicules de groupe 13 ou plus si le conducteur principal est novice					
Source : communication personnelle 1996					

En cas de refus de la part de l'assureur d'accepter un de ses clients sur ces contrats PROFIL, il lui propose un contrat classique ne faisant pas intervenir le kilométrage.

Lorsque ces conditions sont remplies, l'assuré, avec l'accord de la compagnie d'assurance, choisit son forfait kilométrique. En cas de dépassement du forfait kilométrique retenu pour l'année écoulée, un ajustement de la cotisation est appliqué. Si ce dépassement excède 1 500 kilomètres, l'ajustement est opéré avec un supplément de 5 % pour frais de gestion. Le coefficient associé au forfait kilométrique est déterminé à l'aide des critères exposés dans le tableau suivant.

TABLEAU 10
LE COEFFICIENT ASSOCIÉ AU FORFAIT KILOMÉTRIQUE

PROFIL	125	90	65	50
9 000 km	2,10	1,38	1,18	1,00
12 000 km	2,79	1,78	1,54	1,28
18 000 km	3,29	2,10	1,81	1,51
18 000 km P	3,84	2,45	2,11	1,76
30 000 km	4,69	3,13	2,71	2,22
illimité	5,80	3,88	3,34	2,75

Conditions d'acceptation :
 9 000 km non autorisé, si le souscripteur ne possède pas un véhicule depuis au moins un an.
 18 000 km P accepté si :
 – 3 dernières années chez le même assureur;
 – Conducteur ayant plus de 5 ans d'expérience;
 – Véhicule ni réservé, ni refusé, ni en sur-risque vol aggravé.
 30 000 km et illimité non autorisés si un sinistre dans les 36 mois.

Source : communication personnelle, 1996

À cette classification a priori du risque, fonction du véhicule, du conducteur, de la zone géographique et des antécédents, les compagnies d'assurance ont ajouté une classification a posteriori. Elle a à la fois pour objectifs de corriger l'évaluation a priori du risque de l'assuré et d'inciter celui-ci à entreprendre des mesures de prévention pour éviter l'accident.

La tarification a posteriori

Lors de l'étude des majorations tarifaires pour risques aggravés et des réductions pour bonne conduite, nous étions à la limite entre

tarification a priori et tarification a posteriori. Il s'agit d'un outil a priori car ces informations sont reportées sur un relevé d'informations que l'assuré doit présenter au nouvel assureur lorsqu'il désire changer son contrat. Le coefficient de bonus-malus sert ainsi, dans ce cadre, d'outil de tarification a priori. Cependant, il s'agit également d'un outil de tarification a posteriori, car ces informations sont ensuite transmises à l'assureur au cours de la durée de vie du contrat.

La principale utilisation par les compagnies d'assurance du système de bonus-malus, autrement appelé système de réduction-majoration, consiste néanmoins à ajuster la prime en fonction de l'historique de l'assuré en termes d'accidents. À ce titre, il participe à la détermination de la tarification a posteriori. Il se justifie par le fait que même si le tarif a priori est particulièrement bien construit, il reste difficile d'expliquer plus de la moitié de la variance totale du risque. Pour une classe tarifaire donnée, les assurés n'ayant pas eu d'accident pendant une année constituent une sous-population dont le risque est moindre l'année suivante que celui de la population d'origine. Les seuls critères a priori ne permettent donc pas d'homogénéiser parfaitement les populations.

Les pouvoirs publics ont institué la première clause type de majoration-minoration applicable à tous les contrats en 1976. Auparavant, le détail de la clause était laissé à la discrétion de chaque société. Le système actuel imposé depuis 1984 constitue le seul outil de tarification obligatoire et intégralement réglementé dans le contrat d'assurance. Ce système est régi par l'annexe à l'article A121-1 du code des assurances.

Il consiste à appliquer à la prime de référence calculée par la tarification a priori, un coefficient qui réduit ou accroît cette prime pour déterminer la prime effectivement payée par l'assureur. La prime de référence sur laquelle s'applique le coefficient de réduction-majoration est la prime définie pour la garantie des risques de «Responsabilité civile», «Dommages au véhicule», «Vol», «Incendie» et «Bris de glaces». Elle ne comprend pas la prime associée à la garantie «Assurance du conducteur» et les éventuelles majorations prévues pour les circonstances aggravantes, mais inclut la sur-prime prévue pour les conducteurs novices et les réductions éventuellement accordées.

Le système est le suivant.

– Le coefficient d'origine est de 1.

– Après chaque période annuelle d'assurance sans sinistre engageant la responsabilité totale ou partielle de l'assuré, le coefficient applicable est celui utilisé à la précédente échéance réduit de 5 %, arrêté à la deuxième décimale et arrondi par défaut. Toutefois, lorsque le contrat garantit un véhicule utilisé pour usage «tournées», la réduction est égale à 7 %.

– Le coefficient de réduction-majoration ne peut être inférieur à 0,5. Treize années sans accident responsable sont ainsi nécessaires pour obtenir ce bonus maximal.

– Lorsqu'un sinistre engageant la responsabilité de l'assuré survient au cours de la période annuelle d'assurance, le coefficient est majoré de 25 % et il en est de même pour chaque sinistre supplémentaire. Si le véhicule est assuré pour des «tournées», la majoration est égale à 20 % par sinistre. La majoration est toutefois réduite de moitié (respectivement 12,5 et 10 %) lorsque la responsabilité du conducteur n'est que partiellement engagée.

– En aucun cas le coefficient de réduction-majoration ne peut être supérieur à 3,5.

– Après deux années consécutives sans sinistre, le coefficient applicable ne peut être supérieur à 1 (clause de retour rapide).

Les sinistres ayant engagé totalement la responsabilité d'un tiers ne sont pas pris en considération par ce système. De même, lorsque le sinistre est survenu à un véhicule en stationnement par le fait d'un tiers non identifié et que la responsabilité de l'assuré n'est engagée à aucun titre, ou lorsque le sinistre met en jeu uniquement l'une des garanties «Vol», «Incendie» ou «Bris de glaces», il n'est appliqué aucune majoration au titre de ces sinistres. La période annuelle prise en compte pour l'application des dispositions de la présente clause est la période de douze mois consécutifs précédant de deux mois l'échéance annuelle du contrat.

Le coefficient de réduction-majoration acquis au titre du véhicule désigné dans le contrat est automatiquement transféré en cas de remplacement de ce véhicule ou en cas d'acquisition d'un ou plusieurs véhicules supplémentaires. Toutefois, le transfert de la réduction n'est applicable que si le(s) conducteur(s) habituel(s) du véhicule désigné dans le contrat demeure(nt) le(s) même(s), sauf en cas de réduction du nombre de conducteurs, s'il y en a plusieurs. Le tableau 11 propose un exemple pratique d'évolution de la prime en fonction du coefficient de réduction-majoration et des majorations diverses possibles¹⁵.

TABLEAU 11
EXEMPLE D'ÉVOLUTION DU COEFFICIENT
DE BONUS-MALUS

Année	Événement (origine prime = 100)	Coefficient de bonus-malus	Majoration	Prime nette
1		1	× 1,6 (jeune 1 ^e an)	160
2		1 × 0,95	× 1,2 (jeune 2 ^e an)	114
3		0,95 × 0,95 = 0,9		90
4	suspension de permis 3 mois	0,9 × 0,95 = 0,85	+ 50 (suspension 1 ^e an)	135
5	2 accidents responsables	0,85 × 1,25 × 1,25 = 1,32	+ 50 (suspension 2 ^e an)	182
6		1,32 × 0,95 = 1,25		125
7		1 (retour rapide)		100
8		1 × 0,95 = 0,95		95

À ce système de base, est souvent adjointe une clause d'exonération de malus. Celle-ci stipule qu'aucune majoration du coefficient n'est appliquée pour le premier sinistre responsable survenu après la première période d'au moins trois ans au cours de laquelle le coefficient de bonus-malus a été égal à 0,5. Cette exonération de malus n'est valable qu'une seule fois. Ce système remplace le crédit «fidélité» pour le contrat des Mutuelles du Mans Assurances. Cet ancien système, toujours valable chez certaines compagnies d'assurance, consistait à récompenser les assurés ayant un coefficient de 0,5 depuis plus de trois ans en leur proposant un coefficient exceptionnel égal à 0,35. Ce crédit fidélité était ensuite effacé dès le premier accident responsable par une hausse de 25 % de ce coefficient exceptionnel.

L'avantage principal de la clause type de réduction-majoration est sa simplicité. Son principe est accepté, mais les modalités de la clause sont soumises à de vives critiques, en particulier parce que le système est très déséquilibré. En 1995, 96 % des assurés avaient un bonus (coefficient inférieur à 1), 61 % des assurés avaient le bonus maximal (coefficient de 0,5), 2 % des assurés n'avaient ni bonus ni malus (coefficient de 1) et 2 % un malus (coefficient supérieur à 1). Ce déséquilibre s'explique selon G. Thiry (1990) par l'obligation pour les assureurs d'appliquer le même système de bonus-malus à tous les assurés. Actuellement, la clause type de réduction-majoration entraîne pour deux assurés ayant eu le même nombre de sinistres un même coefficient de bonus-malus par rapport à des primes de

souscription, basées sur des critères a priori, très différentes. Selon G. Thiry, plus la prime de départ est basse, plus le bonus par année sans sinistre devrait être faible et plus le malus par sinistre devrait être fort. En revanche, plus la prime de départ est élevée, plus le bonus par année sans sinistre devrait être fort et plus le malus devrait être faible. Dans tous les cas, la survenance d'un sinistre devrait accroître le coefficient de plus de 25 % (autour de 60 à 90 % selon la prime de base).

En imposant des règles d'évolution du coefficient équivalentes pour tous, la législation provoque ce déséquilibre du système : comme il est impossible de faire prendre en charge par l'intermédiaire d'un fort malus la totalité du sur-risque actuariel que représentent les conducteurs ayant eu des accidents, les compagnies d'assurance majorent leurs tarifs basés sur les critères a priori. Les primes sont ainsi plus élevées qu'elles ne le seraient dans un système où les règles de fluctuation des coefficients seraient plus souples et dépendraient du risque a priori, mais la majorité des assurés ont un bonus.

Certes cette explication justifie ce déséquilibre, mais des hausses de tarifs de l'ordre de 60 à 90 % suite à un accident ne sont certainement pas socialement efficaces, même si elles demeurent actuariellement justes. D'une part, l'accident est un évènement partiellement aléatoire : la notion de responsabilité n'est pas parfaite dans la mesure où des évènements extérieurs peuvent provoquer un accident. Il semble ainsi difficile d'imposer à un conducteur déclaré responsable d'un accident une hausse de sa prime d'assurance de 90 %. D'autre part, une telle tarification inciterait les conducteurs les plus risqués soit à sortir du marché, soit à enfreindre la législation (accroissement des véhicules non assurés et des délits de fuite).

Pour toutes autres raisons, la Commission européenne a demandé l'abandon du caractère réglementaire du système de bonus-malus dans les pays membres de l'Union européenne. Elle justifie l'abandon de ce système au nom de la libre prestation de services et de la dérégulation. Il est vrai que les clauses de ce type sont présentes dans tous les pays de l'Union, mais elles sont très différentes d'un pays à l'autre (voir J. Lemaire, 1995-a -b¹⁶). Cependant, la France entend conserver le mécanisme en place qui semble satisfaire les assureurs et les consommateurs.

Le calcul de la prime finale

Nous avons présenté à titre d'exemple la tarification associée au contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances. La

cotisation annuelle de ce contrat est finalement obtenue en additionnant la somme des primes associées aux garanties choisies, cette somme étant ensuite multipliée par le coefficient associé au forfait kilométrique et par les coefficients correcteurs (majoration ou minoration), le tout étant lui-même multiplié par le coefficient de bonus-malus.

Lors de cette présentation des outils de tarification et de prix proposés pour le contrat PROFIL, nous n'avons pas présenté le taux de chargement, qui couvre les frais de gestion et de distribution, et le système de taxation imposé aux contrats d'assurance. Ils étaient déjà inclus dans les prix.

Nous ne savons pas de manière exacte à combien est évalué le taux de chargement pour les Mutuelles du Mans Assurances. Cependant, à titre indicatif, les frais de gestion et de distribution représentaient, en 1993, 32 % du montant total des primes pour les entreprises avec intermédiaires d'assurance, et 24,5 % pour les mutuelles sans intermédiaires¹⁷. Cet écart, qui est dû au procédé de distribution des contrats d'assurance au public, explique en partie l'écart des prix pratiqués entre ces deux types de compagnies d'assurance.

Outre ce taux de chargement inclus dans les prix proposés aux assurés, trois taxes sont imposées. La taxe d'assurance s'élève à 18 %; la taxe parafiscale au profit de la sécurité sociale est de 15 %; la contribution au profit du Fonds de garantie s'élève à 0,1 %.

■ CONCLUSION

Nous venons de présenter les principales caractéristiques du marché de l'assurance automobile en France. Parmi les offreurs, nous distinguons les sociétés d'assurance mutuelles, avec ou sans intermédiaires d'assurance, et les sociétés anonymes privées. Même si ces deux types de compagnies d'assurance sont régis par les mêmes lois issues du code des assurances, elles n'ont pas la même vocation. Les premières sont à but non lucratif et de ce fait n'ont pas pour objectif de réaliser des profits, au contraire des secondes. Elles ont également plusieurs autres avantages qui leur permettent d'offrir des contrats à des prix très attractifs, ce qui explique leur succès sur le marché. Parmi ces avantages, nous citerons principalement le remplacement d'intermédiaires financiers par un réseau commercial salarié et l'homogénéité de leur clientèle. Les sociétés

anonymes privées jouent, en revanche, sur la diversité des contrats qu'elles proposent et la qualité de leur conseil pour attirer les consommateurs.

Les contrats proposés sont conformes à certaines grandes lignes dictées en partie par le code des assurances (obligation d'achat de la garantie «Responsabilité civile» et application obligatoire de la clause de bonus-malus), mais certaines marges de liberté sont conservées à la fois en ce qui concerne les types de garanties et leur prix. Les enquêtes réalisées par la presse consumériste montrent d'ailleurs que les prix pratiqués sur le marché français sont très différenciés. Cette marge de manoeuvre est néanmoins réduite, dans la mesure où l'État peut, à tout moment, demander des détails concernant les contrats offerts et leur procédure de tarification, et les interdire s'il les juge contraire au code des assurances. Ce contrôle, qui s'effectue au niveau administratif et financier, a pour objectif de protéger le consommateur face à la puissance économique et financière des sociétés d'assurance.

Même si les procédures de tarification ne sont pas les mêmes entre les compagnies d'assurance, elles suivent une logique commune. Rappelons d'ailleurs qu'un des objectifs initiaux de la théorie microéconomique de l'assurance était de justifier les procédures de tarification mises en place sur les marchés d'assurance. Leur objectif consiste ainsi à approcher de manière aussi précise que possible le risque actuariel de chaque conducteur, puis, une fois le contrat signé, à inciter le conducteur à conserver une attention soutenue lors de la conduite.

□ Bibliographie

Code des Assurances (1996) Dalloz.

Fédération Française des Sociétés d'Assurances (1996) Assurer, La lettre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Fédération Française des Sociétés d'Assurances (1996) Classement des véhicules dans les groupes et classes de tarification, APSAD.

Fédération Française des Sociétés d'Assurances (1994) Recueil de Données Statistiques sur l'Assurance Automobile, APSAD.

Henriet, D. et J.C. Rochet (1991) Microéconomie de l'Assurance, *Economica*.

Lambert-Faivre, Y. (1995) Droit des Assurances, Précis Dalloz.

Lemaire, J. (1995-a) «30 Systèmes de Bonus-Malus», *Risques*, 23, 119-130.

Lemaire, J. (1995-b) Bonus-Malus Systems in Automobile Insurance, Kluwer Academic Publishers.

Thiry, G. (1990) «Le coût du risque automobile, les pratiques de tarification et d'indemnisation», *Risques*, n° 2, 113-127.

□ Notes

1. Source : Fédération Française des Sociétés d'Assurances (1996).
2. Cette partie a pour principale source d'informations le livre de Y. Lambert-Faivre : *Droit des assurances* (1995).
3. L'homogénéité de la clientèle des mutuelles n'est plus tout à fait respectée. Certaines sociétés, comme la MAIF, ont gardé une clientèle très homogène. D'autres ont constitué un portefeuille plus diversifié (MAAF). Enfin des filiales de mutuelles (FiliaMAIF, Sauvegarde...) ont été mises en place pour accueillir les assurés qui ne possèdent pas le statut demandé par la société mère.
4. Données hors Groupama (Source APSAD).
5. La commission consultative de l'assurance est une des trois commissions du Conseil National des Assurances. Ce dernier est un organisme dont l'avis est sollicité pour tout ce qui concerne l'assurance en général. Il comprend, outre la commission consultative des assurances, qui traite des problèmes entre les entreprises d'assurance et leur clientèle, la commission des entreprises d'assurance, qui donne son avis sur l'agrément, et la commission de la réglementation, qui le donne sur les projets de décrets.
6. Le choix de ce contrat plutôt qu'un autre ne provient pas de son caractère représentatif, mais nous a été dicté par des raisons de disponibilité.
7. Fédération Française des Sociétés d'Assurances.
8. Le contrat PROFIL des Mutuelles du Mans Assurances propose, quant à lui, une tarification basée sur des groupes représentés par des nombres de 2 à 17 et des classes désignées par une lettre de A à J. La classification est ainsi plus fine que celle proposée par l'APSAD.
9. Ne disposant pas de la nomenclature des véhicules spécifique aux Mutuelles du Mans Assurances, les modèles de véhicules cités font référence à la nomenclature de l'APSAD.
10. Quelques exemples de zones sont proposés dans la section suivante.
11. Si première mise en circulation depuis 1989.
12. Si première mise en circulation depuis 1992.
13. Tatouage obligatoire.
14. Les AGF utilisent également le kilométrage comme critère de tarification, mais pas de manière si précise.
15. Dans cet exemple, nous introduisons des majorations pour accidents, et d'autres pour risque agrégé (suspension de 3 mois). Les unes ressortent d'une logique de droit civil (réparation du préjudice causé à autrui), les autres d'une logique de droit pénal (sanction d'une faute). L'assureur n'est informé d'une faute pénale que si elle est liée à un accident de la circulation. Le cas de l'année 4 n'est donc pas toujours envisageable.
16. En Belgique, Allemagne, France et Italie, le système de bonus-malus est intégralement réglementé, alors qu'au Royaume-Uni, en Espagne ou au Danemark, toute compagnie d'assurance peut définir son propre système.
17. Pour la plupart des pays, le système de bonus-malus prend la forme d'un ensemble de classes, à chaque classe correspondant un coefficient particulier de bonus-malus. Le coefficient est ainsi une variable discrète (on évolue entre les classes, et on saute d'un coefficient à un autre), alors qu'en France le coefficient varie de manière continue entre 0,5 et 3,5.
18. Dans certains pays, seuls les accidents relevant de la garantie «Responsabilité civile» sont soumis au système. En France, les accidents couverts par la garantie «Dommages au véhicule» sont également pris en compte dans le calcul du coefficient de majoration-minoration.
19. Enfin, la tendance est à une réforme de ces systèmes pour prendre en compte la diminution de la fréquence des accidents qui déséquilibre le système. Ces réformes (en Belgique, Luxembourg et Suisse notamment) visent à accroître les sanctions en cas d'accident et à mieux récompenser les assurés qui possèdent un bonus maximal depuis plusieurs années. Enfin, les directives de la Communauté Européenne semblent aller vers une libéralisation complétée du système.
20. Source APSAD FFSA.

CHRONIQUE DE DOCUMENTATION

par Georges Dionne

L'assurance automobile sans égard à la responsabilité: histoire et bilan de l'expérience québécoise

Écrit par Claude Belleau, Les publications du Québec, 1998, 179 pages.

Comme son titre l'indique, ce livre propose une revue historique des principales étapes de l'histoire de l'assurance automobile du Québec, en mettant l'emphase sur la mise en place du régime sans égard à la responsabilité pour les dommages corporels. Il propose également un bilan des vingt premières années du régime actuel d'assurance automobile, entré en vigueur en 1978. Dans ce compte rendu, je vais d'abord résumer le contenu des trois principales parties du livre et ensuite proposer une critique.

L'assurance automobile avant la réforme de 1978

Il est bien connu que l'utilisation d'une automobile génère différentes formes d'externalités : bruit, accidents, pollution, ... La première loi, adoptée en 1904, limitait la vitesse principalement pour protéger les personnes hors du véhicule et donnait des règles à suivre pour ne pas effrayer les chevaux rencontrés. Cette première réglementation a été remplacée, en 1906, par une autre loi qui est reconnue comme étant l'ancêtre du Code de la sécurité routière. Cette loi obligeait l'enregistrement des véhicules moteurs et la détention d'une «licence» ou d'un permis de conduire. C'est en 1907 que la responsabilité civile du propriétaire d'un véhicule est considérée pour la première fois.

En 1924, la *Loi concernant les véhicules automobiles* a introduit la présomption de faute vis-à-vis le propriétaire du véhicule automobile ou son conducteur. Si celui-ci réussissait à démontrer que le dommage causé par le véhicule ne résultait pas de sa faute, sa responsabilité envers la ou les victimes du dommage n'était pas engagée. Cette modification importante, qui enlevait la

présomption de responsabilité des dommages à l'égard du propriétaire du véhicule ou du conducteur, a été en vigueur jusqu'en 1961. Le changement de 1961 en vertu de la *Loi de l'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles* a alourdi la responsabilité du propriétaire du véhicule car il devait maintenant faire la preuve que l'accident n'était pas dû à la faute d'un conducteur ni de celle d'un passager. En fait, il n'était libéré de la présomption de faute que lorsque le véhicule avait été volé et il devait faire la preuve de la dépossession légale du véhicule. Ce changement majeur avait pour but d'améliorer le sort des victimes, et en particulier celui des passagers.

C'est ainsi que, durant la période antérieure à 1978, l'indemnisation des victimes d'un accident automobile au Québec a été basée sur le principe de la faute et soumise au Code civil. Selon l'auteur, au cours des années, il est devenu de plus en plus difficile d'établir clairement la responsabilité, étant donné l'évolution des conditions pouvant affecter les circonstances d'un accident, particulièrement lorsque plusieurs véhicules pouvaient être impliqués. La détermination des montants des dommages corporels représentait également un défi considérable.

Mais ce ne sont pas ces considérations qui ont principalement motivé le Comité d'étude sur l'assurance automobile (Comité Gauvin) à recommander l'adoption d'un régime sans égard à la responsabilité. Avant d'aborder les motivations du Comité Gauvin, examinons le fonctionnement du marché privé de l'assurance automobile au début des années 1970.

En fait, c'est principalement l'assurance de responsabilité qui est pertinente. Cette assurance permet de protéger l'auteur d'un dommage non intentionnel causé à autrui. Elle protège l'assuré contre les montants de la condamnation prononcée contre l'assuré et oblige l'assureur à le protéger contre toute poursuite intentée contre lui, ce qui affecte directement les incitations de l'assuré par rapport à un régime de responsabilité sans assurance de responsabilité. L'assuré est dès lors protégé contre les mauvaises circonstances aléatoires qui peuvent le rendre responsable, mais il est aussi protégé pour ses négligences.

Cette assurance n'était pas obligatoire au Québec durant les années 1970 mais, selon l'auteur, elle était très répandue.

L'assurance de responsabilité civile est apparue tardivement car il n'a pas été facile de convaincre le législateur de protéger les individus fautifs, même si plusieurs circonstances non contrôlables peuvent affecter son comportement. L'assurance de responsabilité

automobile a eu ses premières mesures législatives en 1961. Cette loi avait comme avantage de protéger les victimes contre les conducteurs responsables d'accident incapables financièrement de payer la condamnation reçue. De plus, elle a créé un fonds d'indemnisation auquel pouvaient s'adresser les victimes sans recours. Les individus pouvaient augmenter leur protection en ayant recours à une assurance individuelle supplémentaire qui leur permettait de recevoir des compensations directes de leurs assureurs pour les dommages corporels. Ils avaient aussi accès à l'assurance collision pour les dommages à leur automobile indépendamment de toute faute de leur part. Il est utile de rappeler que les frais hospitaliers étaient couverts par l'assurance universelle d'hospitalisation à partir de 1961 et que les frais médicaux ont été pris en charge par la Régie de l'assurance maladie du Québec à partir de 1971.

La réforme de 1978

C'est d'ailleurs en 1971 que le Gouvernement du Québec a mis sur pied le Comité d'étude sur l'assurance automobile présidé par M. Jean-Louis Gauvin et dont M. Claude Belleau faisait partie. Ce comité a été formé pour répondre aux grandes insatisfactions des assurés en vertu du régime de l'époque.

La première source d'insatisfaction était reliée aux coûts de fonctionnement du régime. En 1974, la gestion du système d'assurance automobile basé sur la faute représentait 36,1 % du montant total des primes. Si on y ajoute une taxe de 2 % pour couvrir les dépenses de surveillance et les provisions pour profits des assureurs évaluées à 2,5 %, seulement 59 % des primes étaient utilisées pour les indemnités des assurés. De plus, 14 % des primes étaient utilisées pour le règlement des sinistres et 13,8 % étaient affectées à la mise en marché de l'assurance. Ces deux éléments seront importants pour comprendre la réforme de 1978.

Une autre critique était reliée à l'augmentation des primes d'assurance. Durant la période 1961-1971, celles-ci ont augmenté en moyenne de 6,1 % par année, alors que l'indice des prix à la consommation avait augmenté de 40 % sur toute la période. C'est l'accroissement des indemnités qui en était la cause. En effet, celles-ci sont passées en moyenne de 416 \$ en 1961 à 885 \$ en 1972. Mais ces augmentations n'étaient pas réparties équitablement entre les victimes.

Une troisième source d'insatisfaction était le nombre de victimes non compensées. Le comité Gauvin a en effet évalué que 28 % des victimes de dommages corporels ne touchaient aucune indemnité. Environ 40 % des pertes des victimes n'étaient pas

compensées. De plus, les règles d'indemnisation étaient souvent appliquées de façon aléatoire. En fait, les petites pertes étaient sous indemnisées et les pertes importantes sur indemnisées, ce qui reflétait bien le rôle des avocats dans l'établissement des indemnisations.

Le régime était lent à indemniser les victimes : 42 % des réclamations résultant des dommages corporels n'étaient pas réglées, un an après l'accident. De plus, les cas qui aboutissaient devant le tribunal avaient des délais moyens de 725 jours.

Les coûts de réparation des dommages matériels étaient également très élevés. Par contre, les délais moyens de trois mois étaient beaucoup plus courts que ceux des dommages corporels.

Le Comité Gauvin a retenu les trois principes suivants pour établir ses recommandations :

1) toutes les victimes ayant subi des dommages corporels devaient être indemnisées;

2) cette indemnisation devait être établie à partir du principe des pertes économiques;

3) c'est l'assureur du conducteur qui devait payer directement les dommages matériels causés à son client, ce qui permettrait de mieux contrôler les coûts des réparations et de mieux tarifier l'assurance.

Le Comité a donc proposé un régime d'assurance qui avait les caractéristiques suivantes pour les dommages corporels:

1) l'abolition des recours fondés sur la faute pour les dommages corporels;

2) l'assurance obligatoire pour tous les véhicules immatriculés.

Pour les dommages matériels, les propositions étaient plus mitigées mais le Comité était en faveur de l'abolition de la faute, une volonté qui n'a pas été retenue par le législateur. Une autre différence importante entre les recommandations du Comité et les décisions du législateur a concerné la gestion des dommages corporels. Le Comité n'avait pas nécessairement retenu la création d'une Régie publique pour administrer cette partie du régime.

À lire les propos du professeur Belleau et les documents qui circulaient durant les mois qui ont précédé la réforme de 1978, il semble que le Comité n'avait pas tous les éléments pour élaborer une recommandation ferme à ce sujet. D'autres études plus détaillées semblaient nécessaires sur le fonctionnement des autres régimes dans différentes provinces canadiennes dont le Manitoba,

en particulier sur les économies d'échelle reliées à la gestion des primes et des compensations, à l'intégration de la gestion de la sécurité routière et à la mise en place d'une tarification efficace et équitable. Par contre, la facilité accrue à faire accepter le principe de la non-responsabilité était un argument important pour le gouvernement de l'époque en faveur d'une Régie publique. Même si le secteur privé n'était pas nécessairement opposé à un régime sans responsabilité, il n'était pas évident, pour le gouvernement d'alors, que le secteur privé lui donnerait tout le support nécessaire qu'une régie publique pouvait lui garantir. Il ne faut pas oublier que le régime pur sans faute était le plus radical jamais proposé en Amérique du Nord, même si plusieurs groupes d'étude, dont certains Américains, avaient proposé la non-responsabilité pour l'assurance des dommages corporels. La ministre Lise Payette a dû utiliser tout son charisme pour faire accepter en douceur ce changement radical dans la compensation des dommages corporels.

Le régime actuel

Depuis le premier mars 1978, le Québec a un régime d'assurance sans responsabilité pour les dommages corporels. Dans les milieux académiques, il est qualifié de régime pur car aucune forme de poursuite n'est possible quelle que soit la nature des dommages. Cette assurance est administrée par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), un monopole public qui perçoit ses revenus des droits d'immatriculation des véhicules, des permis de conduire et des revenus de placement.

Les dommages matériels sont administrés par le secteur privé. La réforme a rendu obligatoire l'assurance responsabilité et a conservé le droit à la responsabilité. L'assurance de responsabilité, dont le montant minimum obligatoire est de 50 000 \$, a permis l'implantation du principe de l'indemnisation directe des victimes de dommages matériels. Le recours du propriétaire d'une automobile pour les dommages dont il n'est pas responsable s'exerce non pas contre l'auteur de ces dommages, mais bien contre son propre assureur, en vertu des règles de la Convention d'indemnisation directe entre les assureurs.

En général, les québécois sont satisfaits du régime actuel. Différentes études ont montré que la réforme a atteint les objectifs visés, soit une augmentation de la protection des victimes, une réduction des coûts de gestion, une baisse substantielle des primes d'assurance et une baisse importante de délais d'indemnisation tant pour les dommages matériels que corporels. En 1990, des ajustements ont été apportés pour corriger certaines formes

d'indemnisation. En 1992, la tarification a été modifiée pour intégrer une forme de bonus-malus basée sur les points d'inaptitude accumulés afin de rendre la tarification plus équitable et plus incitative. Des modifications devraient être apportées dans les mois qui viennent pour ajuster les niveaux des compensations au marché.

Au cours de ces vingt années, le rôle de la SAAQ a été élargi de plusieurs façons. Elle est responsable de la sécurité routière, elle contrôle l'accès au réseau routier et elle gère le contrôle du transport routier des personnes et des marchandises.

Dans les trois chapitres de cette section, l'auteur décrit en détail les caractéristiques des deux formes d'assurance, l'assurance publique pour les dommages corporels et l'assurance privée pour les dommages matériels. Nous ne reprendrons pas ici ses propos. Mais le lecteur y trouvera une description adéquate des caractéristiques du régime.

Quelques statistiques méritent d'être citées. Par exemple, la contribution des propriétaires des véhicules, en 1997, était de 87 \$, alors qu'elle était de 84 \$ en 1978. La contribution des détenteurs de permis était de 14 \$ en 1978, alors qu'elle était de 22,94 \$ en 1996. Certaines critiques ont été adressées au régime de tarification lui reprochant d'être trop uniforme. La réforme de 1992 n'a peut-être pas suffisamment introduit de différences entre les conducteurs qui ont accumulé moins de quatre points d'inaptitude. Par contre, elle a l'avantage d'être simple à comprendre. Il faut rappeler que le bilan routier s'est beaucoup amélioré durant cette période, mais la SAAQ n'y est pas étrangère, étant elle-même responsable de la sécurité routière au Québec. Ce rôle lui profite mais est également profitable pour le secteur privé, car la plupart des politiques de prévention ne font pas de distinction entre les types d'accidents évités.

Les frais d'administration ont diminué de façon radicale. Ils sont passés d'une moyenne de 36,3 % avant la réforme à une moyenne de 16 % de 1978 à 1992. Ils ont été de 12 % en 1996.

Critique du livre

Le livre décrit très bien l'évolution historique de l'assurance automobile au Québec. En particulier, il est très détaillé sur le fonctionnement de ce marché durant les années 1970, soit durant les périodes pré et post réforme du régime, l'auteur ayant été un témoin privilégié de cette période, à titre de membre du Comité Gauvin. Sa description des travaux du Comité et de l'évolution de l'opinion publique au sujet de la réforme de 1978 est également très bien documentée. J'ai beaucoup apprécié la revue des principales études

et tentatives d'implantation de régimes sans responsabilité dans le monde et en particulier aux États-Unis. Par contre, l'analyse de la période courante, c'est-à-dire post 1990, est beaucoup moins documentée et détaillée.

En particulier, le régime privé est bien décrit, mais aucune analyse sérieuse n'y est apportée. Il est un peu malheureux de constater le peu de communication entre les participants des deux formes d'assurance. Par exemple, très peu d'intervenants du secteur privé ont participé au dernier colloque tenu à l'Université Laval en juin dernier sur les vingt ans du nouveau régime.

Une autre lacune du livre est l'absence des critiques du régime qui sont souvent formulées au sujet des indemnisations. Même les résultats des études Fluet-Lefebvre à ce sujet sont un peu escamotées. De plus, les critiques du régime sur les incitations ne sont pas documentées en détail. Le livre aurait gagné en objectivité s'il avait couvert ces sujets et les avaient abordés directement, plutôt que de les éviter ou contourner. Il est maintenant accepté que les indemnisations doivent être augmentées et que les régimes sans responsabilité peuvent être aussi incitatifs que ceux avec responsabilité, à condition que la tarification soit adaptée pour compenser les incitations perdues de la responsabilité, dont la valeur, tout compte fait, revient à un problème de tarification si on tient compte de l'assurance de responsabilité.

Malgré ces quelques critiques, je recommande fortement la lecture de ce livre, écrit par un témoin privilégié de la réforme de l'assurance automobile du Québec.

"Pay at the Pump" Auto Insurance

Written by Stephen D. Sugarman, edited by the Institute of Governmental Studies, University of California, Berkeley, 1993, 69 pages.

In this book, the author proposes a new auto insurance compensation system for bodily injury in the state of California: the California Vehicle Plan (VIP). Its objective is to provide better compensation, fairer funding and greater safety.

Under VIP, there would be no need for liability insurance to cover bodily injury because victims could no longer sue their negligent injurers for money damages.

VIP would pay the benefits to victims on a no-fault basis, and would be funding from three sources:

- 1) A charge of 30 cents a gallon on consumption fuel;
- 2) Charges based upon driving experience and driving record;
- 3) Charges imposed on the ownership of the vehicle.

The more original part is related to the pay at the pump or pay as you drive. In fact, this method of funding takes into account directly the risk exposure of the drivers. It is well known that kilometers driven are significant to explain the individuals' numbers of accidents during a period. However, it is also known that many risk classification variables can approximate this direct information.

The VIP would not be concerned with property damage.

The social objective of VIP is to provide rapid payments for bodily injury. This would be a no-fault plan, in the sense that VIP benefits would be payable regardless of fault. It would cover 70% of income lost up to a maximum of twice the state's average weekly wage or about the annual income of \$50,000 in 1993. It would also pay for the otherwise unreimbursed and reasonably incurred medical expenses, and pay for moderate amounts for pain and suffering.

One difficulty with this proposal is related to its administration. The author does not propose a public monopoly and even supposes that for claim processing the system would rely upon the expertise of the existing private insurers!

Another difficulty is related to the pricing of gas on the frontiers of California. If no other state use this pricing scheme, it is clear that many individuals will go there to fill their car.

Finally, the model can be of interest for the reduction of environmental pollution due to the use of cars, which is one of the most important source of pollution. Indeed, the additional tax would reduce the non necessary driving.

This is an interesting proposal, even for the funding of the public schemes we already have for bodily injuries sustained in an automobile accident in Canada.

Those who are interested to obtain the book may contact directly the Institute of Governmental Studies, 102 Moses Hall, University of California, Berkeley, California, 94720. Phone (510) 642-5537.

FAITS D'ACTUALITÉ

par Rémi Moreau

I. Le projet de loi n° 188 a été sanctionné le 20 juin 1998

La *Loi sur la distribution des services financiers* (1998, chapitre 37), mieux connue sous le nom de présentation du *Bill* – projet de loi 188 –, a finalement été adoptée le 19 juin dernier, après de nombreux mois de discussion et d'hésitation, puis sanctionnée le lendemain, malgré une levée de boucliers depuis un an contre son adoption. Deux facteurs expliquent cette législation, votée au forceps: la détermination du ministre Landry de boucler ce dossier avant de clore la session parlementaire de l'été et le manque d'intérêt de la population que n'ont pu lui insuffler la coalition et les différents groupes engagés dans la lutte contre le projet. On se souviendra que le ministre avait finalement décidé de procéder après avoir amendé certains aspects irritants du projet, notamment par l'introduction de l'interdiction faite aux individus qui vendent de l'assurance dans les Caisses de consentir également des prêts hypothécaires.

Voici certaines caractéristiques de cette Loi, qui remplace la *Loi sur les intermédiaires de marché*, au terme d'un processus de révision quinquennal:

- elle crée un organisme unique, le Bureau des services financiers, chargé de veiller à la protection du public;

- elle institue un Fonds d'indemnisation chargé d'indemniser les victimes de fraudes, de manoeuvres dolosives et de détournements de fonds dont peuvent être responsables les intervenants qui suivent, assujettis à la Loi: les représentants en assurance de personnes, les agents ou courtiers en assurance, les experts en sinistre, les planificateurs financiers, les représentants en épargne collective, en fonds d'investissement et en plans de bourses d'études, en somme la pléthore des représentants associés à la distribution des produits et services financiers;

– elle permet à certaines institutions de dépôts, comme les fiducies et les caisses populaires, de distribuer des produits d'assurance en respectant certaines règles particulières;

– elle autorise aussi l'offre de certains produits d'assurance par des distributeurs qui ne sont pas des représentants en assurance, c'est-à-dire des personnes qui, dans le cadre de leurs activités, offrent de façon accessoire, pour le compte d'un assureur, une couverture d'assurance liée aux produits qu'elles distribuent, à savoir: l'assurance voyage, l'assurance location de véhicules, l'assurance sur les cartes de crédit et de débit;

– enfin, la Loi prévoit la création d'une Chambre de la sécurité financière, formée par les groupes représentés, dont le mandat est de déterminer les règles de déontologie applicables aux représentants.

2. Les revenus des banques et des caisses canadiennes en 1996

Selon les données rendues publiques par Statistique Canada en juillet 1998, les banques, les caisses d'épargne et de crédit et les sociétés de fiducie ont récolté des revenus totalisant 33 milliards de dollars pour l'ensemble des services qu'elles ont produits en 1996, les deux tiers de ce montant provenant de revenus nets d'intérêt et le dernier tiers généré par des frais de services. Ces revenus constituent 2,5 % de la valeur de tous les biens et services produits par les entreprises canadiennes.

Les banques à charte canadiennes viennent au premier rang, sur le plan des bénéfices nets, enregistrant des profits records de 6,3 milliards de dollars en 1996. Pour toutes les institutions de dépôt et de crédit confondues, les bénéfices nets s'élevaient à 9,5 milliards de dollars en 1996.

Statistique Canada soulignait que ce sont les sous-secteurs des services financiers électroniques (le Canada se classant au deuxième rang, derrière le Japon, pour la disponibilité des guichets automatiques), de la trésorerie, des services bancaires d'investissement ainsi que de financement des grandes entreprises qui ont été les plus rentables, grâce à une marge bénéficiaire de 40 cents pour chaque dollar de services produits en 1996.

3. Les résultats des assureurs IARD canadiens en 1997 et au cours du premier trimestre de 1998

Au quatrième trimestre de l'année 1997, les résultats des assureurs IARD canadiens se sont avérés positifs. Les primes nettes ont augmenté de 5,1 %, par rapport au même trimestre de l'année précédente, alors que les sinistres sont demeurés similaires. Les revenus nets après impôt s'élevaient à 449 millions de dollars, par rapport à 571 millions de dollars pour le quatrième trimestre de 1996.

Pour l'ensemble de l'année 1997, les gains nets furent de 1,85 milliard de dollars, par rapport à 1,75 pour l'année précédente. Les primes nettes ont atteint, en 1997, la somme de 18,23 milliards de dollars alors que les sinistres nets se sont élevés à 12,98 milliards et les autres dépenses à 5,80 milliards. Les gains d'investissement furent de 2,21 milliards de dollars en 1997 par rapport à 2,29 milliards en 1996.

En ce qui concerne le premier trimestre de l'année 1998, les résultats tirés du dernier numéro de *Quarterly Report* se détaillent comme suit:

PREMIER TRIMESTRE - 1998 (en millions de dollars)	1998	1997
Primes nettes émises	4,278	4,042
Primes gagnées	4,538	4,492
Sinistres nets	3,879	3,315
Rapport sinistres à primes	85,5 %	73,8 %
Frais encourus	1,431	1,430
Gains techniques avant impôt	(759)	(229)
Rapport combiné	31,5 %	31,8 %
Revenus de placement avant impôt	539	552
Gains de capital	236	285
Revenus d'opération après impôt	75	403

4. Le dollar canadien hypothéqué par les affres de la crise asiatique et par la chute des prix des matières premières

Le 2 janvier 1998, le dollar canadien clôturait à 70,17 cents US par rapport au dollar américain. Depuis le début de l'année, le dollar canadien n'en finit plus de s'affaïsser, d'un plancher historique à un autre. Pendant le seul mois de juillet, la devise suintante a perdu deux cents. En cette fin de juillet, pour la première fois de son histoire, le huard tombait sous la barre du deux tiers de dollar

américain (66,66 cents US). Un seuil psychologique était atteint puisqu'il fallût alors déboursier au moins 150 \$ CAN pour 100 \$ US. Le 5 août dernier, notre devise étioyée a atteint un nouveau creux, en clôturant à 65,95 cents US. Rétrécissant encore comme une peau de chagrin, tout au long du mois d'août, malgré les interventions de la Banque du Canada, qui a dû prévenir les contrecoups de la crise monétaire russe, le dollar tombait sous la barre du 65 cents US, le 21 août dernier, en clôturant à 64,86 cents; puis, poursuivant sa dégringolade, il chutait la semaine suivante à 64,55 cents US, puis traversait le seuil des 64 cents US, le 26 août, l'une de ses pires journées, en perdant 2/3 de cent, glissant à 63,88. Le lendemain, il reculait encore de 57 centièmes à 63,31, une nouvelle marque historique, malgré l'intervention de la Banque du Canada qui commanda une remontée de 100 points de son taux d'escompte, lequel passait à 6 %. Certains ont qualifié cette intervention ratée de coup d'épée dans l'eau. Rien n'est moins sûr, car la chute du dollar aurait pu être non pas de 0,5 mais de 1,5 point, n'eût été de cette intervention de la la banque centrale.

Le lundi suivant, qualifié de lundi noir, la Bourse de New York perdait 512 points, la deuxième plus importante chute de son histoire, un plongeon de 6,4 %, qui a atteint les 19,3 % depuis les sommets de juillet de l'indice Dow Jones, entraînant dans sa chute, tel l'effet domino, les autres bourses du monde. Le dollar canadien, qui était remonté temporairement en haut de la barre des 64 cents US tombait à nouveau à 63,76, ce lundi fatidique. Depuis lors, notre huard n'a cessé de progresser. À notre date de tombée à la fin de septembre, il poursuivait encore sa lente ascension, s'accrochant au dessus des 66 cents américains, pendant que les institutions financières ramenaient vers le bas leur grille de taux hypothécaires.

Et pourtant, tous les stratèges estiment que le dollar canadien ne souffre d'aucun problème structurel. Cette glissade interminable, en dents de scie, serait principalement attribuable, selon eux, d'une part à la crise financière asiatique et, dans une moindre mesure, à la débâcle de la devise russe. En outre, le dollar canadien semble avoir été particulièrement affecté par la dégringolade des prix des matières premières, car 35 % des exportations canadiennes sont fondées sur les produits de base. Il faut compter aussi sur la recherche des valeurs refuges par les spéculateurs, notre dollar comptant pour très peu dans les portefeuilles internationaux, au regard du nouvel ordre international qui se profile derrière les silhouettes bien délinéamantées du dollar US et de l'euro.

Le rouble, dévalué par l'ancien premier ministre russe Kirienko, a continué sa descente aux enfers, malgré le rappel aux affaires de

M. Tchernomyrdine, le candidat désigné par le président au poste de premier ministre. Celui-ci, dès sa désignation et bien que non officiellement confirmé dans ses fonctions par la Douma (cette candidature a d'ailleurs été rejetée), a immédiatement refroidi les investisseurs en annonçant un plan de rééchelonnement des échéances des dettes de l'État. N'ayant plus les moyens de soutenir sa devise nationale, la Banque centrale russe a cessé de vendre des dollars aux autres banques et institutions financières de Russie. Le 26 août, les assureurs russes ont lancé un cri d'alarme en avertissant les autorités que leur obligation légale de conserver une partie de leurs avoirs, investie en bons du trésors russes à court terme, les mettrait au bord de la faillite après le rééchelonnement de ces bons. En l'espace de dix jours seulement, entre le 17 août et le 26 août, le rouble a perdu 20 % de sa valeur.

On peut se consoler en comparant la devise canadienne, si fébrile soit-elle, à d'autres valeurs monétaires anémiées. Le yen japonais, par exemple, a souffert considérablement des affres de la crise asiatique. Depuis le début de l'année et jusqu'à la fin du mois d'août, la devise nipponne a été dépréciée de 25 % environ par rapport au dollar américain, alors que la baisse du huard fut de 7,2 % par rapport à la devise de notre puissant voisin, après avoir atteint 71,05 cents US le 11 mars dernier. Notre dollar n'est d'ailleurs pas la seule devise à se battre contre le dollar américain, puisque la livre britannique a chuté de 4 % depuis son plus haut niveau, à la mi-mars, et le mark allemand, qui a dégringolé de 5,2 % depuis le 2 avril, alors qu'il avait atteint son plus haut niveau de l'année. Le dollar australien était lui aussi en chute libre, ne cotant qu'à 56 cents US à la fin août. L'ouragan financier de l'été 98 qui s'est abattu sur les économies de la planète semble avoir été l'une des pires crises des devises en 25 ans.

Devant les pressions des marchés, monétaire et obligataire, qui ont déjà donné le ton en annonçant le relèvement des taux d'intérêt, que pouvait faire le gouvernement face au huard qui perdait des plumes à vue d'oeil ? La Réserve fédérale américaine a-t-elle bien fait de ne pas intervenir trop tôt (fin septembre, baisse symbolique d'un quart de point du taux sur les prêts interbancaires) en abaissant ses taux d'intérêt, changeant ainsi le flux des capitaux et enlevant de la pression dans la marmite ? Lorsque les analystes sont unanimes à vanter les fondements sains de l'économie canadienne, la Banque du Canada a-t-elle eu raison d'abandonner sa politique de laisser-faire, considérant qu'une hausse de un point du taux directeur n'est pas significative ? Cette intervention, si faible soit-elle, a certes été un risque calculé face au danger de voir les taux

hypothécaires grimper et de voir ralentir la consommation intérieure et l'activité économique au pays, déjà anémiée.

Ce qui a rendu la baisse du huard particulièrement angoissante, c'est qu'il n'existait aucune solution raisonnable en vue, le remède étant pire que le statu quo. Là était le noeud gordien.

5. Le commerce de l'assurance dans le cyberspace

Une récente étude, menée en juin 1998 par Nielsen Media Research et par CommerceNet, mentionne que le nombre d'internautes américains et canadiens totalisaient 79 millions de personnes âgées de 16 ans et plus, par rapport à 58 millions d'utilisateurs en juin 1997, soit une augmentation de 36 %. La même étude dénombre 20 millions de personnes qui achètent par la voie du marché électronique, soit une augmentation de 37 % par rapport à l'an dernier, et l'on compte 48 millions de personnes qui utilisent le Web strictement pour comparer ou vérifier les prix. Qu'en est-il dans le marché de l'assurance ?

Le récent bulletin *INFO EXPRESS* publié en juillet 1998 par Ogilvy Renault rappelle que la création ex nihilo d'un site Web en matière d'assurance répond à un besoin émergent. Il donne pour exemple le site d'une importante société d'assurance américaine qui avait accueilli, en 1995, au total 275 000 visiteurs. L'année suivante, ce site était fréquenté par le même nombre de visiteurs, mais pendant chacun des douze mois ! S'il est vrai que le réseau Internet est surtout utilisé, dans l'assurance, à des fins promotionnelles, certaines compagnies opérant sans intermédiation commencent à offrir la possibilité d'accomplir virtuellement certaines opérations, soit l'achat d'assurance et la demande de règlement, en ayant recours à un procédé d'encryptage en vue de garder les informations confidentielles.

Nous apprenons, par la lecture d'un article de *L'Argus* (21 août 1998), que la Maaf, un assureur français, propose des polices d'assurance scolaire sur Internet. Les étudiants internautes pourront désormais s'assurer en quelques clics, les garanties entrant en vigueur dès le lendemain de la connexion, sous réserve de la réception de la prime.

Sur le plan juridique, le bulletin souligne que rien ne s'oppose au commerce électronique de l'assurance au Québec, puisque le contrat d'assurance est formé dès que l'assureur accepte la proposition du preneur, la police ne servant qu'à constater l'existence de ce contrat. Pour pallier à la carence de preuve découlant de la dématé-

rialisation de la transaction, le Code civil du Québec prévoit, aux articles 2837 à 2839, des dispositions permettant la preuve d'un contrat enregistré sur support informatique. Voici une conclusion du bulletin:

Ainsi une police d'assurance peut être valablement achetée par le truchement d'Internet. L'assuré soumet sa proposition sur un site Web et reçoit par courrier électronique une confirmation de l'acceptation de l'assureur. Le contrat est formé au moment et au lieu où l'assuré reçoit cette confirmation.

6. Québec nomme un nouvel Inspecteur général des institutions financières

Le Conseil des ministres a annoncé la nomination de Jean-Guy Turcotte, actuellement sous-ministre adjoint au ministère des Finances, au poste d'Inspecteur général des institutions financières, remplaçant Jacques Dumont. Il est entré en fonction le 29 août dernier. Économiste de formation, d'abord à la Banque du Canada de 1969 à 1976, Jean-Guy Turcotte a fait son entrée dans la fonction publique québécoise en 1976. De 1980 à 1988, il a été directeur de la recherche économique au ministère des Finances avant sa nomination comme sous-ministre adjoint à ce ministère, en 1988, une fonction qu'il occupait au moment de cette nomination.

7. ING renforce sa présence canadienne

L'une des plus importantes compagnies de services financiers au monde, dont l'actif est s'élevé à 640 milliards de dollars, le groupe ING, qui a son siège social aux Pays-Bas, a annoncé, en juin dernier, une entente visant l'acquisition par ING Canada, sa filiale canadienne, des opérations canadiennes du Groupe Guardian. Cette décision de ING de renforcer ses assises au Canada entraîne ainsi des coûts de 530 millions de dollars. ING devient l'un des chefs de file en assurance IARD au Canada avec des revenus de 1,8 milliard de dollars. Cette acquisition s'inscrit dans le cadre d'une transaction globale par laquelle ING - Amérique du Nord - vend ses opérations IARD aux États-Unis à Guardian Royal Exchange Plc.

8. Rapport de 1997 sur la tarification en assurance automobile

Dans son rapport annuel sur la tarification en assurance automobile – le vingtième du genre –, transmis au ministre d'État de l'Économie et des Finances, en mars dernier, et déposé

ultérieurement à l'Assemblée nationale, l'Inspecteur général, Jacques Dumont, présentait les résultats de l'analyse effectuée à partir des renseignements fournis par les assureurs privés qui pratiquent l'assurance automobile au Québec, notamment leurs expériences de sinistres, leurs pratiques et leurs tarifs.

En 1997, on comptait 137 assureurs qui étaient autorisés à pratiquer l'assurance automobile au Québec, une diminution de trois assureurs par rapport à l'année précédente.

Le rapport révèle que les assureurs à charte du Québec ont encore augmenté leur part du marché en 1996, recueillant 46 % du 1,87 milliard de dollars de primes souscrites, soit une augmentation de deux points de pourcentage par rapport à 1995, de sept points par rapport à 1993 et de dix-huit points par rapport à la période décennale 1986-1996.

9. Assurance médicament: premier bilan annuel

En dépit des craintes suscitées par l'entrée en vigueur du nouveau régime général d'assurance médicaments, en janvier 1997, les assureurs estiment que le bilan de la première année a été positif. Il y a eu des coûts supplémentaires, mais ils étaient anticipés. De plus, le partenariat créé entre les sociétés d'assurance de personnes offrant l'assurance médicaments et le Ministère de la Santé et des Services sociaux semble être fructueux et il devrait se perpétuer, du moins dans l'avenir immédiat.

Il faut aussi compter sur le nouveau programme pour contrer la mauvaise utilisation de médicaments lancé en avril dernier par l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Son slogan: *L'information est la meilleure prescription*. Sensibiliser les employés aux dangers de la mauvaise utilisation de médicaments ne peut être que bénéfique pour la santé financière des intervenants. La mauvaise utilisation de médicaments coûte cher. Les médicaments appropriés apportent une meilleure qualité de vie et des gains à long terme pour les employeurs.

10. La facture du verglas en hausse

Dans sa mise à jour publiée au début de l'été, le BAC avait établi la facture du verglas à 1,13 milliard de dollars, le montant le plus élevé de l'histoire canadienne, ventilé comme suit:

– au Québec, 612 000 réclamations pour une valeur de 924 millions de dollars;

– en Ontario, 84 139 réclamations pour une valeur de 213 millions de dollars.

En septembre 1998, le BAC donnait une conférence de presse portant sur la publication d'une étude de Standard and Poor's DRI qui montre que 700 000 demandes d'indemnité en provenance du Québec et de l'Ontario ont été traitées à la suite de la tempête. Le BAC en a profité pour annoncer sa dernière mise à jour, un chiffre sans précédent pour l'industrie canadienne de l'assurance. Jusqu'à septembre, les indemnités versées ont coûté 1,4 milliard de dollars aux compagnies d'assurance.

Sur le plan de l'indemnisation publique, le Gouvernement fédéral a versé au Gouvernement québécois, le 18 août dernier, une somme de 100 millions de dollars pour dédommager les victimes du verglas, cette somme s'ajoutant à la contribution de 50 millions initialement allouée au Québec au début de la crise, le 17 janvier dernier.

Le bilan ultime des dommages et leur indemnisation publique et privée ne seraient pas finalisés avant l'an prochain.

Par contre, la crise du verglas aura eu des retombées positives pour l'économie selon Standard and Poor's. Les indemnités ont entraîné des ventes supplémentaires de l'ordre de 2,2 milliards de dollars au Canada, ce qui a ajouté 1,1 milliard de dollars au produit intérieur brut. Elle a indirectement créé 16 000 emplois, dont 10 000 au Québec.

Le BAC a mentionné qu'il ne prévoyait pas une hausse des primes d'assurance, tout en observant que les changements climatiques depuis le début des années 1990 faisaient pression sur les prix.

II. Divers fonds d'indemnisation de terrains contaminés

Selon le secrétaire d'État responsable de Développement économique, les travaux nécessaires à la décontamination de terrains pollués au Québec s'élèveraient à 4,5 milliards de dollars d'ici 10 ans. Nous ignorons le coût total dans l'ensemble du Canada, qui compterait 3 000 sites urbains contaminés. Bénéficiant de subventions fédérale, provinciale et municipale, le Centre d'excellence de Montréal en réhabilitation de sites contaminés (CEMRS) a été constitué dans le but de favoriser le développement de technologies de pointe en vue de décontaminer les sites et de les rendre attrayants pour des investisseurs potentiels.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de programmes d'assurance canadiens visant à garantir les coûts de décontamination. Aux États-Unis, il y a plusieurs types de fonds publics ou privés visant à indemniser un propriétaire appelé à investir des montants importants en vue de décontaminer un terrain selon les normes requises.

À titre d'exemple, l'État du Connecticut a mis en place un fonds collectif obligatoire à l'égard de tout nouveau propriétaire de terrain. Un montant égal à 3 % de sa valeur est ainsi prélevé par l'État et mis en réserve dans un fonds spécial. Les origines d'une contamination peuvent s'étaler sur de longues années. L'idée est de répartir le risque entre différents propriétaires plutôt que de faire supporter par un seul individu les conséquences financières liées à la décontamination.

Il existe aussi sur le marché des garanties d'assurance qui visent l'indemnisation des frais encourus d'un propriétaire qui est obligé légalement de décontaminer son terrain, pourvu que les conséquences de la contamination existante n'aient été ni voulues ni prévues par lui au moment de l'acquisition du terrain.

12. Nouveau partenariat entre le CAA-Québec et deux assureurs

Désireuse d'offrir à ses 650 000 membres de nouveaux services d'assurance automobile, le CAA-Québec a conclu, au début de septembre, une alliance d'une durée de dix ans avec deux assureurs, soit BÉLAIRdirect et le Groupe Commerce, filiale d'ING Canada. Cette nouvelle entente remplace l'ancien partenariat qui existait entre le CAA et La Capitale. D'ores et déjà, les deux assureurs ont dévoilé leur produit vedette, nommé *Protection du bon dossier*, permettant aux assurés de se prémunir contre les hausses de primes automobiles pouvant survenir à la suite d'un accident, jusqu'à concurrence de deux accidents pour lesquels l'assuré serait éventuellement tenu responsable.

13. Les résultats des Lloyd's pour l'année 1995

Les résultats des Lloyd's, traditionnellement annoncés avec trois ans de décalage, démontrent une chute du bénéfice de 0,8 %. Les activités assurantielles représentaient 1,013 milliard de livres en 1994, par rapport à 1,005 milliard de livres sur l'exercice 1995. Si la rentabilité de l'institution tricentenaire s'est effritée sur un plan technique, les Lloyd's ont néanmoins amélioré en 1995 le résultat global de 4,9 %, à 1,149 milliard de livres, grâce à un

surplus de réserves constituées pour les exercices antérieurs. L'institution britannique semble afficher un certain pessimisme pour les deux exercices à venir à cause des bas niveaux de tarification de 1996 et de 1997 qui ont fait chuter les primes.

14. Une nouvelle étude sur les liens entre le cancer et les champs magnétiques

Une étude intitulée *Risk of leukemia in children living near high-voltage transmission lines*, publiée dans *Journal of Occupational and Environmental Health* (vol. 40, n° 2, février 1998), menée auprès de 120 000 enfants de trois districts de Taipei, à Taiwan, conclut que l'incidence de leucémie est au moins deux fois plus élevée parmi ceux qui habitent à moins de 100 mètres de lignes de transmission de 69 à 345 kilovolts. Sept enfants, parmi les 11 000 enfants résidant à proximité de ces lignes, ont développé une leucémie entre 1987 et 1992.

Cette étude a jeté un pavé dans la mare, qui s'était calmée depuis la publication l'an dernier des résultats d'autres travaux concluant à l'absence de lien entre les lignes de transmission électrique et le cancer, notamment une enquête publiée en juillet 1997 dans le *New England Journal of Medicine* (vol. 337, n° 1, juillet 1997).

Il faudra attendre l'an prochain pour en apprendre encore un peu plus, puisque seront publiés les résultats de deux enquêtes d'envergure menées au Canada.

Pour le lecteur intéressé, la revue *Assurances* a déjà décrit quelques études antérieures à ce sujet (voir *Les champs électromagnétiques et l'assurance*, janvier 1995, n° 4).

15. Les victimes survivantes de l'Holocauste enfin compensées par l'assurance

L'un des plus récents rebondissements financiers de la deuxième guerre mondiale, après celui du remboursement par les banques suisses des avoirs bancaires des victimes de l'Holocauste, concerne le dédommagement des victimes juives et leurs héritiers par diverses sociétés d'assurance italiennes, allemandes, françaises et suisses qui avaient refusé jusque-là d'effectuer les remboursements dus en vertu de contrats d'assurance émis avant le deuxième conflit mondial. À titre d'exemple, l'assureur italien Assicurazioni Generali s'est engagé, vers la mi-août, à leur verser un montant de 100 millions de dollars en guise de dédommagement.

16. Deux séismes consécutifs majeurs en Papouasie-Nouvelle Guinée

Dans le lagon paradisiaque du Sissano, dans la province du Sepik occidental, en Papouasie-Nouvelle Guinée, un raz-de-marée causé par deux séismes, le 20 juillet dernier, a entraîné 3 000 morts et 6 000 sans-abri. L'eau a submergé 30 km de côte et emporté sept villages densément peuplés. Selon les observateurs atterrés, il ne restait plus, dans les ruines cadavériques, que des palmiers déchiquetés et des mares d'eau croupie d'où émanaient des relents de corps en décomposition.

17. Les inondations chinoises de l'été 1998

Les inondations qui ont perduré en Chine, tout au long de l'été 1998, seraient aussi dramatiques que celles qui ont affligé les Chinois en 1954, qui avaient fait 33 000 morts. De nombreuses régions ont été complètement englouties. L'hécatombe chinoise a fait jusqu'ici 4 000 morts, une statistique non officielle, et plus de 4 millions de maisons ont été immergées et près de 50 000 têtes de bétail anéanties. Un million de militaires ont été affectés aux opérations de secourisme et de prévention. Des états d'alerte ont été proclamés dans de nombreuses villes chinoises, telle Harbin (9 millions d'habitants), Jingjiang (500 000 d'habitants), Wuhan (7 millions d'habitants).

Tel l'hydre de la mythologie, dont les têtes repoussaient sans cesse, le long fleuve Yang-tsé ne cessait d'enfler. Atteignant un nouveau pic de crue, le fleuve engloutissait, à la mi-août, plus de 20 millions d'hectares, soit la moitié du territoire de la France. 15 millions de Chinois ont dû être déplacés et 250 millions de personnes ($\frac{1}{5}$ de la population) furent directement affectées par la catastrophe.

Il semble que la facture totale (dégâts matériels et pertes économiques), s'élèverait, à la fin du mois d'août, à plus de 25 milliards de dollars, ainsi estimée par le chef du programme de l'ONU pour l'environnement, alors que les autorités chinoises diffusaient des nouvelles alarmistes sur la propagation des eaux dans le principal champ pétrolier du pays. En effet, les crues du fleuve Nen ont provoqué la rupture des digues et menacé le champ pétrolier de Daqing, qui compte 20 000 puits. On y dénombrait, le 25 août dernier, 3 000 puits inondés, se traduisant par une baisse de production de près de 11 000 tonnes par jour, soit environ 7 % de la production quotidienne.

Dans la région voisine de Mongolie intérieure, habituellement très sèche, 410 000 personnes étaient sans abri depuis le 8 août. De nombreux cas de choléra et de typhoïde ont été signalés. Dans la région russe de Tchita, où l'état d'urgence a été proclamé, 4 000 habitations ont été détruites.

La presse officielle a commencé à mettre en cause la déforestation excessive, jugée responsable d'une accélération de l'érosion, due à l'exploitation éhontée des grandes zones forestières, dont la forêt de Chuanxi, au sud-ouest de la Chine (4,63 millions d'hectares). L'agence *Chine nouvelle* a reconnu que cette seule forêt faisait l'objet d'un abattage et d'un commerce massifs par plus de 70 sociétés d'exploitation, qui ont vendu quelque 120 millions de mètres cubes de bois au cours des dernières décennies. De plus, il semble que les autorités de Pékin, concentrant leurs efforts sur les grands travaux d'aménagement des campagnes et sur la construction de barrages gigantesques, tel celui des Trois-Gorges, ont négligé l'entretien des digues traditionnelles et sous-estimé les conséquences de la déforestation.

18. La troisième édition de la carte mondiale des catastrophes naturelles

La Munich Re récidive, pour la troisième fois, en publiant une carte fouillée des lieux et sites répertoriant tempêtes, tremblements de terre, inondations et autres cataclysmes dont les dommages se chiffrent, d'année en année, par des sommes dépassant les milliards de dollars. Cette édition, entièrement révisée, constitue une source documentaire essentielle pour tous ceux qui s'intéressent aux problèmes des risques naturels à haute sévérité: assureurs, scientifiques, géologues, organismes publics, et autres. Pour la première fois, le réassureur allemand a utilisé les techniques de la cartographie digitale, comprenant une carte maîtresse et des cartes accessoires. À titre d'exemple innovateur, l'une des cartes accessoires est émaillée de renseignements basés sur les changements climatiques, composant avec l'effet El Niño et les répercussions engendrées à l'échelle planétaire.

19. Le Groupe de travail sur l'avenir du secteur des services financiers a déposé son rapport

L'équipe de huit membres présidé par Harold Mackay, avocat et ancien président de la Banque fédérale de développement, a soumis son rapport au ministre des Finances, le 15 septembre dernier, après vingt mois de consultation. Le ministre l'a immédiatement

déposé au Comité permanent des Finances de la Chambre des communes qui entameront des audiences publiques permettant de recueillir les points de vue de tous les milieux intéressés.

Le rapport de 192 pages, qui accouche de 124 recommandations, est articulé, autour de trois pôles: primo, accroissement de la concurrence et de la compétitivité; deuzio, meilleure protection et plus grande responsabilisation des consommateurs; tertio, amélioration de notre cadre de réglementation prudentielle.

En général, le rapport semble avoir été bien reçu, sauf par le milieu des assurances. En effet, le Bureau d'assurance du Canada et l'Association canadienne de l'assurance et des conseillers financiers s'opposent énergiquement aux recommandations du rapport portant sur la vente de l'assurance par les banques, à même leurs succursales, dès l'an 2002.

En ce qui concerne les importantes mégafusions bancaires qui pointent à l'horizon, elles ne pourraient se faire qu'après la tenue des audiences publiques. Sur ce point, le rapport préconise que les fusions des banques devraient être admises, après qu'un examen eut déterminé que l'impact ne serait pas négatif en termes d'intérêt public. Il recommande, notamment, une législation pour protéger la confidentialité des informations personnelles sur les consommateurs et pour prohiber les ventes liées, c'est-à-dire l'octroi de prêts en échange de l'achat d'autres services financiers de l'institution prêteuse.

Le rapport recommande aussi la nomination d'un ombudsman pour étudier les plaintes à l'encontre du secteur des services financiers. Autre recommandation, les banques étrangères devraient être autorisées à faire des affaires au Canada, par l'intermédiaire des succursales de leurs sociétés mères.

ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

Le passage à l'an 2000 : comment réagissent les assureurs canadiens ?

■ UN BREF RAPPEL SUR LE BOGUE DE L'AN 2000

L'informatique, cette jeune déesse, qui a trente ans à peine et occupe une place prépondérante dans notre vie personnelle et professionnelle, risque de poser de graves incertitudes, non seulement sur les résultats des systèmes de comptabilité et d'information, mais aussi sur les multiples systèmes d'exploitation à l'aide d'ordinateurs.

Rappelons brièvement le problème. Le bogue de l'an 2000, c'est essentiellement un problème d'horlogerie. Un ordinateur possède non seulement une horloge en secondes, en minutes et en heures, mais aussi en jours, en mois et en années. Dans les années 60, alors que les ordinateurs faisaient fébrilement leur apparition, la date année a été codifiée dans la plupart des systèmes informatiques en ne retenant que les seuls deux derniers chiffres de l'année. Cette pratique permettait de réaliser des économies considérables, en raison des limites des mémoires d'alors et du coût de leur capacité. Il est vrai qu'à partir des années 80 les concepteurs des systèmes, les électroniciens et les SSII ont commencé à codifier l'année avec quatre chiffres, mais il reste de nombreux systèmes, ils sont même majoritaires, où l'année se limite aux deux derniers chiffres. Tout investissement ou matériel programmé ou disposant d'un élément de date est en péril.

Ainsi, pour ces systèmes, nous sommes actuellement en 1998, nous serons en 1999 l'an prochain, mais en l'an 2000, nous serons en 1900, car l'ordinateur comprend que l'on passe de 99 à 00. Ainsi, le 12/31/99, l'horloge BIOS de l'appareil passera au

01/01/1900 au lieu de passer au 01/01/2000. Cette anomalie de datation risque d'engendrer de graves dysfonctionnements, non seulement au niveau des programmes et des logiciels, mais également de tous les systèmes informatisés, robotisés, tels les systèmes d'éclairage, d'accès aux immeubles, de sécurité/vol ou de sécurité/incendie, et les multiples systèmes sophistiqués utilisés dans les municipalités (feux de signalisation, secours incendie, police), dans les aéroports et aéroports, dans les compagnies de service (électricité, eau, gaz, pétrole, aliments), de communication, de transport et de distribution, dans les institutions financières et dans les ministères et agences gouvernementales. En effet, le problème est très préoccupant du côté des équipements et appareils informatisés, notamment en raison de la difficulté de répertorier les processeurs dotés d'une horloge interne non conforme au vingt-et-unième siècle. Les bases de données et les feuilles de calcul sont également vulnérables.

À cet égard, certains experts ont prédit que les entreprises les plus touchées verront leurs actions boursières s'effondrer à la suite de la perte de contrats, de faillites et de poursuites judiciaires faramineuses. Nul ne peut prédire, même au moment où ces lignes sont écrites, l'ampleur des perturbations liées au fameux bogue, ni la hauteur des pertes financières directes ou indirectes ni la mise en cause de la responsabilité des personnes physiques ou morales. Le risque de responsabilité est insidieux, car il est omniprésent. On peut avoir tout prévu dans une entreprise, sauf la défaillance éventuelle de fournisseurs dont on est légalement responsable. Aux États-Unis, on estime à 100 milliards de dollars les frais de justice engendrés par le bogue de l'an 2000.

Les causes de l'an 2000 gagnent les palais de justice, titre le journal *Les Affaires* (numéro du 5 septembre) qui en fait un dossier spécial. Voici quelques cas :

– Atlaz International a donné le ton dans un conflit judiciaire qui l'oppose à Software Business Technologies (STB). Elle allègue que le fournisseur ne respecte pas la garantie qui affirme que le logiciel est fonctionnel, alors qu'il ne le sera plus lors du passage à l'an 2000. Il s'agit de la première cause de recours collectif de la série Y2K.

– Paragon Network International poursuit Macola, qui développe des logiciels, en invoquant des raisons similaires à la cause précédente.

– Capellan intente une action contre Symantec et Intuit, lequel commercialise les logiciels Quicken. Symantec rétorque, en

défense, qu'elle effectue un ajustement qui dépasse la simple remédiation au problème du bogue, mais qu'elle fait des développements technologiques qui permettent beaucoup plus d'applications que celles liées au problème de l'an 2000. Capellan réplique qu'une solution séparée devrait être apportée aux clients qui ne désirent pas d'applications additionnelles.

– Aux États-Unis, la firme d'avocats Hancock Rathert & Bunshoft poursuit en son nom, comme il est possible de le faire dans ce pays, tous les fabricants de PC en Californie en vue de compenser les propriétaires de PC (environ 5 millions de personnes) qui ne pourront pas lire les dates de l'an 2000. Si elle gagne, la firme pourrait empocher le tiers des revenus totaux de la poursuite qui totalise un montant de 5 milliards de dollars US.

Un économiste a proposé, lors d'une conférence de l'Institut de stratégie économique, que les employés non essentiels devraient prendre une semaine de vacances à la maison, en cette première semaine de janvier de l'an 2000 et qu'on devrait même fermer les marchés financiers. Cette extrapolation peut faire sourire, mais elle a l'avantage d'illustrer à quel point un événement unique et exceptionnel, celui du passage dans un autre millénaire, peut se transformer en cauchemar.

■ LES PRÉPARATIFS ET LES CORRECTIFS À ÊTRE MIS EN PLACE PAR LES ENTREPRISES

À quelques encablures de cette fin de siècle, il reste encore beaucoup d'entreprises qui n'ont pas encore solutionné le problème, mais qui ont fait du passage à l'an 2000 un chantier prioritaire. Et leurs efforts d'ajustement sont d'autant plus coûteux qu'ils n'ajoutent aucune fonctionnalité additionnelle aux programmes existants. En 1997, on a estimé à 10 millions de dollars le montant qu'une entreprise canadienne de taille moyenne devrait consacrer pour s'ajuster au passage à l'an 2000, ce chiffre s'élevant à 100 millions de dollars pour une grande banque canadienne, à plus de 200 millions de dollars pour les organismes gouvernementaux et à plus de 500 millions de dollars pour les grandes entreprises spécialisées. À mesure que la date butoir approche, les montants avancés sont parfois sans justification. Il est vrai que plus les compagnies retardataires restent passives, moins elles auront le temps pour s'ajuster et plus elles en paieront le prix.

Un prix qui risque d'être élevé, selon une étude du cabinet marketing IDC, présentée à l'occasion d'un forum européen en septembre dernier à Paris, car les entreprises du monde entier pourraient dépenser près de 300 milliards de dollars, sur quatre ans, pour adapter leur système informatique (avec un pic de 90 milliards de dollars en 1998). Pour éviter le bogue, les dépenses totales pourraient se chiffrer par la somme de 122 milliards de dollars aux États-Unis et de 100 milliards en Europe. Actuellement, près de 100 milliards de dollars ont déjà été alloués dans le monde à la solution de ce casse-tête.

Selon un sondage fait en octobre dernier par le magazine américain *Fortune 500*, il s'ensuit que seulement 55 % des cinq cents plus grandes firmes dans le monde auraient nommé au moins une personne à temps plein pour conduire les adaptations appropriées. Il semble que 21% des entreprises américaines sont prêtes pour le grand passage tandis que 45 % sont en cours d'adaptation et plus de 30 % sont à la traîne. Alors que le jour J approche, les entreprises européennes semblent être mieux conscientisées au problème, puisque 82 % des entreprises ont déjà réparé le bogue ou sont dans cette voie.

Les pays du G8 ont été sensibilisés, à l'occasion de leur rencontre annuelle, en mai dernier, à prendre des initiatives en vue d'informer leur population à se préparer dans les meilleurs délais possibles. Ils se sont également entendus à coopérer entre eux, notamment sur le plan militaire, pour juguler par exemple tout risque d'une fausse alarme nucléaire ou toute velléité de piratage informatique dans les systèmes de défense. Un budget d'au moins 100 milliards de dollars aurait été créé par le G8 pour remplacer les systèmes informatiques ou de communication internationaux.

Au Canada, le Groupe de travail de l'an 2000, présidé par Jean Monty, président et chef de la direction de la BCE, a été mis sur pied il y a moins d'un an par le ministre fédéral de l'Industrie. Ce groupe rendait public, en juillet dernier, son dernier rapport d'étape et les données d'une enquête réalisée à sa demande par Statistique Canada. Conduite en mai dernier auprès de 2 700 entreprises, l'enquête révèle que 70 % des entreprises sondées ont pris des mesures pour faire face au problème comparativement à 45 % des octobre 1997. Moins de 30 % des entreprises ont pris des mesures pour vérifier l'état de préparation de leurs fournisseurs ou clients et pour évaluer les risques d'interruption de services ou de livraisons de biens. Il semble que 15 % des grandes entreprises ne pourront effectuer leurs essais qu'après juin 1999, ce qui leur laisserait peu de marge de manoeuvre en cas de difficultés. Selon les estimations

faites par le Groupe de travail, la facture totale d'ajustement pour les compagnies canadiennes atteindrait 12 milliards de dollars.

Au sein du Gouvernement québécois, on a défini un plan d'action basé sur les recommandations d'un document de réflexion du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) au regard du domaine des technologies de l'information. Ce plan d'action vise bien sûr la poursuite sécuritaire des diverses opérations et obligations gouvernementales, notamment sur le plan des services offerts à la population. L'Assemblée nationale a accepté une requête du Conseil du trésor demandant aux 155 organismes publics de procéder à une analyse d'impact de l'an 2000 sur les systèmes d'information. De plus, tous les services des secteurs parlementaires et administratifs, y compris le parc informatique et bureautique, ont été sensibilisés et responsabilisés.

Du côté des juristes, un autre groupe de travail mis sur pied par l'Association du Barreau canadien, sous la présidence de M^e Michael M. Fortier, a rendu public, en mai dernier, son rapport intitulé *Compte à rebours vers l'an 2000*, destiné aux avocats afin de les aider à conseiller adéquatement leurs clients. On suggère la création d'un comité interne dans chaque entreprise, composé d'un administrateur, d'un informaticien et de certains représentants de fournisseurs, et chargé de vérifier tous les systèmes informatisés, incluant les systèmes comprenant des puces intégrées. Ce comité devra également dresser une liste des problèmes potentiels, identifiés par ordre de priorité, en prenant en compte les risques qu'ils peuvent causer à l'entreprise. Enfin, le comité devra préparer un plan d'action en fonction de cette liste, en vue de remédier aux équipements et produits jugés déficients.

Les avocats eux-mêmes, dans leur pratique, devront aussi se préparer à faire le saut dans le nouveau millénaire. Ils devront examiner minutieusement leurs agendas électroniques (dates de procès, prescriptions), leurs registres et comptes en fidéicomis (tant d'institutions financières que gouvernementales, registres fonciers et registres des droits personnels et réels mobiliers) et leurs systèmes de recherche interactifs, en plus des programmes et logiciels utilisés dans leur pratique.

De nombreux types d'ordinateurs ne franchiront pas le passage à l'an 2000, d'autres devront être améliorés. Windows 95 nécessitera le chargement ou le téléchargement de bouts de logiciels (*patches*) et on devra vérifier l'horloge et le bios, des parties vitales du microprocesseur.

Certaines entreprises comme Hydro-Québec ont choisi de remplacer leurs applications par des progiciels complets conformes à la nouvelle datation, alors que d'autres ont opté pour la conversion, soit de modifier tous les programmes qui font référence aux dates pour y inclure l'année complète.

Il existe également sur le marché des logiciels remèdes peu coûteux, tel *2000 Toolbox*, lancé par la société McAfee. Ce logiciel est destiné à changer le code de l'année en le faisant passer de deux chiffres à quatre chiffres, par exemple en changeant 99 en 1999. L'arrivée de l'an 2000 serait donc correctement interprétée. Cet outil s'attaque aux quatre horloges principales d'un ordinateur moyen :

- L'horloge RTC (*Real Time Clock*), qui est le coeur de l'ordinateur et continue de battre même lorsque l'appareil est éteint. Cet horloge permet d'effectuer les tâches prévues aux heures prévues, dans un ordre établi.

- L'horloge BIOS (*Basic Input/Output System*), qui se trouve dans les mémoires, comme PROM (mémoire morte programmable) ou EPROM (mémoire morte reprogrammable). Elle ne fonctionne que lorsque l'ordinateur est remis en marche et se met à l'heure en se basant sur celle de l'horloge RTC. C'est dans cette deuxième horloge que se situe le bogue de l'an 2000, si elle a été conçue avec un code année à deux chiffres.

- L'horloge DOS, basée sur l'horloge BIOS, possède le même problème que cette dernière, celui de passer du 12/31/1999 au 01/01/2000, mais elle a aussi un autre bogue. Ayant été conçue en 1980, l'année du lancement de DOS, elle retournera, le premier jour de l'an 2000, à sa date d'origine, à savoir le 01/04/1980.

- L'horloge Windows, qui régit les applications de Windows, se base encore sur l'horloge DOS.

Ainsi, *2000 Toolbox* crée un petit programme qui s'assure que chacune des horloges passera bien à l'an 2000. Sécuritaire, il demeurerait dans l'ordinateur même si l'utilisateur décidait d'effacer ce petit logiciel. Il existe aussi un autre bogue auquel *2000 Toolbox* peut remédier, un problème lié à l'année bissextile. En effet, pour un bon nombre d'ordinateurs, c'est 2001 et non 2000 qui est une année bissextile. Pour d'autres ordinateurs, le jour qui viendra après le 29 février 2000 sera le 30 février 2000.

Comme l'année 2000 sera une année bissextile, le programme *2000 Toolbox* s'assure que les horloges passent bien du 28 février 2000 au 29 février 2000, puis au 1 mars 2000. Ce programme peut

vérifier également les informations dans les banques de données et les rendre compatibles. Il est accompagné d'un chasseur de virus et de deux utilitaires, l'un pour la bonne gestion du disque dur et l'autre pour limiter les dégâts en cas de panne majeure.

■ DU CÔTÉ DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

Selon les données de Statistique Canada, la prise de mesures adéquates varie selon les secteurs. Si le secteur primaire fait figure de mouton noir avec un taux de 58 % d'entreprises disant n'avoir pris, à date, aucune mesure, le secteur des institutions financières, dans 80 % des cas, aurait pris les mesures adéquates pour que le passage au XXI^e siècle soit fait sereinement et en limitant les dégâts.

Les dysfonctionnements les plus pernicieux ne viendraient pas nécessairement des aberrations visibles, mais celles qui ont une apparence de normalité. À titre d'exemple d'incohérence, la Suisse Ré mentionne que si un individu est né le 3 avril 1980, l'ordinateur pourra lui attribuer en l'an 2000 un âge de 80 ans, pouvant ainsi être considéré comme retraité et bénéficiaire des avantages prévus dans sa police.

En France, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) a mené auprès de ses membres, en 1997, une vaste campagne de sensibilisation. AXA a très tôt démarré un vaste chantier. Dès 1995, quelque 70 chefs de projets étaient nommés pour gérer les adaptations. Rien que pour l'Hexagone, on compte chez le premier assureur français quelque 100 000 programmes et 800 000 lignes de codes à traiter. On a aussi fait pression sur les fournisseurs pour éviter tout problème au niveau du matériel et des logiciels.

Les assureurs sont assujettis au bogue de l'an 2000 à double titre : en tant que représentants du secteur tertiaire, utilisant largement les systèmes informatiques, et en tant qu'apporteurs de garanties, soucieux d'informer judicieusement leurs assurés sur la nature du problème et le niveau de garantie.

Les courtiers, il va sans dire, doivent aussi se préparer adéquatement, car ils ont des devoirs professionnels à l'égard des assurés qu'ils représentent. Depuis plusieurs mois, des milliers d'intermédiaires, dont la fonction est de conseiller adéquatement leurs clients non seulement sur leurs garanties mais aussi sur leurs risques assurables, tentent d'analyser les répercussions du syndrome de l'an 2000 sur leurs opérations informatisées et même de remplacer leur

réseau informatique par des systèmes mieux adaptés, notamment pour la gestion des échéances des contrats et des sinistres.

Voici un message qu'adressait, au début de l'été, l'assureur Guardian à ses partenaires courtiers :

L'an 2000 est une certitude immuable et toutes les entreprises, de la plus petite jusqu'aux multinationales, doivent faire face à ce problème de gestion des risques. Votre rôle, en tant que courtiers, est crucial car il vous incombe de renseigner le public sur les divers risques que présente le changement imminent de date.

Le problème de l'an 2000 n'étant pas un risque assuré en vertu des polices qu'offre la Guardian, il est important d'informer vos titulaires de polices des problèmes éventuels engendrés par le nouveau millénaire. Même si de nombreuses exclusions standard porteront spécifiquement sur les dommages reliés au changement de date, nous estimons qu'il est nécessaire de préciser davantage nos polices dès à présent. Les contrats d'assurance des entreprises rédigés par la Guardian comporteront des exclusions importantes à compter du 1^{er} juillet 1998, dans le cas de renouvellement de police et des nouvelles propositions d'assurance reçues après le 15 mai 1998.

Enfin les réassureurs, vers qui, ultimement, aboutissent les risques de pointe, n'hésitent pas à affirmer que le Y2K (*year 2000*) constitue l'un des plus graves problèmes auxquels l'industrie toute entière est confrontée, ne serait-ce que par la prise en compte des poursuites civiles faramineuses et des dommages punitifs qui planent au-delà de l'horizon 2000 aux États-Unis, au mieux comparables aux problèmes de l'amiantose et de la pollution qui ont affecté démesurément le *loss ratio* des deux dernières décennies. Les risques impliqués sur les marchés internationaux de la réassurance sont bien sûr la branche responsabilité civile (responsabilité civile générale, responsabilité civile professionnelle, responsabilité des administrateurs et des dirigeants), mais aussi celles des biens des entreprises ainsi que les risques «pertes d'exploitation» et les risques maritimes et aériens. À titre d'exemple, un système d'alarme incendie défaillant peut provoquer la destruction d'une usine entière et son matériel technique et, par voie de conséquence, engendrer des interruptions de production qui risquent de mettre en péril la santé financière de l'entreprise et des fournisseurs.

Les réassureurs assument le poids des grands risques industriels et commerciaux. Ils sont les assureurs des assureurs. Ils jouent un rôle éminent de soutien, suivant ainsi la bonne ou la mauvaise fortune des compagnies cédantes (sociétés d'assurance). Confrontés au péril marqué par le passage à l'an 2000, la très vaste majorité des

réassureurs n'ont pas hésité à formuler, dans leurs traités, la clause d'exclusion Y2K, qui est une exclusion absolue liée aux conséquences directes et indirectes du bogue de l'an 2000. Une telle exclusion, telle qu'interprétée par les tribunaux, doit être claire, non ambiguë.

Nous terminerons cette étude par l'examen des conséquences pour les assurés.

■ LES CONSÉQUENCES POUR LES ASSURÉS

En assurance de biens, seuls les dommages matériels directs ou, dans une moindre proportion, certains dommages immatériels (perte de jouissance d'un bien, interruption de service) désignés comme couverts, font l'objet d'une garantie d'assurance. Peu d'assurés, qu'ils soient des particuliers ou des corporations, en sont conscients. En assurance de responsabilité, couvrant les conséquences de poursuite de tiers à leur égard, seuls les risques aléatoires peuvent être couverts par un contrat d'assurance. Dès lors que les entreprises ont renouvelé leur police d'assurance de responsabilité, en début d'année, en connaissant ou en jugeant prévisibles les risques de dommages, elles ne pourraient bénéficier d'aucune protection.

Cependant, par souci de clarté et sous l'impulsion des réassureurs qui, nous l'avons examiné, ont maintenant des exclusions claires dans leurs traités et dans les contrats de réassurance facultative, les assureurs n'ont pas hésité à prévoir dans les contrats renouvelés en 1998 des exclusions absolues ou des limitations de garantie (franchises ou plafonnements).

Ces nouvelles clauses contractuelles ont été rédigées ponctuellement par les assureurs, au cas par cas, ou inspirées du Bureau d'assurance du Canada et du Conseil d'assurances du Canada.

En effet, le comité ad hoc BAC/CAC, qui a examiné les répercussions possibles des problèmes informatiques liés au passage à l'an 2000 sur les contrats d'assurance et sur les activités des services de production, a proposé, en avril dernier, divers formulaires aux assureurs membres. Les formulaires ci-joints entrent dans trois groupes. Nous reproduisons ici les notes accompagnant les formulaires.

Premier groupe : Nouveaux avenants, qui comportent des modifications applicables à l'assurance de dommages directs et à

celle des pertes d'exploitation – excluant dans les deux cas les conséquences directes ou indirectes des erreurs d'interprétation de dates et énonçant avec plus de clarté les options possibles quant aux exceptions. Des numéros spécifiques ont été attribués aux avenants et chacun indique le numéro de formulaire existant avec lequel il doit être utilisé. Les avenants en question portent les numéros 4061, 4062, 4161, 4162 et 2316.

Deuxième groupe : Ce sont de nouveaux contrats dans lesquels l'exclusion sur les erreurs d'interprétation de dates a été incorporée; ils viennent s'ajouter aux contrats actuels. Pour en faciliter l'identification, le suffixe -2 a été ajouté au numéro de formulaire (par exemple, le formulaire RC des entreprises actuel porte le numéro 2100 et le nouveau, avec l'exclusion intégrée, porte le numéro 2100-2). Dans les formulaires d'assurance de dommages directs et des pertes d'exploitation, les options concernant les exceptions sont présentées de la même façon que dans les avenants du premier groupe. Les formulaires en question portent les numéros 4036-2, 4037-2, 4106A-2, 4107B-2 et 2100-2.

Troisième groupe : Il s'agit de nouveaux avenants à utiliser avec les nouveaux contrats du deuxième groupe. L'avenant pour l'assurance RC des entreprises vise simplement la suppression de l'exclusion sur les erreurs d'interprétation de dates qui a été intégrée au contrat. Les avenants de l'assurance de biens permettent soit de supprimer l'exclusion, soit de la conserver, mais avec une exception différente. Les numéros de formulaire suivent le même modèle que ceux du premier groupe mais ont aussi le suffixe -2 pour les rattacher aux nouveaux contrats du deuxième groupe. Les avenants en question portent les numéros 4061-2, 4062-2, 4161-2 et 2315-2.

Nous ne reprendrons pas ici, faute d'espace, l'ensemble des modèles de contrats et d'avenants proposés, qui feront l'objet d'une publication dans le recueil de formulaires standard CAC/BAC. Qu'il nous suffise de donner quelques exemples :

Exemple d'avenant, dans le premier groupe, n° BAC 2316 (4-1998), intitulé EXCLUSION DES ERREURS D'INTERPRÉTATION DE DATES

Le texte suivant est ajouté aux EXCLUSIONS COMMUNES, après le **risque de guerre** :

«EXCLUSION COMMUNE AUX GARANTIES A, B, C ET D

Erreurs d'interprétation de dates

Cette assurance ne couvre pas les dommages corporels ou les dommages matériels ou la privation de jouissance de biens corporels causés par la défaillance :

- a) De tout matériel électronique de traitement des données informatiques, ou de autre équipement y compris les micro-processeurs intégrés;
- b) Des programmes informatiques;
- c) Des logiciels;
- d) Des supports informatiques;
- e) Des données informatiques;
- f) Des systèmes de stockage des données informatiques;
- g) Des unités de stockage des données informatiques;
- h) Des horloges temps réel;
- i) Des routines de manipulations de date;
- j) De toute autre composante, système, procédé ou appareil se rapportant aux éléments ci-dessus;

de correctement lire, reconnaître, interpréter ou traiter tout champ de date, d'heure, ou de date et d'heure combinées codé, abrégé ou encrypté. Toute erreur dans la saisie des données originales ou modifiées ou la programmation est assimilée à un défaut au sens susdit.»

Toutes les autres conditions du contrat demeurent inchangées.

Voici deux exemples d'exclusion, tel que proposé par l'assureur Guardian, qui ressemblent fortement au libellé qui précède, l'un portant sur les biens, l'autre sur la responsabilité civile. Ces exclusions reposent sur les libellés standard du Conseil des assurances du Canada.

Exemple d'exclusion «heure/date» portant sur les biens des entreprises

«La présente police ne couvre pas les dommages occasionnés directement ou indirectement par le défaut ou l'impossibilité de l'un ou de tous les éléments suivants :

- a) matériel informatique ou autre matériel, y compris les micro puces qui y sont intégrées;
- b) programme informatique;
- c) logiciel;
- d) support;
- e) données;
- f) système de stockage en mémoire;

- g) dispositif de stockage en mémoire;
- h) horloge temps réel;
- i) calculatrice de date; ou
- j) tous autres systèmes, composants, processus ou dispositifs connexes;

à lire, reconnaître, interpréter ou traiter correctement toute date encodée, abrégée ou encryptée, toute donnée horaire ou tout champ ou donnée heure/date combinés. Un tel défaut comprend aussi les erreurs de saisie dans la programmation ou les données originales ou modifiées. La présente exclusion ne s'applique pas aux dommages causés directement par l'incendie, la foudre, l'explosion, le choc de véhicules terrestres, d'aéronefs ou de vaisseaux spatiaux, les grèves, les émeutes, le vandalisme, les actes malveillants, la fumée, la fuite d'installations de protection contre l'incendie, les tempêtes de vent ou la grêle.»

Exemple d'exclusion «heure/date» portant sur la responsabilité civile des entreprises

«La présente police ne couvre pas les «dommages corporels», les «dommages matériels» ou le «préjudice personnel» occasionnés par le défaut ou l'impossibilité de l'un ou de tous les éléments suivants :

- a) matériel informatique ou autre matériel, y compris les micro puces qui y sont intégrées;
- b) programme informatique;
- c) logiciel;
- d) support;
- e) données;
- f) système de stockage en mémoire;
- g) dispositif de stockage en mémoire;
- h) horloge temps réel;
- i) calculatrice de date; ou
- j) tous autres systèmes, composants, processus ou dispositifs connexes;

à lire, reconnaître, interpréter ou traiter correctement toute date encodée, abrégée ou encryptée, toute donnée horaire ou tout champ ou donnée heure/date combinés. Un tel défaut comprend aussi les erreurs de saisie dans la programmation ou les données originales ou modifiées.»

Le comité ad hoc BAC/CAC, en proposant les nouveaux formulaires, n'a pas manqué de se pencher sur le type de sinistralité qu'une entreprise pouvait subir. Le comité a conclu que la mise à niveau des systèmes informatiques et des logiciels ne constitue pas un dommage.

Le comité a identifié trois types de dommages :

a) Dommages liés à l'exploitation

Les entreprises dont les ordinateurs ou les systèmes ne sont pas prêts pour l'an 2000 et qui négligent de les corriger s'exposent aux problèmes suivants :

- erreurs informatiques insolubles empêchant l'accès aux données, leur saisie ou leur traitement;
- altération ou perte de dossiers importants;
- incapacité de payer les compte des fournisseurs;
- incapacité d'encaisser les comptes clients;
- arrêt des processus automatisés;
- incapacité de donner ou de prendre des commandes;
- impossibilité d'accéder au calendrier et/ou à l'agenda électronique des tâches ou des rendez-vous;
- perte de communication internet ou intranet.

Les pertes financières ou les frais supplémentaires découlant de la plupart des problèmes ci-dessus ne constituent pas des dommages aux biens assurés entrant dans le cadre des assurances des biens des entreprises. En règle générale, les systèmes, appareils ou programmes ne subiront pas de dommages – tous vont continuer à fonctionner conformément à leur programmation – sauf que le résultat peut ne pas être celui qu'escomptait le chef d'entreprise ou l'opérateur.

b) Dommages à des biens corporels

Il peut arriver que des biens corporels, autres que les ordinateurs ou systèmes, subissent des dommages en raison de la défaillance des commandes automatisées ou de l'altération des données, telle l'obtention d'un produit incomplet ou abîmé, et/ou entraîner des dommages à la chaîne de production. Les assurances des biens des entreprises excluent normalement les dommages subis par les biens au cours de leur fabrication ou transformation. La défaillance des systèmes de contrôle informatisé des installations de

sécurité ou d'extincteurs automatiques peut résulter en une notification tardive ou une absence totale de notification des services de police ou d'incendie.

L'assurance des pertes d'exploitation ne saurait pareillement jouer, puisqu'elle n'intervient normalement que s'il y a eu préalablement un dommage aux biens assurés.

c) Dommages liés à la responsabilité civile

Le mauvais fonctionnement de dispositifs ou d'installation de transport ou de sécurité pourrait occasionner des dommages corporels ou matériels aux tiers. Ces dommages pourraient résulter aussi d'erreurs dans la distribution, la consommation ou l'utilisation de substances ou de produits. Il existe aussi des risques de réclamations découlant d'obligations contractuelles, du fait d'avoir prodigué de mauvais conseils ou fourni de faux renseignements ou des données erronées. Non seulement les employés, mais aussi les administrateurs et dirigeants peuvent être tenus responsables de négligence dans l'exploitation de l'entreprise.

De plus, s'il est clair que les dommages corporels ou matériels allégués ne sont pas couverts, par l'application des exclusions retrouvées dans la police RC, l'assureur n'aura aucune obligation en matière de défense. Par ailleurs, en assurance de responsabilité professionnelle, certaines polices pourraient être efficacement mises en application, en l'absence d'une exclusion spécifique liée à notre bogue.

En conclusion, les membres du comité se sont penchés sur les exclusions actuelles retrouvées dans les polices avant de suggérer des exclusions concrètes applicables au passage à l'an 2000.

En assurance des dommages directs et des pertes d'exploitation, ils expriment la crainte que l'ajout dans certaines polices d'une exclusion liée au problème ici discuté peut affaiblir la portée des exclusions actuelles en donnant l'impression qu'en l'absence d'exclusion spéciale il y a garantie.

En assurance de responsabilité, ils expriment que les exclusions actuelles sont insuffisantes dans certaines circonstances, notamment en cas de faute professionnelle. Par ailleurs, en assurance de responsabilité civile, dont l'événement est le fait déclencheur, on peut croire que cette police est claire sur l'absence de garantie liée au bogue de l'an 2000 puisqu'un événement est défini comme un accident qui peut s'étaler graduellement dans le temps et qui n'a pas été prévu ni voulu.

En assurance habitation, les assureurs sont invités à identifier les habitations de grande valeur, dont la protection est assurée par des systèmes de sécurité risquant de faire défaut dans les cas où la surveillance automatique s'effectue au moyen de dispositifs programmés en fonction de dates.

Le comité conclut son rapport par des recommandations aux assureurs sur l'évaluation des risques et la formation de leur personnel, et sur l'ajout des exclusions suggérées, dans certaines circonstances. Les formulaires proposés ne font aucunement allusion à l'an 2000, ni dans le titre, ni dans le texte, car des problèmes peuvent survenir aussi bien avant qu'après le 1^{er} janvier 2000.

Enfin, le Comité suggère aux assureurs et aux courtiers d'utiliser un questionnaire pouvant contenir des renseignements sur le passage à l'an 2000. En plus du questionnaire, le Conseil des assurances du Canada va chercher les moyens de mieux renseigner les consommateurs. Il est à l'avantage et des consommateurs et des assureurs et des intermédiaires de permettre une large diffusion de l'information et de mettre les problèmes clairement en lumière.

Il est très important pour toutes les personnes, et principalement les personnes morales, indépendamment de la présence ou de l'absence de protection dans leurs contrats d'assurance, de prendre des mesures de prévention appropriées pour réduire les risques de perturbation liés au passage à l'an 2000. Ce n'est plus une question d'assurance. C'est une question de gestion des risques.

CHRONIQUE ACTUARIELLE

par Louise Labrèche

Le membre du comité de retraite... une personne raisonnable

Dès 1990, la *Loi sur les régimes complémentaires de retraite* (Loi RCR) stipulait que le comité de retraite agissait à titre de fiduciaire. Pourtant, avant l'entrée en vigueur du Code civil du Québec en date du 1^{er} janvier 1994, il n'existait pas de véritable fiducie en droit civil québécois. En effet, en vertu du Code civil du Bas Canada, une fiducie ne pouvait être créée que par testament ou donation. Le patrimoine d'affectation que constituait le régime de retraite s'apparentait donc davantage au trust de «common law» qu'à une fiducie.

Aujourd'hui, le Code civil du Québec reconnaît l'existence de la fiducie et prévoit des règles sur l'administration du bien d'autrui. On peut donc maintenant s'appuyer sur le C.c.Q. et sur la Loi RCR pour établir la nature et l'étendue des obligations et de la responsabilité des membres du comité de retraite.

Préséance de la Loi RCR

Le comité de retraite étant chargé de l'administration d'un patrimoine qui n'est pas le sien, il est assujéti à l'application des règles du C.c.Q. en matière d'administration du bien d'autrui dans la mesure où la Loi RCR et le texte du régime ne dérogent pas à ses dispositions.

Ainsi, si la Loi RCR ou le texte du régime sont muets sur un sujet, les dispositions du C.c.Q. reçoivent application. Si le C.c.Q. et la Loi RCR prévoient des obligations différentes ou si celles prévues à la Loi RCR sont plus onéreuses, le comité de retraite doit

L'auteure :

Louise Labrèche, F.I.C.A., F.S.A., est vice-présidente du Groupe-conseil Aon inc.

respecter les dispositions de la Loi RCR qui a généralement préséance sur le C.c.Q. Ce n'est donc qu'à titre de supplétif que les dispositions du C.c.Q. s'appliqueront.

Diligence, prudence et compétence

Le C.c.Q. (et la Loi RCR qui est au même effet) prévoit que «l'administrateur doit agir avec prudence et diligence, il doit agir avec honnêteté et loyauté dans le meilleur intérêt des bénéficiaires ou de la fin poursuivie».

Les actes du comité de retraite doivent toujours être guidés par une norme de conduite objective et abstraite faisant appel à la notion de la personne raisonnable placée dans la même situation. En fait, c'est l'ancienne notion du bon père de famille.

Cette obligation en est une de moyen et non de résultat. Le comité de retraite n'a pas l'obligation par exemple, de garantir le rendement des placements de la caisse mais il doit prendre les moyens jugés raisonnables pour faire fructifier l'actif tout en évitant de faire des placements qui seraient considérés comme comportant un risque élevé pour toute personne moindrement raisonnable.

De plus, la Loi RCR stipule que «les membres du comité de retraite qui ont ou devraient avoir, compte tenu de leur profession ou de leur entreprise, des connaissances ou aptitudes utiles en l'occurrence, sont tenus de les mettre en œuvre dans l'administration du régime».

On n'exige toutefois pas que les membres du comité soient des spécialistes en placement ou dans d'autres domaines liés à la gestion et l'administration d'un régime de retraite. Les membres du comité de retraite doivent par contre s'assurer de prendre des moyens raisonnables afin d'être en mesure de prendre des décisions éclairées et ce, dans le meilleur intérêt des participants. Ils doivent donc consulter au besoin les spécialistes en la matière afin d'agir avec prudence et compétence.

Ainsi, les membres du comité de retraite doivent, dans l'exercice de leur fonction, apporter un soin raisonnable compte tenu de leur compétence, de leur expérience et des fonctions qu'ils occupent. Les membres doivent agir avec les soins et précautions nécessaires afin d'éviter de causer des préjudices. Ils feront preuve de diligence en respectant les délais d'exécution prévus par les lois ou à défaut, ils agiront dans un délai raisonnable imposé par l'usage des circonstances. Le membre agit avec loyauté et bonne foi lorsqu'il ne cherche pas, lors de la prise de décision, à s'avantager ou à

avantager d'autres personnes au détriment du meilleur intérêt des participants.

Responsabilité solidaire

Les membres du comité de retraite sont personnellement et solidairement responsables des décisions prises par le comité. Le défaut du comité de respecter ses obligations peut engager la responsabilité personnelle et solidaire de ses membres. La responsabilité solidaire signifie qu'un seul membre du comité de retraite peut être tenu responsable pour la totalité des dommages découlant d'une décision du comité. Il pourra, le cas échéant, prendre un recours contre les autres membres pour obtenir le remboursement de ce qui équivaut à leur part de responsabilité.

Il est souhaitable (et raisonnable) que les comités de retraite se dotent d'une assurance responsabilité pour protéger leurs membres contre toute poursuite intentée contre eux, qu'elle soit fondée ou non. L'assurance responsabilité ne couvre pas le défaut d'agir avec honnêteté et loyauté, mais elle pourrait couvrir le comité de retraite contre les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile lorsqu'il a commis une faute telle une erreur ou une omission commise dans l'administration du régime de retraite. Toute personne dont la responsabilité est engagée peut être tenue de verser à la caisse un montant équivalent aux pertes qui en ont résulté, d'où l'importance pour les membres d'avoir une assurance responsabilité. Soulignons toutefois que le C.c.Q. prévoit que dans l'appréciation de l'étendue de la responsabilité d'un membre de comité de retraite (l'administrateur du bien d'autrui), le tribunal peut tenir compte du fait que ce membre agit gratuitement pour réduire les dommages et intérêts.

Dissidence

Les membres sont solidairement responsables des décisions prises par les autres. Toutefois, un membre peut être exonéré de toute responsabilité s'il a fait valoir sa dissidence. Pour ce faire, un membre présent lors de la prise de décision doit exprimer son objection à la proposition sur le champ.

Tout membre absent est réputé avoir approuvé une décision à moins qu'il ne transmette par écrit sa dissidence aux autres membres dans un délai raisonnable. Le membre du comité devant agir dans un délai raisonnable, il est important qu'il prenne connaissance des décisions prises en son absence le plus rapidement possible.

Par ailleurs, il serait prudent que la personne devenue membre du comité qui a connaissance d'un acte fautif d'un de ses prédécesseurs, lequel produit ou est susceptible de produire des effets, manifeste sa dissidence afin d'éviter d'être trouvée responsable des effets néfastes d'une décision antérieure.

Délégation

La Loi RCR autorise le comité de retraite à déléguer en tout ou en partie ses pouvoirs ou à se faire représenter par un tiers pour un acte déterminé. Ce pouvoir de délégation peut toutefois être restreint ou interdit par le régime. Malgré la délégation, le comité continue d'avoir un devoir général de surveillance sur son délégataire. Il doit donc garder un certain contrôle sur les actes et décisions des délégataires.

Celui qui assume des pouvoirs délégués assume les mêmes obligations et la même responsabilité que celles qu'auraient eu à assumer le comité de retraite. Le comité de retraite ne répond du délégataire qu'il choisit que s'il n'était pas autorisé à déléguer. S'il était autorisé à procéder à la délégation, il ne répond alors que du soin avec lequel il a choisi son délégataire et lui a donné ses instructions.

Tout acte de délégation doit être rédigé de façon claire afin de ne susciter aucun doute quant à l'objet et l'étendue de la délégation.

En résumé, les membres du comité doivent agir avec prudence, diligence et compétence, comme le ferait des personnes raisonnables dans les mêmes circonstances. Ils gèrent un bien qui ne leur appartient pas et le font dans l'intérêt des participants uniquement.

Comme des personnes raisonnables, ils respectent les exigences de la loi. Et, en personnes raisonnables ils consultent des experts ou cherchent à obtenir l'information ou la formation nécessaire pour prendre les décisions appropriées. Au besoin, ils confient certaines fonctions à des personnes qualifiées mais gardent un droit de regard sur tous les aspects de l'administration du régime, c'est plus raisonnable.

GARANTIES PARTICULIÈRES

par Rémi Moreau

Un nouveau fonds de garantie à l'égard des acheteurs de maisons neuves

Les principes issus de la *Loi sur le bâtiment* instituant un fonds de garantie

La *Loi sur le bâtiment* (L.R.Q. B-1.1) a été modifiée en 1997 de façon à obliger tout entrepreneur à adhérer à un plan de garantie visant l'exécution de ses obligations légales et contractuelles relatives à la vente ou à la construction d'un bâtiment résidentiel neuf. L'article 77 de cette Loi se lit comme suit:

La Régie (du bâtiment) peut, par règlement, obliger tout entrepreneur à adhérer à un plan qui garantit l'exécution de ses obligations légales et contractuelles, notamment celle de respecter le code de construction, résultant d'un contrat conclu avec une personne pour la vente ou la construction d'un bâtiment résidentiel neuf.

L'article 78 de la Loi a la même portée que l'article précédent: il vise les contrats pour l'exécution de travaux de rénovation, de réparation, d'entretien ou de modification d'un bâtiment ou d'un ouvrage de génie civil.

C'est donc dire que le plan de garantie englobe n'importe lequel acte de construire en vue de mieux sécuriser les consommateurs qui achètent, se font construire ou qui rénovent divers bâtiments résidentiels neufs, tels ceux qui suivent:

- toute maison unifamiliale isolée, jumelée ou en rangée, détenue ou non en copropriété divise;
- tout bâtiment multifamilial de deux à cinq logements, non détenu en copropriété divise;

– tout bâtiment multifamilial de plus de cinq logements, non détenu en copropriété divise par une coopérative ou un organisme sans but lucratif;

– tout bâtiment multifamilial de moins de quatre étages détenu en copropriété divise.

Tout entrepreneur qui sera obligé d'adhérer à ce plan devra réparer les vices de construction découlant de l'exécution ou de l'inexécution des travaux de construction couverts en vertu de ce plan, dont nous décrivons plus loin les grandes lignes.

L'administrateur du plan de garantie, c'est-à-dire toute personne morale autorisée par la Régie du bâtiment à administrer un plan de garantie, suivant les normes et critères établis par règlement de la Régie, sera chargé de pourvoir au défaut de l'entrepreneur de remplir ses obligations légales et contractuelles.

En ce qui concerne les travaux de construction qui ne sont pas couverts par le plan de garantie visé par la Loi, la Régie pourra exiger de tout entrepreneur, en vertu de l'article 84 de la Loi, un cautionnement dans le but d'indemniser ses clients qui ont subi un préjudice à la suite de l'exécution ou de l'inexécution de travaux.

Le plan de garantie, tel que prévu en vertu des articles 77 et 78 de la Loi, est assujéti à diverses modalités prévues au Règlement. Nous examinerons donc ce Règlement en jetant notre dévolu sur les éléments suivants:

- la nature et l'étendue des garanties;
- les mécanismes de mise en oeuvre de ces garanties;
- les règles visant à agir à titre d'administrateur d'un plan de garantie;
- les règles d'adhésion à un plan de garantie par un entrepreneur.

Le Règlement adopté sous l'empire de la *Loi sur le bâtiment*

Le règlement intitulé *Plan de garantie des bâtiments résidentiels neufs* a été approuvé en vertu du décret 841-98, le 17 juin 1998, lequel a été publié dans la *Gazette officielle du Québec* (30 juin 1998, 130^e année, n^o 27). L'entrée en vigueur des dispositions du Règlement sur le plan de garantie a été fixée au 1^{er} janvier 1999.

La nature et l'étendue des garanties

Dans le cadre de cette chronique, nous nous attarderons exclusivement sur le plan de garantie relatif aux bâtiments non détenus en copropriété divise.

Toute personne désireuse de devenir un entrepreneur en bâtiments résidentiels neufs doit adhérer à un plan de garantie couvrant l'exécution de ses obligations légales et contractuelles conformes aux normes mentionnées ci-après.

Avant la réception du bâtiment par son bénéficiaire, la garantie d'un plan doit couvrir, dans le cas d'un contrat de vente, d'une part, les acomptes versés par le bénéficiaire (la personne qui conclut un contrat avec un entrepreneur) et, d'autre part, le parachèvement de travaux, si le bénéficiaire est détenteur des titres de propriété. Dans le cas d'un contrat d'entreprise (réparation, entretien, modification), le plan de garantie doit couvrir, outre ce qui précède, le relogement, le déménagement et l'entreposage des biens du bénéficiaire.

Après la réception du bâtiment, la garantie d'un plan doit couvrir minimalement, suivant l'article 10 du Règlement, cinq éléments, à savoir:

- le parachèvement des travaux qui ont fait l'objet d'une dénonciation écrite au moment de la réception ou dans les trois jours qui suivent, si le bénéficiaire n'a pas encore emménagé;

- la réparation des vices et malfaçons apparents prévus à l'article 2111 du Code civil du Québec et dénoncés par écrit dans les délais mentionnés ci-dessus (cet article 2111 est reproduit en annexe);

- la réparation des malfaçons existantes et non apparentes au moment de la réception, découvertes dans l'année suivant la réception par le bénéficiaire prévues aux articles 2113 et 2120 du Code civil du Québec et dénoncés par écrit dans un délai raisonnable à l'entrepreneur et à l'administrateur du plan, sous réserve que cette dénonciation ne peut être faite que dans les 6 mois de la date de découverte des malfaçons (ces articles sont reproduits en annexe);

- la réparation des vices cachés au sens des articles 1726 et 2103 du Code civil du Québec, découverts dans les trois ans suivant la réception et dénoncés par écrit dans un délai raisonnable à l'entrepreneur et à l'administrateur du plan, sous réserve que cette dénonciation ne peut être faite que dans les 6 mois de la date de

découverte des vices cachés, selon l'article 1739 du Code civil du Québec (ces articles sont reproduits en annexe);

– la réparation des vices de conception, de construction ou de réalisation et des vices du sol, au sens de l'article 2118 du Code civil du Québec, qui apparaissent dans les cinq ans suivant la fin des travaux et dénoncés, par écrit, à l'intérieur de la période de 6 mois, ci-avant énoncée, ou en cas de vices ou de pertes graduelles, dans les 6 mois de la date de leur première manifestation.

Le Règlement précise que le défaut de se conformer aux règles de l'art ou aux différents Codes constitue une malfaçon, sauf si la qualité, la sécurité ou l'utilisation du bâtiment ne sont pas en cause.

Dans les cas où l'administrateur du plan de garantie doit intervenir pour parachever les travaux ou remédier aux lacunes, le bénéficiaire doit faire retenir par son institution financière ou verser dans un compte en fidéicommiss tout montant encore dû découlant du contrat de construction.

Sont exclues de la garantie certaines circonstances, prévues à l'article 12 du Règlement, que nous décrivons ici brièvement: la réparation des défauts dans les matériaux et équipements installés par le bénéficiaire; les réparations rendues nécessaires par un comportement normal des matériaux (exemples: fissures, rétrécissements); les réparations rendues nécessaires par la faute du bénéficiaire (exemples: mauvais entretien, mauvaise utilisation); les dégradations normales (exemple: usure); l'obligation de relogement, de déménagement et d'entreposage des biens du bénéficiaire; les réparations rendues nécessaires à la suite d'événements de force majeure (exemples: tremblement de terre, inondation, grève); les réparations découlant de la responsabilité extracontractuelle de l'entrepreneur; la réparation des dommages découlant des sols contaminés; les obligations d'un service public d'assurer l'alimentation en gaz et en électricité; certains sites à l'extérieur du bâtiment (exemples: stationnements, locaux d'entreposage, piscines extérieures, terrassements, trottoirs, allées et systèmes de drainage); les promesses du vendeur à l'égard des coûts d'utilisation ou de consommation d'énergie; les créances des personnes qui ont participé à la construction.

Les garanties mentionnées précédemment sont sujettes à certaines limites. À titre d'exemples, concernant une maison unifamiliale isolée, jumelée ou en rangée, la garantie est limitée, comme suit: pour les acomptes à 30 000 \$, pour le relogement, le déménagement ou l'entreposage à 5 000 \$, pour le parachèvement et les réparations des vices et malfaçons à 200 000 \$. Dans le cas

d'un bâtiment multifamilial, les limites prévues sont similaires sauf pour le parachèvement et les réparations des vices et malfaçons, où le moindre des deux montants suivants est applicable: le montant inscrit au contrat ou un montant égal au montant de 100 000 \$ multiplié par le nombre de logements, sans toutefois excéder le montant de 1 500 000 \$.

La garantie d'un plan demeure applicable même si le bâtiment n'a pas de bénéficiaire à la fin des travaux, pourvu que la réception du bâtiment ait lieu dans les 24 mois de la fin des travaux. La garantie reste acquise à tout acquéreur subséquent pour le terme qui reste à courir à la garantie.

Outre le texte de la garantie, le contrat de garantie doit comprendre certaines mentions particulières:

- les noms et adresses du bénéficiaire et de l'entrepreneur;
- le numéro du contrat, la date et l'adresse du lieu où il est signé;
- la description du bâtiment faisant l'objet de la garantie;
- les noms et adresses de l'administrateur;
- les numéros d'accréditation et de licence de l'entrepreneur et les mots « titulaire d'une licence de la Régie du bâtiment »;
- le caractère obligatoire de la garantie.

Le contrat de garantie doit être clairement rédigé. Il doit préciser que son contenu a été approuvé par la Régie. La signature de l'entrepreneur doit y être apposée. L'entrepreneur doit remettre au bénéficiaire un double du contrat de garantie, dûment signé. Les obligations prévues au contrat ne sont en vigueur qu'à compter du moment où le bénéficiaire est en possession d'un double du contrat de garantie. Un bénéficiaire ne peut, par convention, renoncer aux droits que lui confère le Règlement.

Les mécanismes de mise en oeuvre de ces garanties

En ce qui concerne les mécanismes de mise en oeuvre de la garantie, tel que nous les annonçons dans nos propos introductifs, le Règlement édicte deux règles principales:

- l'inspection avant la réception effectuée conjointement par l'entrepreneur et le bénéficiaire à partir d'une liste préétablie d'éléments à vérifier fournie par l'administrateur du plan de garantie (art. 17);

– les délais prévus pour présenter une réclamation (art. 18).

À défaut par l'entrepreneur de rembourser le bénéficiaire ou de parachever ou de corriger les travaux, et en l'absence de recours à la médiation ou de contestation en arbitrage de la décision de l'administrateur, il appartient alors à l'administrateur de faire le remboursement ou de prendre en charge le parachèvement ou les corrections nécessaires dans les délais convenus, suite à un devis correctif et un appel d'offres.

S'ils sont insatisfaits de la décision de l'administrateur, le bénéficiaire ou l'entrepreneur doivent, pour que la garantie puisse être applicable, soumettre le différend à l'arbitrage, ou encore à un médiateur (s'il y a entente entre eux à cet effet), tel que selon les délais prévus au Règlement. La décision arbitrale est finale et sans appel, les coûts étant partagés entre l'administrateur et l'entrepreneur. Lorsque le demandeur est le bénéficiaire, les coûts d'arbitrage sont à la charge de l'administrateur, sauf s'il n'obtient gain de cause sur aucun des aspects de sa réclamation. Les autres dépenses sont supportées par chaque partie.

À l'instar du droit des assurances, l'administrateur qui a indemnisé un bénéficiaire est subrogé dans ses droits jusqu'à concurrence des montants qu'il a déboursés.

Les règles visant à agir à titre d'administrateur d'un plan de garantie

Nous poursuivons cette étude par l'examen des qualités requises pour être administrateur d'un plan de garantie et les conditions à remplir, selon le Règlement. Tout d'abord, l'administrateur doit être une personne morale dont l'unique objet est d'administrer les garanties financières au sens de la Loi. Aucun de ses dirigeants ne doit être le prête-nom de personne, ni être en procédure de faillite (une libération doit être obtenue à la suite d'une faillite survenue depuis moins de trois ans), ni faire l'objet d'une ordonnance de liquidation, ni avoir été déclaré coupable d'un acte criminel dans les cinq ans précédant la demande.

En outre, on doit prévoir, dans la structure organisationnelle d'une telle personne morale, que les dirigeants et le personnel clé soient recrutés, selon les termes du Règlement, *parmi les personnes susceptibles, en raison de leurs activités, de contribuer de façon particulière à l'administration d'un plan de garantie et qu'au moins trois de ces personnes sont issues du milieu des institutions financières, du gouvernement et du milieu de la consommation.*

Les personnes agissant au sein de cette structure organisationnelle sont également assujetties aux règles de régie interne portant sur le conflit d'intérêt, notamment celles similaires ou équivalentes à celles édictées par les articles 1310 et suivants du Code civil du Québec.

La personne morale qui demande l'autorisation pour administrer un plan doit fournir à la Régie les renseignements et documents suivants, selon l'article 43 du Règlement:

- les nom et adresse du principal établissement et autres coordonnées;

- les renseignements concernant sa structure juridique (acte constitutif et modifications);

- les jugements rendus contre elle dans les cinq années précédentes;

- deux exemplaires de son plan et de son contrat de garantie;

- le cautionnement prévu à l'article 58 du Règlement;

- une attestation de couverture d'assurance conforme à l'article 62 du Règlement;

- le programme d'inspection et la liste préétablie d'éléments à vérifier;

- un plan stratégique pour les trois premières années d'opération;

- une copie de ses règles de régie interne;

- des états financiers prévisionnels, incluant l'opinion d'un actuaire;

- une déclaration signée par un dirigeant autorisant la présentation de la demande.

Le Règlement édicte que si la personne morale n'est pas constituée dans le seul but d'administrer un plan de garantie approuvé par la Régie, toute personne morale peut agir à titre d'administrateur à condition qu'il gère le plan d'une façon distincte de ses autres affaires en maintenant une comptabilité distincte et des opérations bancaires distinctes.

L'administrateur doit verser, avant le début de ses opérations, un apport de 1 500 000 \$, cette somme pouvant provenir d'une assurance excédentaire pour un montant minimum de 1 000 000 \$ en excédent du compte de réserve et un apport de 500 000 \$.

L'apport versé en espèces doit être déposé dans un compte de banque distinct ou faire l'objet de placements sous forme d'obligations ou autres titres d'emprunt émis ou garantis notamment par le Québec, le Canada ou une province canadienne, les États-Unis, une municipalité ou une commission scolaire, ou sous forme de comptes de dépôts ou de certificats de dépôts d'une institution financière dont le terme ne peut être supérieur à cinq ans.

L'administrateur doit maintenir un excédent de l'actif sur le passif au moins égal au plus élevé des montants suivants, soit l'apport mentionné plus haut, soit pour un montant calculé selon les normes prévues à l'article 46 du Règlement.

Il doit aussi maintenir en tout temps dans un compte en fidéicommiss distinct (intitulé « compte de réserves »), des sommes ou placements suffisants visant à garantir les obligations découlant du plan. Il doit déposer dans ce compte de réserves les montants indiqués en annexe du Règlement, sous le titre « réserves initiales », selon les catégories de bâtiments visés. Ce compte de réserve ne peut être utilisé que pour les fins mentionnées au Règlement. Il peut être confié à un dépositaire qui le gère selon les dispositions prévues. Le Règlement fait aussi état de la réserve actuarielle à maintenir, dont la composition est conforme aux articles 56 et 57 du Règlement.

L'administrateur doit aussi fournir un cautionnement au montant de 50 000 \$, confié à la garde de la Régie. Il doit aussi obtenir et maintenir en vigueur une assurance ou toute garantie équivalente pour couvrir les obligations qu'il a assumées durant la durée de la protection des certificats de garantie et en transmettre la confirmation à la Régie.

Il doit fournir à la Régie, au plus tard quatre mois après la fin de chaque exercice financier, un rapport annuel exposant la situation du plan. Il doit comprendre les états financiers pour le dernier exercice financier et être accompagné de données d'expérience selon un formulaire de la Régie. Il comprend aussi le rapport actuariel et toutes modifications apportées au plan et au contrat de garantie. Les états financiers doivent comprendre une note actuarielle concernant la réserve actuarielle certifiant qu'elle constitue une provision bonne et suffisante. À tous les trois ans, le rapport annuel doit aussi comprendre un plan stratégique, tel que défini par le Règlement.

Le Règlement impose aussi certaines autres conditions à l'administrateur:

- toute décision refusant ou annulant l’adhésion d’un entrepreneur doit être motivée;
- il doit se soumettre au mécanisme d’arbitrage;
- il doit établir et faire approuver un programme d’inspection;
- il doit fournir à chaque entrepreneur la liste préétablie d’éléments à vérifier;
- il doit transmettre sans délai à la Régie tout renseignement pouvant remettre en cause la délivrance, le maintien ou le renouvellement de la licence de l’entrepreneur;
- il doit tenir à jour un registre public pour chaque entrepreneur, la catégorie de bâtiments visée, l’adresse du chantier et les décisions arbitrales concernant l’entrepreneur.

Aucune modification ne doit être apportée au plan ou au contrat de garantie à moins qu’elle ne soit conforme aux règles établies par le Règlement de la Régie.

Les règles d’adhésion à un plan de garantie par un entrepreneur

Nous terminerons cette étude en présentant sommairement les normes exigibles pour l’adhésion d’un entrepreneur à un plan de garantie et obtenir un certificat d’accréditation. Il doit, à cet égard, remplir une demande d’adhésion selon un formulaire fourni par l’administrateur, satisfaire aux critères financiers exigibles par le Règlement (selon qu’il s’agisse d’une entreprise de type A ou d’une entreprise de type B, telle que définie aux articles 83 et suivants du Règlement), signer une convention d’adhésion, détenir un cautionnement de 20 000 \$ contre la fraude, la malversation et les détournements de fonds, soumettre des états financiers complets et vérifiés, produire une attestation sur l’absence de toute faillite personnelle des actionnaires et des dirigeants, produire un bilan personnel des actionnaires, des dirigeants, des répondants et des associés, déclarer l’ensemble des engagements à l’égard des tiers, produire une copie certifiée conforme de l’acte constitutif de l’entreprise et verser les frais d’adhésion exigés.

Tout titulaire qui a obtenu un certificat d’adhésion ne peut le céder. Il doit l’afficher dans un endroit bien visible. Une adhésion est valide pour une période de un an. Elle est renouvelable en faisant parvenir à l’administrateur une demande de renouvellement au moins 30 jours avant la date d’expiration de son adhésion et en acquittant les frais exigibles. S’il cesse d’y avoir droit, l’entrepreneur doit en aviser l’administrateur dans les 30 jours suivant la

date de la cessation de son droit. L'administrateur peut annuler une adhésion lorsque l'entrepreneur se trouve dans l'une des situations prévues par le Règlement. Les droits d'un bénéficiaire ne sont pas affectés par la cessation d'effet de l'adhésion de l'entrepreneur.

Le Règlement édicte aussi des règles sur la médiation (articles 98 à 105) et sur l'arbitrage (articles 106 à 131).

Annexe

Article 2111. Le client n'est pas tenu de payer le prix avant la réception de l'ouvrage.

Lors du paiement, il peut retenir sur le prix, jusqu'à ce que les réparations ou les corrections soient faites à l'ouvrage, une somme suffisante pour satisfaire aux réserves faites quant aux vices ou malfaçons apparents qui existaient lors de la réception de l'ouvrage.

Le client ne peut exercer ce droit si l'entrepreneur lui fournit une sûreté suffisante garantissant l'exécution de ses obligations.

Commentaire. Cet article d'inspiration française est de droit nouveau. Il n'est pas limité aux ouvrages immobiliers mais à tout ouvrage de génie civil.

Art. 2113. Le client qui accepte sans réserve, conserve, néanmoins, ses recours contre l'entrepreneur aux cas de vices ou malfaçons non apparents.

Commentaire. En principe, l'acceptation d'un ouvrage couvre les vices ou malfaçons apparents.

Art. 2120. L'entrepreneur, l'architecte et l'ingénieur pour les travaux qu'ils ont dirigés ou surveillés et, le cas échéant, le sous-entrepreneur pour les travaux qu'il a exécutés, sont tenus conjointement pendant un an de garantir l'ouvrage contre les malfaçons existantes au moment de la réception, ou découvertes dans l'année qui suit la réception.

Commentaire. Cet article de droit nouveau garantit au client que l'ouvrage est conforme aux dispositions contractuelles et qu'il est exempt de malfaçons. Il permet de remédier aux désordres ou défauts mineurs constatés lors de la réception de l'ouvrage ou dans l'année suivant la réception.

Art. 1726. Le vendeur est tenu de garantir à l'acheteur que le bien et ses accessoires sont, lors de la vente, exempts de vices cachés qui le rendent impropres à l'usage auquel on le destine ou qui diminuent tellement son utilité que l'acheteur ne l'aurait pas acheté, ou n'aurait pas donné si haut prix, s'il les avait connus.

Il n'est, cependant, pas tenu de garantir le vice caché connu de l'acheteur ni le vice apparent; est apparent le vice qui peut être constaté par un acheteur prudent et diligent sans avoir besoin de recourir à un expert.

Commentaire. Cet article reprend en substance le droit antérieur quant à la garantie du vendeur contre les vices cachés en apportant certaines précisions quant à l'existence du vice lors de la vente et en créant une exception pour le vice caché connu de l'acheteur.

Art. 2103. L'entrepreneur ou le prestataire de services fournit les biens nécessaires à l'exécution du contrat, à moins que les parties n'aient stipulé qu'il ne fournirait que son travail.

Les biens qu'il fournit doivent être de bonne qualité; il est tenu, quant à ces biens, des mêmes garanties que le vendeur.

Il y a contrat de vente, et non contrat d'entreprise ou de service, lorsque l'ouvrage ou le service n'est qu'un accessoire par rapport à la valeur des biens fournis.

Commentaire. Cet article réaménage les dispositions de l'ancien article 1683 C.c.B.-C. Le deuxième alinéa, codifiant la jurisprudence, est de droit nouveau.

Art. 1739. L'acheteur qui constate que le bien est atteint d'un vice doit, par écrit, le dénoncer au vendeur dans un délai raisonnable depuis sa découverte. Ce délai commence à courir, lorsque le vice apparaît graduellement, du jour où l'acheteur a pu en soupçonner la gravité et l'étendue.

Le vendeur ne peut se prévaloir d'une dénonciation tardive de l'acheteur s'il connaissait ou ne pouvait ignorer le vice.

Commentaire. Cet article s'inspire de l'article 39 de la Convention des Nations unies sur la vente internationale de marchandises (Convention de Vienne, 1980). Plutôt que de prévoir un délai fixe, le législateur a retenu l'idée d'un délai raisonnable, afin de mieux prendre en compte les situations diverses issues de transactions mobilières ou immobilières.

Art. 2118. À moins qu'ils ne puissent se dégager de leur responsabilité, l'entrepreneur, l'architecte et l'ingénieur qui ont, selon le cas, dirigé, ou surveillé les travaux, et le sous-entrepreneur pour les travaux qu'il a exécutés, sont, solidairement tenus de la perte de l'ouvrage qui survient dans les cinq ans qui suivent la fin des travaux, que la perte résulte d'un vice de conception, de construction ou de réalisation de l'ouvrage, ou encore, d'un vice du sol.

Commentaire. Cet article modifie partiellement et précise le régime de responsabilité qui était prévu autrefois sous le célèbre article 1688 C.c.B.-C., qui avait donné lieu à un volumineuse jurisprudence. Les notions de vices de conception et de réalisation sont ajoutées. Une autre précision est apportée, par rapport au droit antérieur, par la réserve introductive permettant à l'un ou l'autre des intervenants à l'acte de construire, de se dégager de sa responsabilité.

CHRONIQUE JURIDIQUE

par Rémi Moreau

Décisions rendues par les tribunaux du Québec en 1997 et publiées par SOQUIJ

L'astérisque suivant le nom des parties signifie que la décision a été portée en appel.

La jurisprudence revêt, dans le domaine du droit des assurances, une importance considérable. Elle est une source essentielle à la compréhension et à l'interprétation d'un droit qui évolue, en perpétuelle mouvance, en constante réforme. Les décisions de 1997 ici rassemblées ont été retenues par la Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ) pour fin de publication dans l'Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec. Nous empruntons également la classification de SOQUIJ. L'astérisque suivant le nom des parties signifie que la décision a été portée en appel.

Dans le numéro précédent, nous avons publié le sommaire des décisions relatives aux titres suivants:

A. Formation du contrat

B. Assurance automobile

C. Assurance collective

D. Assurance de biens

Cette deuxième partie complète la chronique amorcée dans le numéro de juillet 1998.

E. Assurance de personnes

1. La Cour supérieure ayant rejeté son action en réclamation de prestations d'assurance-invalidité, vu une clause d'exclusion dans le contrat qui stipulait qu'aucune prestation n'est consentie par

l'assureur pour une invalidité totale dont il souffrait déjà lors de l'entrée en vigueur de son assurance, l'appelant voit sa demande également rejetée par la Cour d'appel. Le tribunal s'appuie sur deux règles d'interprétation: 1) lorsque l'intention des parties dans un contrat est douteuse, on doit rechercher la commune intention des parties plutôt que le sens littéral des termes utilisés (art. 1013 C.c.); 2) les clauses d'un contrat s'interprètent les unes par les autres, en donnant à chacune le sens qui résulte de l'acte entier (art. 1018 C.c.). Ces deux règles ont préséance sur la règle *contra proferentem* (interprétation contre le rédacteur du contrat) stipulée à l'article 1019 C.c.

Bates c. Sun Life du Canada [1997] R.R.A. 916; J.E. 97-1739 (C.A.).

2. Dans le cadre de cette action en prestation d'assurance-invalidité, le tribunal n'a pas, selon lui, à décider si la demanderesse est atteinte de fibromyalgie ou pas, mais plutôt de déterminer si elle est apte à reprendre le travail. L'action de la demanderesse est accueillie, vu la preuve prépondérante à l'effet qu'elle ne peut et ne pourrait pas, dans un avenir prévisible, reprendre le travail et y remplir une fonction ayant une certaine affinité avec son emploi antérieur.

Lapointe c. Compagnie Laurentienne/Impériale inc., Canada [1997] R.R.A. 406; J.E. 97-726 (C.S.).

3. La présente action en réclamation de prestations d'assurance-invalidité de la demanderesse est rejetée vu la déchéance de son droit aux prestations. La preuve démontre que sa condition physique est meilleure que celle établie devant le tribunal. Constitue un accroc à la bonne foi le fait de l'assuré, dans une déclaration de sinistre, d'amplifier volontairement sa condition afin de maximiser ses chances de recevoir des prestations d'assurance.

Bouliane c. S.S.Q. Mutuelle d'assurance-groupe, [1997] R.R.A. 368; J.E. 97-634 (C.S.).

4. Cette action en réclamation de prestations d'assurance-invalidité est accueillie vu le doute sur l'état d'incapacité réel, les circonstances de la réclamation d'une jeune avocate dont la carrière était bien amorcée et le manque d'accord parfait dans les expertises. (Déjà commentée dans *Assurances*, avril 1998, Chronique juridique, assurance invalidité - garantie résiduelle, p. 166).

Lavigne c. Association d'hospitalisation du Québec, [1997] R.R.A. 775 (C.S.).

5. Le demandeur voit son action en réclamation de prestations d'assurance-invalidité rejetée puisqu'il n'a pu démontrer, pour que son invalidité totale soit reconnue, être non seulement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi d'enseignant en éducation physique, mais aussi être empêché complètement d'accomplir les tâches de tout autre emploi analogue, au sens du contrat d'assurance. (Déjà commentée dans *Assurances*, avril 1998, *Chronique juridique*, assurance invalidité - capacité d'exercer un travail analogue, p. 167).

*Boivin c. S.S.Q., société d'assurance-vie inc. **, [1997] R.R.A. 815 (C.S.).

6. Dans un contrat d'assurance-invalidité, le fardeau de la preuve repose sur l'assureur lorsque, versant déjà une indemnité, il entend cesser de le faire. En l'espèce, la société d'assurance intimée n'a pas déterminé certaines tâches que l'appelant pourrait exercer contre rémunération.

Chalifoux c. Assurance-vie Desjardins inc., [1997] R.R.A. 945; J.E. 97-2032 (C.A.).

7. La présente action en réclamation du produit d'une assurance vie est rejetée. Le père du demandeur, décédé en mars 1994, avait adhéré en août 1993 à une assurance vie collective, lors de la signature d'un bail d'automobile à long terme. Le demandeur soutient que son père est décédé non pas d'une maladie pour laquelle il avait été traité précédemment mais d'une conséquence de cette maladie. Le tribunal conclut que le décès est la conséquence directe de cette condition médicale préexistante.

*Creatchman c. Consolidated Life Assurance Co. **, [1997] R.R.A. 800 (C.S.).

8. Une action en réclamation d'une indemnité d'assurance vie et une demande en garantie réclamant le remboursement de cette indemnité sont accueillies. Quant à l'action principale, la défenderesse est bien fondée de ne pas considérer un jugement rendu précédemment par la Cour supérieure, lequel n'avait pas l'autorité de la chose jugée, puisqu'elle n'était pas partie à la requête en jugement déclaratoire. Quant à l'action en garantie, la succession allègue que le paiement reçu de la défenderesse est libératoire. Cependant, seul le débiteur peut invoquer les articles 1559 et 2452 du Code civil du Québec à cet égard. Par ailleurs, le paiement ayant été fait par erreur, la succession doit le restituer, suivant l'art. 1491 C.c.Q.

Villarosa (Succession de) c. Métropolitaine (La), compagnie d'assurance-vie, [1997] R.R.A. 645 (C.Q.).

9. Cette décision est rendue dans le cadre d'une requête en remboursement de primes d'assurance versées par une bénéficiaire irrévocable afin de maintenir en vigueur une assurance vie. Bien que l'article 2459 C.c.Q. stipule que le divorce rend caduque toute désignation du conjoint à titre de bénéficiaire d'une police d'assurance vie, cette disposition n'est pas d'ordre public, les parties pouvant y déroger contractuellement.

Geoffoy c. Reid, [1997] R.L. 605 (C.Q.).

10. La présente requête pour jugement déclaratoire, qui vise à faire déclarer par le tribunal que la requérante a droit au produit d'une assurance vie, est accueillie. L'actuel art. 2449 C.c.Q. reprend une disposition similaire énoncée dans l'ancien art. 2547 C.c. à l'effet que la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. Un assuré qui désire se réserver le droit d'enlever plus tard son conjoint comme bénéficiaire doit exprimer ce choix d'une façon précise.

Plante c. Falstrault, [1997] R.R.A. 1008; J.E. 97-1954 (C.S.).

11. La présente requête pour jugement déclaratoire, qui vise à faire déclarer par le tribunal que la requérante a droit au produit d'une assurance vie, est rejetée, vu l'application du principe de l'effet immédiat de la loi nouvelle, en vertu de l'art. 3 de la *Loi sur l'application de la réforme du Code civil du Québec*. En conséquence, le divorce rend caduque immédiatement la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire.

Breault c. Union vie (L'), compagnie mutuelle d'assurances, [1997] R.R.A. 249 (C.Q.).

12. La présente action en réclamation du produit d'une assurance vie est rejetée. Suite au suicide de son époux, la demanderesse prétendait que la modification de bénéficiaire révocable que celui-ci avait faite dans les jours immédiats avant sa mort est nulle pour cause d'inaptitude de l'assuré. Aucune preuve n'a été apportée que l'assuré souffrait d'aberration mentale lors du changement de bénéficiaire.

Gosselin c. Vaillancourt, [1997] R.R.A. 807 (C.S.).

13. Cette action en réclamation du produit d'une assurance vie est rejetée. L'assureur, ayant accepté de payer une indemnité de base, refusait de payer la double indemnité pour décès accidentel, vu le sommeil de l'assurée au volant alors que son taux d'alcoolémie était de 108 mg/100 ml. L'assurée ayant les facultés affaiblies lors de l'accident, elle n'est donc pas décédée *directement et indépendamment de toute autre cause, par suite d'un accident*. L'effet

de l'alcool a enlevé le caractère fortuit ou purement accidentel, contrairement aux dispositions du contrat d'assurance prévoyant la double indemnité.

*Martel c. Métropolitaine (La), compagnie d'assurance vie **, [1997] R.R.A. 166 (C.S.).

14. Cet appel d'un jugement de la Cour supérieure, qui a rejeté une action en réclamation du produit d'une assurance vie, est accueilli. Bien que les fausses déclarations et réticences rendent nul ab initio le contrat d'assurance, l'art. 2515 C.c. écarte cette nullité si, en l'absence de fraude, il s'est écoulé deux ans depuis que l'assurance est en vigueur.

*Beldent c. Sun Life Assurance Co. of Canada/Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie, **, [1997] R.R.A. 939; J.E. 97-1953 (C.A.).

15. La présente action en réclamation du produit d'une assurance vie est rejetée car il y a eu un changement dans l'assurabilité du risque entre la date de la proposition et le paiement de la première prime, suivant l'art. 2516 C.c. Le contrat n'a donc jamais pris effet.

Biscuits Leclerc ltée c. Compagnie d'assurance-vie Trans-américa Occidental, [1997] R.R.A. 586; J.E. 97-1109 (C.S.).

16. Cet appel d'un jugement de la Cour supérieure, qui a rejeté une action en réclamation du produit d'une assurance vie, est rejeté. La Cour a conclu que le premier juge a eu raison de conclure que l'assuré avait refusé de payer les primes échues. Il y a eu cessation de couverture. Une nouvelle police a été signée subséquemment, exigeant une nouvelle prime et l'assuré a dû démontrer son assurabilité. Le suicide de l'assuré fait échec à l'application de la police vu l'absence d'une période ininterrompue de l'assurance pendant deux ans, conformément aux prescriptions de la loi.

Gagnon c. Mutuelle du Canada, [1997] R.R.A. 324; J.E. 97-576 (C.A.).

17. La présente action en réclamation du produit d'une assurance vie est rejetée car la révocation d'une bénéficiaire, désignée bénéficiaire révocable, était bonne et valable. Le père de l'assuré a découvert, le jour du décès de son fils, un écrit le nommant bénéficiaire, portant la date de la rupture entre la demanderesse et l'assuré, lesquels faisaient vie commune. La révocation de bénéficiaire doit se faire par écrit, soit dans la police, soit dans un texte distinct, selon l'art. 2541 C.c. et l'art. 2549 C.c.

Bouffard c. Assurance-vie Desjardins inc., [1997] R.R.A. 471; J.E. 97-892 (C.S.).

F. Assurance de responsabilité

1. La présente action en dommages-intérêts est accueillie partiellement, mais l'action en garantie contre l'assureur est rejetée. Le demandeur louait au défendeur un champ de pâturage et quatre bêtes y sont mortes d'empoisonnement au plomb après avoir léché des batteries laissées sur le terrain. Il réclame au défendeur négligent le montant de ses pertes, incluant les frais de vétérinaire et autres débours. Ce dernier appelle son assureur en garantie, lequel nie l'application de la police en invoquant à bon droit une exclusion relative à la pollution.

Bolduc c. Paré, [1997] R.R.A. 253 (C.Q.).

2. La présente action contre la compagnie d'assurance défendresse est rejetée. (Déjà commentée dans *Assurances*, avril 1998, *Chronique juridique*, 6. Assurances tous risques chantier et erreur de malfaçon, p. 165).

*Canadian Pacific Ltd. c. American Home Assurance Co. **, [1997] R.R.A. 757; J.E. 97-1584 (C.S.).

3. Le présent appel d'un jugement rendu par la Cour supérieure, qui a rejeté une action en réclamation d'une indemnité d'assurance, est accueilli. Une personne a été victime d'un accident dans la résidence secondaire de l'appelant. La compagnie intimée a nié couverture, invoquant qu'une résidence secondaire n'était pas mentionnée aux conditions particulières de la police. Le tribunal d'appel casse le jugement de première instance et donne tort à l'assureur, en se basant sur l'expression suivante dans la police suivant laquelle sont couverts *tous les lieux où l'assuré désigné ou son conjoint possèdent une demeure réservée à leur propre usage*. Le tribunal conclut que si l'interprétation de l'assureur était la bonne, les termes utilisés sont à tout le moins ambigus et doivent être interprétés contre l'assureur.

Tardif c. Compagnie d'assurances Provinces-Unies, [1997] R.R.A. 314; J.E. 97-1157 (C.A.).

4. Le demandeur ayant chuté à travers une trappe dans la grange du défendeur, ce dernier est responsable des dommages corporels subis. L'assureur du défendeur, appelé en garantie, nie l'application de la police. Le tribunal lui donne raison, d'une part parce que le risque en cause, soit l'entreposage de pièces d'automobiles dans la grange, ne faisait pas l'objet de la garantie et, d'autre part, parce qu'on constate une aggravation du risque, telle grange s'avérant inadéquate et dangereuse dans le cadre d'une activité non liée à l'agriculture.

*Postras c. Bendo **, [1997] R.R.A. 453; J.E. 97-832 (C.S.).

5. Cette requête en irrecevabilité d'une action en réclamation d'une indemnité d'assurance est rejetée. Elle découle d'un incendie qui s'est déclaré dans la partie indivise de l'un des quatre assurés, causant de lourds dommages à l'immeuble en copropriété. Ayant indemnisé les dommages, l'assureur de biens réclame à l'assureur de responsabilité du propriétaire indivis fautif la somme qu'il a versée pour indemniser les autres copropriétaires. Cet assureur allègue que la requête est irrecevable car l'assureur de biens couvre les quatre propriétaires et ne peut exercer une subrogation contre l'un d'entre eux.

Cependant, il est possible que chaque assureur soit tenu au paiement de la moitié des dommages subis par le jeu des clauses d'anéantissement qui se neutralisent. La police émise par la demanderesse contient une clause de proportionnalité, mais non celle délivrée par la défenderesse. Le tribunal conclut que le recours est partiellement mal fondé, dans la mesure où les deux assureurs peuvent être tenus de contribuer en parts égales à l'indemnité exigible en raison de la responsabilité de l'un des copropriétaires envers les autres copropriétaires.

General Accident, compagnie d'assurances du Canada c. Chubb du Canada, compagnie d'assurances, [1997] R.R.A. 742; J.E. 97-1510 (C.S.).

6. Le garage de l'intimée ayant été endommagé par un incendie, son assureur, subrogé, poursuit la compagnie d'assurance requérante, qui assure le fils de l'intimée. Ce dernier était autorisé par sa mère à bricoler dans son garage. La requête en rejet de l'action est accueillie car l'assureur de la mère ne peut être subrogé contre une personne qui fait partie de la maison de cette dernière. Le fils, bien que ne demeurant pas dans la maison de ses parents, est considéré comme faisant partie de la maison de l'assuré. La requête en rejet est accueillie, vu l'absence du droit d'action, selon l'art. 2474 C.c.Q.

*Allstate, compagnie d'assurances c. General Accident, compagnie d'assurances du Canada **, [1997] R.R.A. 812 (C.S.).

7. Le tiers lésé peut faire valoir son droit d'action contre l'assuré ou directement contre l'assureur, selon l'art. 2603 C.c.Q. Or, la municipalité, poursuivie à titre d'organisateur de l'activité, n'est pas considérée être une tierce lésée ayant subi des dommages. La requête en irrecevabilité de l'action dirigée contre l'assureur est donc accueillie.

Québec (Procureur général) c. Morin-Laplante, [1997] R.R.A. 997; J.E. 97-1040 (C.S.).

8. Le tribunal rejette la présente requête pour jugement déclaratoire, visant à faire déterminer le droit applicable à une saisie en main tierce pratiquée chez un assureur de responsabilité, car il n'existe, en l'espèce, aucun recours direct par le tiers lésé contre l'assureur.

Immobiliers V.M.B. Realities Corp. c. Fonds d'assurance de responsabilité professionnelle du Barreau du Québec, [1997] R.R.A. 196 (C.S).

9. Cette requête en rejet d'action en garantie contre un assureur est rejetée. Le procureur général a appelé en garantie l'assureur de responsabilité de son entrepreneur, suite à des travaux de réfection d'un pont causant des dommages à l'immeuble du demandeur principal. Cet assureur, agissant à titre de requérant, demande le rejet de l'action en garantie en alléguant que le procureur général n'est pas un tiers lésé au sens de l'art. 2501 C.c.Q. Le tribunal lui donne tort car la base du recours du procureur général n'est pas l'article précité mais la stipulation pour autrui prévue au contrat d'assurance, qui confère un recours direct. La jurisprudence tend à établir une distinction entre l'engagement d'indemniser, prévu dans un contrat d'assurance de responsabilité, et l'engagement de l'assureur de payer pour l'assuré.

Pilon c. La Conception (Municipalité de), [1997] R.R.A. 1171 (C.Q.).

10. La présente action en réclamation d'une indemnité d'assurance est accueillie. Le litige repose sur la définition suivante du mot sinistre dans la police: *tout accident ainsi que l'exposition continuelle ou répétée à des risques essentiellement de même nature*. Dans cette affaire, où la demanderesse a obtenu un contrat de pose de béton et d'application d'un scellant sur le plancher d'une usine, les préposés de cette dernière n'ont pas su apprécier l'importance de la nocivité du produit. Cette négligence ne peut être assimilable à une faute intentionnelle. En conséquence, si le mot «accident», selon la définition précitée, s'emploie pour décrire des événements inattendus ou inévitables, il s'applique aussi à toute mésaventure ou malchance imprévue. Le tribunal conclut que l'assureur a tort de considérer que les pertes de production suite à l'arrêt temporaire des activités ne découlent pas d'un accident au sens de la police.

Construction G.C.P. inc. c. Groupe Commerce (Le), compagnie d'assurances, [1997] R.R.A. 1191 (C.Q.).

11. Cette requête en jugement déclaratoire est accueillie. La requérante, compagnie d'assurance, a émis une police d'assurance de responsabilité à l'égard d'une société qui louait un terrain, qui a fait l'objet d'une ordonnance de dépollution par le ministère de l'Environnement. La pollution a été causée par des déversements d'huile qui provenaient des installations de cette société. Cette dernière n'a pu payer, en raison de sa faillite, les travaux de dépollution réalisés par l'intimée. Cependant, il n'existe aucun lien contractuel entre cette intimée et l'assureur de la société en faillite. Celle-ci n'est pas un tiers lésé au sens de l'article 2500 C.c.Q.

Liberty International Canada c. 2756-1133 Québec inc., [1997] R.R.A. 520 (C.S.).

12. Après avoir ouvert le gaz pour se suicider, un homme s'est allumé une cigarette, provoquant ainsi une explosion, dont les dommages à l'immeuble ont été indemnisés par l'assureur de l'immeuble. Subrogé, l'assureur tente d'exercer ses droits de subrogation contre le curateur public (l'incendiaire étant décédé quelques mois plus tard) et l'assureur de l'incendiaire. L'assureur de l'incendiaire nie l'application de la police en alléguant une exclusion relatives aux actes ou omissions volontaires ou criminels dont l'assuré est l'auteur. La demanderesse, assurant l'immeuble, prétend au contraire que le caractère intentionnel d'un acte doit être divisé en deux temps: il faut d'abord établir que l'action ou l'omission a été voulue par l'assuré; il faut ensuite établir que les dommages ont été voulus par l'assuré, dont l'intention était de se suicider et non pas de provoquer une explosion. Le tribunal conclut que c'est intentionnellement que l'assuré a actionné son briquet, sachant ce qui allait se produire et ne pouvant ignorer le danger d'une explosion. La clause d'exclusion invoquée s'applique et l'action est rejetée à son égard. Le curateur doit assumer la portée des actes de l'assuré.

*Groupe Commerce c. Curateur public **, [1997] R.R.A. 787 (C.S.).

13. En raison de la négligence de la demanderesse, qui a failli à son devoir de conseil de courtier d'assurance, les défendeurs, architectes associés, ont payé des primes inutilement et ils ont le droit d'en être remboursés. (Déjà commentée dans *Assurances*, avril 1998, *Chronique juridique*, 3. Devoir de conseil et de renseignement du courtier en assurance, p. 164).

Société de courtage Meloche Alexander inc. c. Dépatie, [1997] R.R.A. 1151; J.E. 97-1676 (C.Q.)

14. Un opérateur, engagé dans le cadre d'un contrat de service, a atteint, en creusant dans le sol, des câbles électriques souterrains, ce qui a provoqué un incendie dans un immeuble en rénovation. L'action en subrogation de l'assureur de l'immeuble exercée contre l'assureur de l'employeur de l'opérateur en remboursement des sommes versées est rejetée. Le tribunal considère que l'assuré de la défenderesse n'est pas responsable de l'incendie car le préposé n'a pas été fautif. De plus, la police d'assurance émise par la défenderesse ne couvrait pas les travaux effectués par l'assuré à cet endroit.

Compagnie canadienne d'assurances générales Lombard c. Commercial Union Assurance Co. of Canada, [1997] R.R.A. 1083 (C.S.).

15. Une cliente a intenté une action contre son avocate qui lui avait conseillé d'acheter un condominium dans un immeuble de luxe, sans lui révéler qu'elle toucherait une commission dans cette vente. L'action de la cliente a été accueillie pour un montant de 192 219 \$. Le contrat d'assurance de responsabilité reprend les termes utilisés dans l'article 2503 C.c.Q. sur l'obligation de l'assureur de défendre l'assurée, agissant à titre d'avocate. Celle-ci vise à obtenir du Fonds d'assurance-responsabilité du Barreau du Québec le paiement de la somme de 192 219 \$ et des honoraires à venir pour sa défense en appel.

Le Fonds nie couverture en alléguant que son obligation de défendre son assuré ne s'applique qu'en raison d'un sinistre couvert. Le Fonds allègue qu'il ne couvre pas les réclamations découlant du courtage immobilier. Le tribunal, à l'inverse, considère que la cliente a consulté l'avocat en sa qualité d'avocate. L'exclusion basée sur le courtage immobilier ne doit pas être interprétée d'une façon trop large.

Parizeau c. Fonds d'assurance-responsabilité du Barreau du Québec, [1997] R.J.Q. 2184; [1997] R.R.A. 841; J.E. 97-1511 (C.S.).

16. Le présent appel d'un jugement de la Cour supérieure, qui a rejeté la déclaration négative d'un tiers saisi, est accueilli. Le premier juge avait conclu que la clause d'exclusion contenue au contrat d'assurance de responsabilité ne s'appliquait pas puisque le notaire mis en cause n'avait pas commis de faute lourde et qu'il avait plutôt été naïf et négligent. Le tribunal conclut que l'exclusion doit s'appliquer car le notaire a commis certaines fautes graves, teintées de mépris pour les intérêts de son client.

Fonds d'assurance-responsabilité professionnelle de la Chambre des notaires du Québec c. Frankl, [1997] R.R.A. 296; J.E. 97-1005 (C.A.).

17. Le comité du fonds d'indemnisation a pris la décision de rejeter une réclamation par le requérant d'un montant de 900 000 \$ représentant la valeur d'un immeuble ayant fait l'objet d'une vente, laquelle avait été annulée subséquemment au motif que le notaire avait agi en sa qualité personnelle et non dans l'exercice de sa profession. Un comité administratif a entériné cette décision quelques mois plus tard. Le requérant reproche aux deux comités leurs décisions qualifiées de déraisonnables et arbitraires. La requête est rejetée, à la lumière de la preuve offerte.

*Giguère c. Chambre des notaires du Québec **, [1997] R.J.Q. 1674; J.E. 97-1093 (C.S.).

18. Dans le cadre de la présente requête en révision judiciaire d'une décision du Fonds d'indemnisation en assurance de personnes, refusant d'indemniser la requérante pour la perte financière subie en raison des manoeuvres frauduleuses d'un dénommé Benoît, la Cour n'a d'autre choix que de rejeter cette requête puisque le Fonds n'a enfreint aucune règle dans le cadre de ses compétences.

Laferrière c. Fonds d'indemnisation en assurance de personnes, [1997] R.R.A. 1086; J.E. 97-2160 (C.S.).

19. Il s'agit d'une requête visant à autoriser la requérante à se faire représenter par le procureur de son choix aux frais de son assureur. La requérante prétend que l'assureur prétend s'orienter vers une exclusion ou un risque non couvert et que les procureurs se trouvent dans une situation de conflit d'intérêts. Dans le cadre d'une poursuite par la victime d'un dommage à la fois contre l'assureur et l'assuré, tel que dans la présente affaire, l'aspect de conflit d'intérêts ne peut exister parce qu'il y a des procureurs pour les deux parties. L'étendue de la garantie, quant à elle, devra être décidée par le juge du fond.

Blais c. Hôtel Central Victoriaville inc., [1997] R.R.A. 794 (C.S.).

G. Assureur, courtier et agent

1. Cette affaire a pour objet une action en réclamation d'une somme d'argent versée à titre d'avances sur des commissions. Le défendeur ayant mis fin à son contrat d'agent, la demanderesse lui réclame certaines sommes dues en vertu du contrat, en cas de terminaison de polices. Le défendeur soutient que l'assureur devait l'aviser chaque fois qu'une police d'assurance devenait en péril. Le tribunal conclut que la demanderesse n'avait aucune obligation

contractuelle à cet égard. Selon la Cour, il est impensable qu'un ex-agent puisse continuer d'avoir des relations d'affaires ou contacts avec ses anciens clients. L'action de l'assureur est accueillie.

Industrielle-Alliance (L'), compagnie d'assurance sur la vie c. Lemieux, [1997] R.R.A. 602; J.E. 97-1058 (C.Q.).

2. Cet appel d'un jugement de la Cour supérieure, qui a décidé de l'interprétation à donner à une lettre d'entente entre deux assureurs, est rejeté, puisque le premier juge a interprété correctement telle lettre d'entente.

Royal Insurance Canada c. Simcoe and Erie General Insurance Co., [1997] R.R.A. 283; J.E. 97-680 (C.A.).

3. Il s'agit, dans cette affaire, d'actions en injonction permanente visant à empêcher des assureurs d'utiliser des listes de clients appartenant à d'anciens courtiers. Les trois actions en injonction sont accueillies. D'une part, l'argument concernant l'extinction des contrats de courtage est sans fondement. D'autre part, les demandeurs n'ont pas abandonné leur achalandage en même temps que leur rôle de courtier.

*Théo G. Soucisse inc. c. Groupe Commerce (Le), compagnie d'assurances **, [1997] R.R.A. 393; J.E. 97-681 (C.S.).

4. La présente action en injonction permanente d'un courtier en assurances visant à faire cesser les communications entre une compagnie d'assurance et sa clientèle est rejetée. Le tribunal conclut que le courtier d'assurance qui vend les polices d'assurance qu'il détient auprès de sa clientèle assurée à une compagnie d'assurance devient un agent de cette dernière. Ce faisant, il perd l'impartialité et la bonne foi nécessaires à l'exercice de son rôle. Les assureurs avec lesquels il faisait affaire ont dès lors le droit de divulguer aux assurés la fin du mandat du courtier. En l'espèce, ils l'ont fait d'une façon mesurée et dans l'intérêt des assurés.

Joseph Duval inc. c. Groupe Commerce (Le), compagnie d'assurances, (1996) R.L. 325 (C.S.).

5. La présente action en dommages-intérêts contre un courtier d'assurance est accueillie en partie. En prévision de sa retraite, le demandeur, demandait au courtier en cause l'émission d'une police d'assurance vie le protégeant après le début de sa retraite. Il n'a pas obtenu le contrat d'assurance dont les exigences ont été longuement discutées au préalable. Le courtier a omis de l'informer d'une surprime médicale rendant impossible la mise en marche de la capitalisation souhaitée par le demandeur pour une période de deux ans.

Le défendeur n'a pas rempli son mandat avec l'habileté requise et il a failli à son devoir de renseignement. Par ailleurs, le demandeur ne peut réclamer totalement les primes versées pour les deux premières années, car il a bénéficié de la garantie d'assurance durant cette période.

Coutu c. Assurances Benoît Côté, [1997] R.R.A. 595; J.E. 97-635 (C.Q.).

LE MONDE VIRTUEL DE L'ASSURANCE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Nous avons visité le site Web de la Société de l'assurance automobile du Québec

<http://www.saaq.gouv.qc.ca>

Créée en 1977, la Société de l'assurance automobile du Québec a pour mission d'assurer et de protéger les personnes contre les risques liés à l'usage de la route. Quatre mandats s'intègrent dans cette mission:

1. La promotion de la sécurité routière
2. L'indemnisation et la réadaptation des accidentés
3. La gestion de l'accès au réseau routier québécois et la perception des droits
4. Le contrôle du transport

Voici la carte routière de ce site:

- Bienvenue
- Qui sommes-nous?
- Permis de conduire
- Immatriculation
- Assurance
- États financiers
- Quoi de neuf?

La Société de l'assurance automobile du Québec vise, grâce à ce site, une qualité supérieure des communications, une plus grande rentabilité de ses services et la protection de l'environnement en réduisant la quantité de papier utilisé.

⇒ Création prochaine d'un autre site internet par la S.A.A.Q. intitulé «Réseau international d'échanges sur les régimes sans égard à la responsabilité». Pour information, contactez André Viel: andre.viel@saaq.gouv.qc.ca

Nous invitons les lecteurs, les entreprises, les associations ou les organismes d'assurance à nous faire connaître leur site. C'est avec plaisir que nous y naviguerons en vue de la faire découvrir aux lecteurs de ASSURANCES.

THE VIRTUAL WORLD OF INSURANCE AND RISK MANAGEMENT

We have visited the Web site of the Société de l'assurance automobile du Québec

<http://www.saaq.gouv.qc.ca>

The Société de l'assurance automobile du Québec does not have English-language pages on its Web site. SAAQ folders and brochures may be ordered through the site, by telephone, or by going a service outlet.

Here are some English titles in the documentation available through the Société's site:

- Prospective Licence Holder
- It Pays to Have a Good Driving Record
- Speeding is Costly
- At the Wheel, Some Figures Have More Impact than Others
- Demerit points
- Criminal Code Offences
- What You Should Know about Road Checks
- Drinking and Driving Stops Here
- Drinking or Driving, There's Only one Choice
- New Penalty: Vehicle Seizure
- Improperly Installed Means Danger !
- On a Bike as in a Car, There are Rules
- Pedestrian Safety, Habits to Make ... or Break
- The Insurance Policy for all Quebecers
- Carefree Travel
- Liability Insurance for Property Damage
- Non-residents, Driving in Québec
- Welcome, Visitor

Impending proposal for another S.A.A.Q. Web site called "No-fault automobile insurance international network". For information, please contact André Viel: andre.viel@saaq.gouv.qc.ca

Readers, as well as insurance companies, associations and entities are encouraged to let us know their Web page. We will be pleased to check it out and tell our readers about it.

ROYAL &  SUNALLIANCE

Forte d'une tradition d'excellence qui remonte au 18^e siècle, la Royal & SunAlliance met à votre service un savoir-faire et une intégrité qui ont acquis la patine du temps.

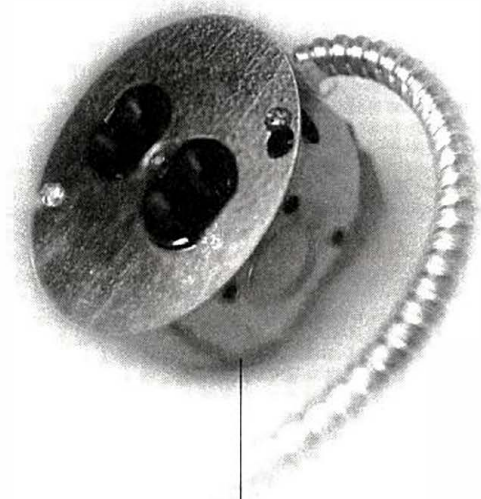
Notre Société jouit d'une réputation de stabilité et de fiabilité, atouts inestimables et promesses auxquelles peu d'entreprises n'ont jamais failli.

C'est pourquoi la Royal & SunAlliance est aujourd'hui un leader de l'industrie canadienne des assurances de dommages.

**UNE
TRADITION
D'EXCELLENCE**

ROYAL &  SUNALLIANCE

Un avenir rassurant depuis 1710^{me}



branché sur

le

MONDE



McMaster Gervais

AVOCATS

LE NOUVEAU CABINET NÉ DE LA FUSION DE McMASTER MEIGHEN ET DE MACKENZIE GERVAIS.

1000, RUE DE LA GAUCHETIERE OUEST, BUREAU 900, MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 5H4

TÉLÉPHONE: (514) 879-1212 INTERNET: INFO@MCMASTERGERVAIS.QC.CA

McMASTER GERVAIS, L'UN DES PLUS IMPORTANTS CABINETS D'AVOCATS AU QUÉBEC, EST MEMBRE DE BORDEN DU MOULIN HOWARD GERVAIS

AVEC BUREAUX À TORONTO, VANCOUVER, CALGARY, MONTRÉAL ET LONDRES.

LA LIBERTÉ D'ESPRIT POUR PROSPÉRER

Que les enjeux soient gros ou petits,
notre intervention a un but primordial :
vous décharger de certaines
responsabilités afin de vous libérer l'esprit
pour créer, innover et prospérer.

Nous mettons notre talent
et notre savoir-faire
à votre service.



Bélanger Sauvé

SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

1, Place Ville Marie, Bureau 1700, Montréal (Québec) H3B 2C1
Téléphone : (514) 878-3081 • Télécopieur : (514) 878-3053
info@belangersauve.com



LA

FEDERATION

COMPAGNIE D'ASSURANCES DU CANADA

Siège social

1000, rue de la Gauchetière Ouest
Bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4W5

E-Mail : admin@federation.ca

Bureau régional

5600, boul. des Galeries
Bureau 305
Québec (Québec) G2K 2H6



Stone & Cox Limited

PUBLISHERS

Canadian Insurance Journal

Canadian Insurance Annual Review of Statistics

Canadian InsuranceE-News

Canadian Insurance Law Service

**The General Insurance Register – national p&c
insurance directory for Canada**

The Life Insurance Tables/Tables d'Assurance-Vie

**The Brown Chart/L'annuaire brun – résultats
provinciales**

111 Peter Street, Suite 202, Toronto, Ontario M5V 2H1 Canada

**ÉQUIPE
EN DROIT
DE L'ASSURANCE**

Claude Bédard	Paule Hamelin
Daniel Bellemare, c.r.	Louis Huot*
Joëlle Boisvert	Pierre Legault
Adrien Bordua	Éric Lemay*
Sylvie Champagne	Réjean Lizotte
Marie-Julie Croteau	Michel McMillan
C. François Couture	Sonia Paradis
Michel Dupont*	Marie A. Pettigrew*
Benoît Emery	Marie St-Pierre
Jocelyne Gagné	Annie Turcotte
Claude Girard*	Roger Vallières*

Visitez notre site : www.ddsm.ca



DESJARDINS DUCHARME STEIN MONAST
SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF
A V O C A T S

VOUS AVEZ LE DROIT DE RÉUSSIR

MONTRÉAL
600, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST
BUREAU 2400, MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 4L8
TÉLÉPHONE : (514) 878-9411
TÉLÉCOPIEUR : (514) 878-9092

QUÉBEC
1150, RUE DE CLAIRE-FONTAINE
BUREAU 300, QUÉBEC (QUÉBEC)
G1R 5G4
TÉLÉPHONE : (418) 529-6531
TÉLÉCOPIEUR : (418) 523-5391

AFFILIÉ À
TORY TORY DESLAURIERS
& BINNINGTON
TORONTO, LONDRES

MEMBRE DE
LEX MUNDI, AFFILIATION
INTERNATIONALE DE PLUS
DE 140 CABINETS
D'AVOCATS INDÉPENDANTS

INTERNET
SITE WEB :
www.ddsm.ca
COURRIEL :
avocat@ddsm.ca

Suisse de
Réassurances Vie & Santé
Canada



Votre partenaire pour la vie!

Suisse de Réassurances
Vie & Santé Canada
1010, rue Sherbrooke Ouest
17e étage
Montréal (Québec)
H3A 2R7

Tél. : (514) 288-3134
Fax : (514) 288-8808

MARCHAND, MAGNAN, MELANÇON, FORGET

SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF

AVOCATS

Michel Marchand
Paul A. Melançon
Serge Boucher, Adm.A., M.B.A.
Yves Tourangeau⁽²⁾
Michel Savonitto
Louis-Denis Laberge
François Haché
Pierre Visockis

Pierre Magnan⁽¹⁾
Bertrand Paiement
François Shanks
Francis C. Meagher
Marie Deslauriers
Marie-Claude Thibault
Ruth Veilleux
Stéphanie Benoit

Yves Forget
Jacquelin Caron
Michel Tourangeau
Jean-François Desilets
Alain Falardeau
Martine Trudeau
Sylvie Lafontaine

Agents de marques de commerce

⁽¹⁾ Arbitre accrédité (CACNIQ) en matières civiles et commerciales

⁽²⁾ Médiateur en matières civiles et commerciales

CONSEIL : LE BÂTONNIER YVON JASMIN, C.R.

600, rue de La Gauchetière ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 4L8
Téléphone : (514) 393-1155
Télécopieur : (514) 861-0727

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

**Réassurance
I.A.R.D.**

**Traité
Facultative**

**Proportionnelle
Excédent de sinistre**



**La Munich du Canada,
Compagnie de Réassurance**

PEPIN LETOURNEAU

AVOCATS

Alain Letourneau, C.R.
Claude Paquette
Alain Laviolette
René Vallerand, LL.L.
Jean-François Lépine
Chantale Massé
Jean Charette
Martin André Roy

Le bâtonnier Guy Pepin, C.R.
Émilien Vallée
Gaétan H. Legris
André Cadieux
Anne Jacob
Yves Carignan
Guylaine Mallette
Marie-Christine Hivon

Robert J. Lafleur
Daniel Letourneau
Michel Beauregard
Charles E. Bertrand
Suzanne Cadieux
Pascale Caron
Gilbert Hourani
Jean-François L. Denis

CONSEIL

L'HONORABLE SÉNATEUR NORMAND GRIMARD, C.R.

Suite 2200
500, Place D'Armes
Montréal H2Y 3S3

Téléphone : (514) 284-3553

Télécopieur : (514) 284-2173

Adresse électronique : Peplex@microtec.net

"...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

Martineau Walker

AVOCATS

Groupe en droit des assurances

Benoît Mailloux	(418) 640-2012
Pierre Y. Lefebvre	(514) 397-7565
Guy Leblanc	(418) 640-2004
Claude Marseille	(514) 397-4337
Martin Sheehan	(514) 397-4395
Julien Reid	(418) 640-2011
Jean-François Hébert	(418) 640-2024

MONTREAL

Tour de la Bourse, Bureau 3400
800 Place-Victoria, Montréal, Canada H4Z 1E9 Téléphone 514/397-7400

QUÉBEC

Bureau 800
140, Grande Allée Est, Québec, Canada G1R 5M8 Téléphone 418/640-2000

Fasken Martineau

Montréal

Québec

Toronto

Londres

DESMARIS 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.	Yves St-Arnaud, LL.L.
Lucie B. Tétreault, LL.B.	Geneviève Derigaud, LL.L.
Luc Lapierre, LL.B.	Pierre Bazinet, LL.B.
Isabelle Desmarais, LL.B.	

204, Place d'Youville
Montréal (Québec) H2Y 2B4
Téléphone : (514) 845-5171
Télécopieur : (514) 845-5578

6

CONFÉRENCE

novembre
1998

GESTION DES RISQUES ET
IMPLICATIONS COMPTABLES
DES PRODUITS DÉRIVÉS

**À Montréal,
avec 15
experts
sur toutes les
implications
comptables
reliées aux
produits
dérivés**

- Paul BERRY et Charles CHENG, Mount Allison U.
- Harold BIERMAN, Jr., Cornell University
- Pierre N. BOUVIER, Caisse de dépôt et placement du Québec
- Phelim BOYLE, University of Waterloo
- Eric BRIYS, Lehman Brothers
- Peter CHANT, Samson, Bélair/ Deloitte & Touche
- Diane COTÉ, Standard Life
- Michel CROUHY, CIBC
- David DOUGHERTY, Banque Royale
- Sean FINN, CN, Pierre LAROCHE, HEC et Luc VALLÉE, CN
- Steve FORTIN, University of Waterloo
- Louise ST-CYR, HEC

FRAIS D'INSCRIPTION (*incluant le déjeuner et les textes*)

Avant le 20 octobre 1998 300,00 \$ + TPS 21,00 \$ + TVQ 24,08 \$ = 345,08 \$

Après le 20 octobre 1998 330,00 \$ + TPS 23,10 \$ + TVQ 26,48 \$ = 379,58 \$

Tarifs de groupe disponibles

CHAIRE DE GESTION DES RISQUES

Téléphone : (514) 340-5646

Télécopieur : (514) 340-5019

Site Web : <http://www.hec.ca/assurances-revue>

Courriel : revue.assurances@hec.ca

Organisée par l'École des Hautes Études Commerciales et CGA-Canada, en collaboration avec Samson, Bélair/Deloitte & Touche, la Caisse de dépôt et placement du Québec et RCM.

The logo for HEC (Hautes Études Commerciales) is displayed in a stylized, blocky, outlined font.

CONFERENCE

November
1998

6

RISK MANAGEMENT
AND ACCOUNTING
FOR DERIVATIVES

**In Montreal,
with
15 Experts
on All
Derivatives
Accounting
Implications**

- Paul BERRY and Charles CHENG, Mount Allison U.
- Harold BIERMAN, Jr., Cornell University
- Pierre N. BOUVIER, Caisse de dépôt et placement du Québec
- Phelim BOYLE, University of Waterloo
- Eric BRIYS, Lehman Brothers
- Peter CHANT, Samson, Bélair/Deloitte & Touche
- Diane COTÉ, Standard Life
- Michel CROUHY, CIBC
- David DOUGHERTY, Royal Bank
- Sean FINN, CN, Pierre LAROCHE, HEC and Luc VALLÉE, CN
- Steve FORTIN, University of Waterloo
- Louise ST-CYR, HEC

REGISTRATION FEES (*including lunch and documents*)

Before October 20, 1998 \$300.00 + GST \$21.00 + QST \$24.08 = \$345.08

After October 20, 1998 \$330.00 + GST \$23.10 + QST \$26.48 = \$379.58

Group fees available

RISK MANAGEMENT CHAIR

Phone: (514) 340-5646 Fax: (514) 340-5019

Web Site: <http://www.hec.ca/assurances-revue>

E-mail: revue.assurances@hec.ca

Organized by the École des Hautes Études Commerciales and CGA-Canada, with the collaboration of Samson, Bélair/Deloitte & Touche, the Caisse de dépôt et placement du Québec and RCM₂.



NOTE DE LA REVUE ASSURANCES À SES ABONNÉS

La revue *Assurances* désire informer ses lecteurs qu'elle a conclu une entente, le 31 août 1998, avec la revue belge *Principium*, publiée par FEPRABEL, en vertu de laquelle les deux organismes pourront utiliser réciproquement leur liste nominative d'abonnés (nom, adresse et numéro de téléphone).

Les termes de cette entente prévoient que cette liste nominative ne devra être utilisée par la revue *Principium* qu'à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

Tout abonné qui ne désire pas que son nom soit utilisé par la revue belge *Principium* devra nous en aviser, verbalement ou par écrit, **au plus tard le 31 décembre 1998**.

Revue *Assurances*

Chaire de gestion des risques

3000 chemin de la Côte Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H3T 2A7

Téléphone : (514) 340-5651 Télécopieur : (514) 340-5019

Ultérieurement, tout abonné qui ne souhaite pas que son nom soit utilisé par la revue belge *Principium* aux fins ci-dessus mentionnées peut s'y objecter en demandant de rayer son nom de cette liste. Il devra alors en faire la demande, verbalement ou par écrit, à M. Thierry ANDRIES, dont voici les coordonnées:

M. Thierry ANDRIES

Rédacteur en chef

Principium

Fédération des producteurs d'assurances de Belgique

Avenue Albert-Elisabeth, 40

1200 Bruxelles

Téléphone : 32/2/743.25.60 Télécopieur : 32/2/735.44.58

Assurances

Revue trimestrielle consacrée à l'assurance et à la gestion des risques

Les chroniques

Voici l'éventail et la description des chroniques régulières :

Chronique actuarielle: tirée du bulletin mensuel du Groupe-conseil Aon Inc.

Chronique de documentation: compte rendu de livres

Chronique juridique: commentaire de jugements ou de lois

Commentaires d'articles: opinions critiques de lecteurs

Document: reproduction d'un texte ou d'un article ayant une valeur historique

Études techniques: analyses particulières

Faits d'actualité: événements marquants commentés par le rédacteur en chef

Garanties particulières: études sur des garanties inédites ou une nouvelle police

Gestion des risques: étude, analyse, conférence applicable à la gestion des risques

IBC News/Nouvelles du BAC: nouvelles de l'industrie publiées par le BAC

Intermédiaires de marché: études applicables aux agents, aux courtiers ou aux experts en sinistre

Page de l'internaute: description du site Web d'une compagnie ou organisme

Projets de recherche des chaires: projets réalisés par les trois chaires canadiennes en assurance et gestion des risques

Reinsurance Dialogue: échange entre deux représentants du milieu de la réassurance

Tendances: nouvelles orientations commentées par le Centre de documentation du groupe Aon.

Columns

The following is a list and description of regular columns:

Chronique actuarielle: excerpt from the Groupe-conseil Aon Inc. newsletter

Chronique de documentation: book review

Chronique juridique: commentary on laws or judgments

Commentaires d'articles: readers' critical opinions

Document: reprint of a text or article with historical value

Études techniques: technical analysis

Faits d'actualité: editor's comments on current events

Garanties particulières: special guarantees or new wording analysis

Gestion des risques: studies or conferences on risk management

IBC News/Nouvelles du BAC: news from the industry published by IBC

Intermédiaires de marché: studies on agents, brokers or loss adjusters

Internet Surfer Page: Web site description of a company or organism

Projets de recherche des chaires: projects of research conducted by the three Canadian Insurance and Risk Management Chairs

Reinsurance Dialogue: discussion between two reinsurance's representatives

Tendances: new trends reported by Aon Group Documentation Center.

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 et Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.

Politique éditoriale

Assurances est publiée trimestriellement, soit en avril, en juillet, en octobre et en janvier. Elle contribue, par des études ou des recherches, à mieux faire connaître l'assurance et ses techniques, dans les branches IARD ou vie, ainsi que la gestion des risques.

Les textes sous la rubrique «Articles généraux» doivent être transmis au chef de la rédaction, en français ou en anglais, deux mois avant le mois de publication. Ils doivent être dactylographiés. Ils ne doivent pas dépasser 30 pages, à un interligne et demi, sur papier 8 1/2" x 11" et ils doivent être accompagnés d'une disquette, format Word PC ou Macintosh, ou format compatible. Ils peuvent également être acheminés par courrier électronique.

Chaque texte est accompagné d'un résumé en français et en anglais.

Les textes sous la rubrique «Articles évalués» doivent être transmis au chef de la rédaction au moins trois mois avant le mois de publication. Ils font l'objet d'une évaluation par un membre du Comité international de lecture et/ou par un évaluateur externe.

Les auteurs reçoivent gratuitement trois exemplaires du numéro de la revue auquel ils ont collaboré.

La Revue se réserve le droit d'apporter certaines corrections quant à la forme, sur les plans grammatical ou orthographique ou conformément à ses normes typographiques.

Les articles n'engagent que leurs auteurs.

La Revue tient à remercier sincèrement les sociétés, les fondations ou les organismes qui, par leur publicité ou des subventions, contribuent à son financement.

Articles are indexed in the following publications:

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 and Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.

Editorial policy

Assurances is published four times a year, in April, July, October and January. The paramount objective is to publish studies or research works on property & casualty insurance and life insurance, as well as risk management.

French or English manuscripts intended for publication under the "General articles" section must be sent to the Editor-in-chief at least two months before the month of publication. Manuscripts must be typed, 1 1/2-spaced, on 8 1/2" by 11" paper, and should not exceed 30 pages, along with a diskette containing the article in Word PC or Macintosh or compatible word-processor format or transmitted by E-Mail.

Each manuscript must be accompanied by an abstract in French and in English.

Manuscripts under the "Evaluated articles" section must be sent to the Editor-in-chief at least three months before the month of publication. They are further evaluated by a member of the International Editorial Board and/or by an external referee.

Authors will receive three issues containing their article, free of charge.

The Editors reserve the right to make appropriate changes related to correctness of grammar or spelling, or to ensure conformity to Journal style.

Opinions expressed in *Assurances* are solely those of the authors.

The Editor would like to express his gratitude to the corporations, foundations and organizations, who have financed *Assurances* through advertisements and subsidies.

*Pour harmoniser vos stratégies
de ressources humaines avec vos
stratégies d'affaires*

- 
- **Assurance collective**
 - **Communication organisationnelle**
 - **Rémunération**
 - **Ressources humaines**
 - **Retraite**
 - **Santé et sécurité au travail**

Montréal : (514) 845-6231 • CÉ: montreal@gcaon.com • Québec : (418) 650-1119 • CÉ: quebec@gcaon.com

Québec - Montréal - Ottawa - Toronto - Hamilton - London - Thunder B
Winnipeg - Saskatoon - Regina - Edmonton - Calgary - Vancouver

AON

Groupe-conseil Aon

MISSION

La revue *Assurances* est éditée par la Chaire de gestion des risques de l'École des Hautes Études Commerciales. Elle suit l'évolution de l'assurance au Canada et à l'étranger depuis 1932. Elle aborde, sous les angles théorique et pratique, tous les aspects reliés à l'assurance et à ses techniques, y compris ceux reliés à la distribution et au droit de l'assurance. Elle s'intéresse également à la gestion des risques.

Grâce à ses collaborateurs de renom et à ses fidèles annonceurs, la revue *Assurances* constitue, à un prix très abordable, une source documentaire utile à la compréhension de l'assurance IARD et de l'assurance de personnes.

Assurances, which has been keeping abreast of the progress in the field of insurance since 1932, is published by the Risk Management Chair of the École des Hautes Études Commerciales. The Journal examines the theory and practice of insurance and its techniques, as well as areas and activities related to insurance law and the distribution of insurance products. *Assurances* also contains articles on risk management.

Thanks to our renowned contributors and loyal advertisers, *Assurances*, which is available at a reasonable price, has become a very useful tool for understanding property & casualty insurance and life insurance.

