

Assurances

revue d'assurance et de gestion des risques

janvier 1999 ■ no 4

SOMMAIRE

L'INDUSTRIE DE L'ASSURANCE ET LE PASSAGE À L'AN 2000

Judith Rochette

L'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION DANS LES QUARTIERS CENTRAUX, REDLINING ET CONDITIONS SOCIAUX-ÉCONOMIQUES

Michel Gendron et Geneviève Choquette

LES ASSUREURS EUROPÉENS FACE À LA MONNAIE UNIQUE

Philippe Godfroid

STATISTIQUES SUR LES SUCCÈS LORS DE POURSUITES JUDICIAIRES EN MATIÈRE D'INCENDIE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Michel Hallard

ASYMMETRIC INFORMATION IN AUTOMOBILE INSURANCE: AN OVERVIEW

Pierre-André Chiappori

LES CABINETS DE COURTAGE AU QUÉBEC : ÉTAT ACTUEL DU RÉSEAU ET ORIENTATIONS FUTURES

Michel Gendron et Luc Naud

CHRONIQUES

Maryse 26 ans

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

Qu'ont-ils en commun ?

L'assurance
d'un monde
différent.

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



Assurance vie
Desjardins-Laurentienne

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

Roger
73 ans

Sébastien 17 ans

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

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

Sylvie
45 ans



Desjardins pour s'aider soi-même

Assurances

Revue trimestrielle consacrée à l'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*

Henri Barki, Claire Boisvert, Georges Dionne, Christian N. Dumais, Robert Gagné, Michel Gendron, Didier Lluellas, Raymond Medza, Rémi Moreau, Robert Parizeau, 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 Québec/Periodica

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

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

Télécopieur / Fax : (514) 274-0201

© 1999 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.

© 1999 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 publications – Enregistrement n° 08788 /

Delivery Postage Publication – Registration no. 08788

Port payé à Montréal / *Postage paid at Montreal*

Assurances

66^e année, numéro 4, janvier 1999

ARTICLES GÉNÉRAUX

- L'INDUSTRIE DE L'ASSURANCE ET LE PASSAGE À L'AN 2000**
par Judith Rochette 529
- L'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION DANS LES QUARTIERS
CENTRAUX, REDLINING ET CONDITIONS SOCIAUX-ÉCONOMIQUES**
par Michel Gendron et Geneviève Choquette 571
- LES ASSUREURS EUROPÉENS FACE À LA MONNAIE UNIQUE**
par Philippe Godfroid 609
- STATISTIQUES SUR LES SUCCÈS LORS DE POURSUITES JUDICIAIRES
EN MATIÈRE D'INCENDIE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS**
par Michel Hallard 617

ARTICLES ÉVALUÉS

- ASYMMETRIC INFORMATION IN AUTOMOBILE INSURANCE:
AN OVERVIEW**
by Pierre-André Chiappori 629
- LES CABINETS DE COURTAGE AU QUÉBEC : ÉTAT ACTUEL
DU RÉSEAU ET ORIENTATIONS FUTURES**
par Michel Gendron et Luc Naud 645

CHRONIQUES

- FAITS D'ACTUALITÉ**, par Rémi Moreau 673
1. De Georges ... - 2. ... à Mitch - 3. Annonce de fusion entre La Mutuelle du Canada et La Métropolitaine du Canada - 4. L'Industrielle-Alliance acquiert Seaboard - 5. Les cinq premiers assureurs IARD canadiens - 6. Les dix premiers courtiers mondiaux en 1997 - 7. Holà aux fusions des banques - 8. Deutsche Bankers Trust devient la première banque mondiale - 9. Les compagnies de réassurance cherchent à se diversifier - 10. Le processus de démutualisation des sociétés d'assurance est enclenché - 11. Les résultats du deuxième trimestre de 1998 des assureurs IARD - 12. Métler : Risk Manager - 13. Le crash du MD 11 de Swissair - 14. Requête en recours collectif de 10 milliards de dollars au Québec contre quatre fabricants de cigarettes - 15. Les

conjoints de même sexe sont reconnus devant le tribunal – 16. La sécurité sur Internet fait défaut – 17. Une pêche miraculeuse – 18. Le bilan mondial du phénomène climatique El Niño – 19. Le ministre Martin dit non aux banques.

CHRONIQUE ACTUARIELLE, par Louise Labrèche 687

Rentes aux conjoints survivants de même sexe : où en sommes-nous ?

LES TRAVAUX DES CHAIRES EN ASSURANCE, par Georges Dionne 693

Les travaux de la Chaire de gestion des risques (HEC) 1997-1998

LA PAGE DE L'INTERNAUTE / THE INTERNET SURFER PAGE 701

Croix Bleue du Québec / Québec Blue Cross

L'INDUSTRIE DE L'ASSURANCE ET LE PASSAGE À L'AN 2000*

par Judith Rochette

RÉSUMÉ

L'industrie de l'assurance a déjà connu des situations de crise, comme par exemple celle du verglas à l'hiver 1998, et elle a su y faire face. La différence entre ces crises passées et ce que l'on appelle le « Bogue de l'an 2000 », c'est que ce genre de risque n'est jamais survenu dans le passé. Normalement, les assureurs fixent les primes après avoir effectué des calculs qui tiennent compte de la récurrence des événements. Chaque risque a son historique. Or, lors du passage du dernier millénaire, les ordinateurs n'existaient pas.

L'objectif du présent article est d'envisager certaines conséquences prévisibles du passage à l'an 2000 et d'amener les gens de l'industrie de l'assurance à s'interroger sur leur capacité à y faire face. L'auteure dresse d'abord un portrait global du problème, de son origine et des risques prévisibles ou anticipés. Elle se penche par la suite plus particulièrement sur les problèmes de couverture qui risquent de se soulever lors de la survenance d'un sinistre relié au « Bogue de l'an 2000 ».

ABSTRACT

The insurance industry has already been through several situations of crises, among them, the 1998 winter icestorm, and it was able to face such situations. The main difference between those crises which took place and what we call the "Year 2000 Bug" is that this type of risk never occurred in the past. Usually, the insurers establish the premiums once they have made the calculations which take into account the recurrence of events. Each risk has its background. However, upon the last millennium's occurrence, computers did not exist.

The purpose of this article is to contemplate some of the foreseeable consequences with regard to the Year 2000's occurrence and to bring the persons working in the insurance industry to question themselves concerning their capacities to face up to such foreseeable consequences. The author initially establishes a global portrait of the problem, of its origin, and of the anticipated or foreseeable risks. She then proceeds to determine the coverage problems which may arise upon the occurrence of any damage or loss related to the "Year 2000 Bug".

L'auteure :

Judith Rochette est avocate chez Lavery, de Billy.

* Ce texte a été préparé pour une séance de formation donnée à l'Institut d'assurance de dommages du Québec le 21 octobre 1998. L'auteure tient à remercier tous ceux et celles avec qui elle a communiqué, courtiers et représentants des assureurs, qui ont bien voulu collaborer avec elle dans la préparation de ce texte en lui faisant parvenir des mots-à-mots d'avenants spécifiques à l'an 2000 ainsi que d'autres textes forts pertinents sur le sujet.

À l'ère où plusieurs courtiers et assureurs sont présents sur le réseau Internet et permettent à leurs assurés internautes d'obtenir des polices d'assurance par le biais de ce nouvel outil, il est raisonnable de penser que l'industrie de l'assurance devrait être préoccupée par ce que l'on appelle communément le « Bogue de l'an 2000 ». Et si certains croient que le « Bogue de l'an 2000 » est un problème qui ne concerne que les informaticiens, ou s'ils pensent qu'après avoir créé un comité de l'an 2000, ils peuvent dormir en paix, nous souhaitons les avoir convaincus, après avoir lu ce texte, que le « Bogue de l'an 2000 » est l'affaire de toutes et de tous.

Le « Bogue » se manifeste dès maintenant dans notre quotidien. Simplement à titre d'exemple, un employé cadre dans une compagnie bien connue de la région racontait avoir reçu par courrier de la publicité d'un grand quotidien lui offrant un abonnement. L'employé a retourné le formulaire dûment rempli en demandant qu'on le facture. Une semaine plus tard, il recevait une lettre du service de l'administration du quotidien l'avisant qu'il était débiteur d'une somme de 110 000 \$ et qu'il était mis en demeure de rembourser cette somme immédiatement; en conséquence, on l'informait que son abonnement était immédiatement annulé ! Inutile de dire que l'employé ne s'est jamais abonné à ce quotidien et la lettre fut affichée sur le babillard de cette compagnie très connue, faisant une bien piètre réputation au quotidien en question !

Il est vrai que des catastrophes, l'industrie de l'assurance en a déjà connues. On se souvient des pluies diluviennes à Montréal le 14 juillet 1987, le déluge du Saguenay le 20 juillet 1996 est encore frais à notre mémoire, et plusieurs ressentent encore physiquement et moralement les effets de la crise du verglas de l'hiver 1998.

La différence entre les catastrophes mentionnées ci-dessus et ce que l'on appelle le « Bogue de l'an 2000 », c'est que ce genre de risque n'est jamais survenu dans le passé. Normalement, les assureurs fixent les primes après avoir effectué des calculs qui tiennent compte de la récurrence des événements. Chaque risque a son historique. Or, lors du passage du dernier millénaire, les ordinateurs n'existaient pas.

Il y a donc beaucoup d'inconnues. L'objectif du présent article est d'envisager certaines conséquences prévisibles du passage à l'an 2000 et d'amener les gens de l'industrie de l'assurance à s'interroger sur leur capacité à y faire face.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir la réponse au problème de l'an 2000. C'est un cas unique, sans précédent. Nous vous

rappelons cependant certains principes reconnus dans le passé qui pourront servir de référence.

Nous allons débiter en vous dressant un portrait global du problème, de son origine et des risques prévisibles ou anticipés.

Nous nous pencherons par la suite plus particulièrement sur les problèmes de couverture qui risquent de se soulever lors de la survenance d'un sinistre relié au « Bogue de l'an 2000 ».

En communiquant avec certains courtiers ou représentants des assureurs, nous avons pu constater que les gens de l'industrie de l'assurance en général, à part certaines personnes plus particulièrement impliquées dans les comités de préparation au passage de l'an 2000, étaient peu préoccupés et mal informés de la question. Certains nous ont dit : « *On n'en entend pas assez parler* », ou bien on nous disait : « *Actuellement, on ne parle que de la bancassurance. L'an 2000 a été relégué au deuxième plan* », ou encore « *On n'a pas encore fini de régler la crise du verglas* »...

À partir de 1999, les courtiers et les assureurs commenceront à émettre ou à renouveler des polices dont la date d'échéance est prévue pour une date postérieure au 1^{er} janvier de l'an 2000. La plupart des programmes d'application de gestion utilisent un code à 2 chiffres plutôt qu'à 4 chiffres pour désigner l'année.

Dès maintenant, des erreurs pourraient se produire puisque certains programmes utilisent le code de date « 99 » pour des besoins spécifiques comme par exemple, les dates d'expiration ou d'archivage. D'autres problèmes pourront également survenir si les programmes ou les microprocesseurs ne tiennent pas compte du fait que l'an 2000 est une année bissextile.

Ce fameux problème que l'on a appelé « Le Bogue de l'an 2000 » constitue, pour l'industrie de l'assurance, un problème particulier.

Il représente de nouveaux risques et un nouveau défi pour les souscripteurs qui doivent apprendre à évaluer les types de risques engendrés par le problème de l'an 2000.

Compte tenu cependant de la nature du problème qui n'a aucun historique, il nous est impossible de vous prodiguer des opinions de portée générale. Chaque situation et les circonstances particulières auxquelles vous serez confrontés devront être examinées au cas par cas.

■ CONSIDÉRATIONS DIVERSES

□ Origine du problème

Le problème remonte aux origines de l'ère informatique. À l'époque des cartes perforées, c'est-à-dire dans les années 50 et 60, les capacités de mémoire étaient limitées et leur coût très élevé. L'enregistrement des années par deux chiffres s'est donc imposé sans que les programmeurs se posent de questions quant à la durée d'utilisation des programmes, microprocesseurs et autres puces¹. Cette méthode permettait d'économiser une capacité de mémoire rare. On se contentait d'utiliser, par exemple, 65 au lieu de 1965².

Ce n'est qu'au début des années 1990 que les programmeurs se sont rendu compte du chaos que cette méthode risquait d'engendrer lors du changement de millénaire. Si le problème est relativement simple à résoudre du point de vue technique, l'opération n'en entraîne pas moins des coûts directs et indirects considérables.³

La majorité des logiciels d'exploitation et d'application utilisent donc les deux derniers chiffres de l'année (c'est-à-dire 55, 65, 75, 85, 95). D'après les experts, cette désignation ne permettra pas à ces logiciels de reconnaître l'an 2000. À titre d'exemple, en l'an 1999, le calcul de l'âge d'une personne née en 1955 sera $99 - 55 = 44$, et en l'an 2000, le même calcul donne le résultat suivant : $00 - 55 = -55$ alors que la bonne réponse est $2000 - 1955 = 45$. Tous les logiciels fausseront les données lorsqu'ils effectueront des calculs de ce genre.

C'est ainsi que les calculs fondés sur cette programmation et afférents à des aspects aussi importants que la facturation, les intérêts, la dépréciation, les coûts et la rentabilité, ne peuvent que causer de graves ennuis aux sociétés qui ne s'attardent pas à cette question dès maintenant.

Le « Bogue de l'an 2000 » est l'incapacité des systèmes informatiques de reconnaître les doubles 0 comme étant ceux de l'année 2000 par opposition à ceux de l'année 1900 ou de toute autre date invalide.

□ La situation : des chiffres et des cas réels

Jusqu'à ce que des efforts soient faits dans l'industrie pour rendre les systèmes « Y2K compliant », on estimait qu'environ la moitié des ordinateurs du monde entier identifiait les années au moyen de deux chiffres plutôt que quatre. Certains experts sont d'avis que tout programme informatique vieux de plus de 5 ans a

90% de chances d'être affecté du Bogue de l'an 2000. Ce problème n'affecte pas seulement les systèmes d'envergure, mais s'étend aussi aux plus petits ordinateurs⁴.

Les problèmes reliés à l'an 2000 se manifestent dès maintenant. Dans un article paru en juillet 1996 dans *The Wall Street Journal*, on rapportait qu'une compagnie d'assurance biens et accidents avait dû cesser de souscrire des polices d'assurance d'une durée de quatre ans puisque ses ordinateurs étaient incapables de traiter les dates au-delà de l'an 2000⁵.

En février 1997, un article du *New York Law Journal* relatait les deux situations suivantes : l'ordinateur d'un restaurant avait rejeté les cartes de crédit dont la date d'expiration était postérieure à l'an 2000; les ordinateurs du gouvernement d'un État avait accordé à des prisonniers une libération conditionnelle à une date antérieure à celle de leur véritable date d'éligibilité.⁶

Produce Palace International, un magasin du Michigan, a intenté la première poursuite rapportée relative au bogue du millénaire⁷ : le propriétaire de ce magasin de fruits et légumes allègue dans ses procédures que son système de caisses enregistreuses acheté de la compagnie défenderesse est incapable de traiter les transactions chaque fois que l'on tente d'utiliser une carte de crédit dont la date d'expiration est soit en l'an 2000, soit après. Il allègue donc bris de garantie, bris de contrat, négligence et fausses représentations.⁸

En décembre 1997, un autre recours collectif relié au bogue du millénaire fut entrepris : il s'agit de l'affaire *Atlas International Ltd c. Software Business Technologies*⁹. La compagnie demanderesse Atlas avait acheté une version d'un logiciel produit par la compagnie défenderesse en 1995. Le logiciel en question était garanti pour fonctionner en conformité avec les caractéristiques écrites fournies avec le produit, pour une durée de 5 ans. La demanderesse allègue que le logiciel n'est pas « Y2K compliant » et qu'il en coûtera plus de 50 millions de dollars pour mettre à jour les logiciels des clients.

Il semblerait que la compagnie défenderesse prévoit distribuer un logiciel gratuit afin de corriger les versions non conformes à l'an 2000¹⁰.

Un recours semblable a été intenté en avril 1998, toujours en Californie, dans *Issokson c. Intuit inc.*¹¹ Il s'agit d'un recours collectif à l'encontre de la compagnie Intuit qui a développé le logiciel Quicken utilisé par les consommateurs pour la gestion de

leurs finances personnelles. L'action allègue que l'industrie de l'informatique en général était au courant du problème de l'an 2000 et ce, depuis aussi longtemps que les années 1970. On reproche aux compagnies fournisseurs de logiciels d'avoir connu ce problème depuis plus de 20 ans, mais de l'avoir ignoré simplement parce qu'il était trop coûteux de reconfigurer le logiciel afin qu'il reconnaisse une date de 4 chiffres plutôt que seulement une date de 2 chiffres¹².

La demanderesse reproche à la compagnie Intuit d'avoir continué d'offrir son produit par le biais d'une campagne de publicité agressive, le tout en sachant pertinemment que ce produit comportait une défectuosité à l'égard du passage à l'an 2000¹³.

Certaines compagnies aériennes sont tellement préoccupées par le bogue du millénaire qu'elles considèrent la possibilité d'annuler tous les vols prévus pour le 31 décembre 1999.¹⁴

Dans un dossier spécial paru dans le journal *Les Affaires* du 5 septembre 1998, on montrait l'état de préparation des entreprises du Canada. Selon le dernier sondage de Statistique Canada, 99% des dirigeants étaient conscients du problème, mais le tiers des grandes entreprises n'avaient adopté aucun plan formel. Un peu plus du tiers des moyennes entreprises ont affirmé en avoir un et le tiers des petites entreprises n'ont encore pris aucune mesure¹⁵.

Toujours dans le même article, l'auteur relatait qu'à 500 jours de l'an 2000 la situation mondiale était plutôt alarmante. Le Gartner Group, qui a fait une vaste enquête auprès de 15 000 entreprises de 87 pays, affirmait dans son rapport que les États-Unis, le Canada, la Belgique, l'Australie, les Pays Bas et la Suède apparaissaient comme étant les pays les plus avancés dans leur conformité à l'an 2000¹⁶.

Les pays de l'Europe seraient plus en retard. On parle de 6 mois de retard pour les pays de l'Europe de l'Ouest par rapport aux États-Unis. La France et Israël tiraient de l'arrière de 8 mois. La Russie, l'Inde, le Pakistan, l'Allemagne, le Japon et les pays d'Europe de l'Est, du Moyen-Orient, d'Asie du Sud-Est, d'Amérique du Sud et d'Afrique Centrale auraient 12 mois et plus de retard¹⁷.

Il est vrai que certains pays sont peu informatisés et l'impact pourra donc y être mineur. Par contre, il faut garder à l'esprit qu'il n'en faut pas beaucoup pour que s'enclenche l'effet dominos et qu'un seul fournisseur européen en retard nuise à des entreprises canadiennes¹⁸.

Dans le monde, une constante revient : l'industrie privée est plus avancée que le secteur public. Au Canada, selon le Groupe de

travail de l'an 2000, le secteur des finances et des assurances est en avance; le secteur primaire tire de l'arrière.

Au Canada comme partout dans le monde, il appert que les gens sous-estiment l'importance du passage au nouveau millénaire. On se dit que cela ne nous touchera pas outre mesure. On ne croit pas que les pires hypothèses puissent arriver.¹⁹

Voyons maintenant de quelle façon se comporte l'industrie de l'assurance à l'égard du Bogue de l'an 2000. Afin de bien comprendre la problématique que constitue pour les assureurs le Bogue de l'an 2000, il importe de retourner aux principes de base de l'assurance.

La lutte contre le hasard

L'assurance vise à éliminer les conséquences préjudiciables dues au hasard : elle s'attaque, d'un point de vue économique, au risque qui pèse sur la tête de chacun²⁰.

La répartition scientifique des risques

Normalement, l'assureur regroupe une multitude de risques, tout en sachant qu'ils ne se réaliseront pas tous en même temps, auquel cas il ne pourrait honorer ses engagements.

Il importe donc pour l'assureur de connaître à l'avance la probabilité de réalisation de ces risques : grâce aux projections tirées des éléments de la statistique, il va pouvoir évaluer exactement le genre de protection qu'il peut ou non offrir²¹.

La réassurance

Dans certains cas, notamment dans le cas des risques très importants, les statistiques ne fourniront pas les renseignements qu'on aimerait en tirer, car elles visent en général les risques moyens²².

Pour pallier la difficulté de disperser de tels risques, l'assureur pourra décider de ne prendre en charge qu'une partie de ce risque en se joignant à d'autres assureurs : cas de la coassurance.

Si, par contre, il accepte de prendre le risque totalement en charge, l'assureur va à son tour s'assurer auprès d'un assureur spécialisé : cas de la réassurance.

Le cas de la crise du verglas est un bel exemple où les réassureurs ont été mis à contribution. En effet, lors de la crise du verglas, c'était la première fois au Québec que les compagnies de réassurance étaient appelées à verser des indemnités.

Des prévisions peu rassurantes

L'assurance repose sur le principe que les primes payées par l'ensemble des assurés servent à indemniser les « *quelques* » malheureux qui seront confrontés à une perte financière découlant d'un risque « *imprévu* »²³.

Le problème avec le bogue de l'an 2000, c'est que les « *quelques* » pourront être très nombreux : les compagnies d'assurance n'auront vraisemblablement pas suffisamment de capital pour supporter l'ensemble des réclamations qui pourraient être reliées au problème de mauvaise identification des données par les différents systèmes informatiques. En Amérique du Nord, les compagnies d'assurance maintiennent des réserves au niveau assurance habitation – accidents d'environ 380 milliards de dollars. Or, des sources provenant du milieu de l'assurance sont d'avis que les pertes potentielles reliées au risque de l'an 2000 pourraient s'élever jusqu'à des milliards de dollars²⁴.

Juste à titre de comparaison, au Canada, lors de la crise du verglas, les pertes assurées ont été estimées à 1 1/2 milliard de dollars. Dans le nord-est des États-Unis, les pertes assurées s'élevaient à 400 millions de dollars américains.²⁵

L'industrie de l'assurance ne s'attendait pas à faire face à la crise du verglas durant l'hiver 1998. Sera-t-elle prête à faire face au défi de l'an 2000 ?

Le Bogue de l'an 2000 n'est pas un « cas fortuit »

Les assureurs considèrent généralement que l'an 2000 n'est pas un événement « *imprévu* ». En effet, pour être assurable, un risque doit présenter un potentiel et non une certitude de perte. Il faut connaître les éléments en cause. Le risque doit être mesurable. Ces trois critères ne sont pas rencontrés dans le cas d'incapacité d'un système à reconnaître une date postérieure au 1^{er} janvier 2000²⁶.

Le bogue de l'an 2000 n'étant pas un cas fortuit, il n'est donc pas couvert par les polices d'assurance actuelles. Les assureurs ont rappelé que l'assurance a pour but d'aider les assurés à supporter

les conséquences financières d'un événement « *soudain et accidentel* ». Or, l'arrivée de l'an 2000 n'est ni soudaine, ni accidentelle : ça fait 1999 ans qu'on l'attend.

En février 1998, dans son rapport qui a été rendu public, le Groupe de travail sur l'an 2000 dirigé par Jean Monty a émis une série de recommandations, dont deux concernaient plus spécifiquement le domaine de l'assurance :

1) Les milieux de l'assurance devraient signaler rapidement à leurs entreprises clientes l'importance de la question de l'an 2000 et la nécessité de mettre en place un plan d'action officiel en vue de l'an 2000.

2) Les milieux de l'assurance devraient rendre l'émission et le renouvellement d'un contrat d'assurance conditionnels à l'existence d'un plan d'action officiel.²⁷

Par ailleurs, un comité du BAC a été mis sur pied pour contrôler et faire rapport sur les projets de l'industrie dans le dossier « *an 2000* ». Ce comité a identifié plusieurs libellés types proposés par le BAC qui pourraient être affectés et a proposé des avenants « *exclusion des erreurs d'interprétation de dates* »²⁸.

La plupart des assureurs ont suivi les recommandations du Groupe de travail sur l'an 2000 et ont transmis un questionnaire à leurs assurés et aussi à leurs partenaires d'affaires.

Puis, pendant l'été, les compagnies d'assurance se sont penchées sur la pertinence d'envoyer aux assurés un avenant qui spécifie que le risque que constitue l'an 2000 est exclu. Plusieurs assureurs ont pris la décision d'ajouter l'avenant exclusion des erreurs d'interprétation de date à toutes les polices d'assurances des entreprises pour éviter que la non-exclusion de l'an 2000 soit interprétée comme signifiant que ce risque est couvert. Plusieurs ont utilisé les formulaires proposés par le BAC ou en ont fait une adaptation. Les assureurs ont souligné que les avenants transmis se voulaient simplement un éclaircissement à la couverture offerte²⁹.

Le choix des assureurs leur était presque imposé : en effet, certains réassureurs ont exigé que les assureurs ajoutent l'avenant « *Y2K* » à leurs polices à défaut de quoi ils refusaient de souscrire un risque. Les assureurs ne peuvent ou ne veulent pas s'exposer à assumer seuls les conséquences d'un risque aussi incertain³⁰.

Au niveau de l'assurance habitation, au moment d'aller sous presse, les assureurs n'étaient pas encore fixés. On hésitait encore à ajouter l'avenant. Les risques semblaient moins grands. Il n'y a pas

de perte d'exploitation. Ce sont les frais de subsistance, les frais supplémentaires, les pertes du contenu du congélateur qui peuvent être les plus importants pour l'assureur. Lors de la crise du verglas, ce genre de perte a coûté cher aux assureurs. S'il y avait une panne électrique majeure à l'aube de l'an 2000, les coûts pourraient être astronomiques si la panne touchait le Québec en entier.

Si les assureurs prennent tant de temps avant de prendre la décision d'ajouter l'avenant, c'est qu'il y a des conséquences importantes à cette décision. Évidemment, il y a le risque de perte d'une part du marché³¹. Toutefois, plusieurs assureurs en sont venus à la conclusion qu'il était préférable de perdre quelques clients que de s'exposer à un risque non contrôlable.

Ceux qui tentent aujourd'hui de se démarquer devront peut-être réviser leur position plus tard, en 1999.

■ **APRÈS AVOIR HÉSITÉ, PLUSIEURS ASSUREURS AJOUTENT L'EXCLUSION « Y2K »**

Le fait d'envoyer un avenant d'exclusion au moment du renouvellement d'une police peut avoir pour effet d'encourager des réclamations par des assurés qui prétendront que le dommage est survenu avant la date d'entrée en vigueur de l'exclusion.

Il est donc important de s'assurer que l'avenant transmis à l'assuré aura l'effet escompté, et qu'il entrera en vigueur au moment prévu. Pour ce faire, il importe de respecter les règles prescrites afin que la modification ou l'exclusion ajoutée soit opposable à l'assuré en temps voulu.

Comment introduire dans un contrat d'assurance la nouvelle exclusion ?³²

Ajouter l'exclusion à une police déjà existante

L'assureur qui désire amender son contrat (modification du contrat en cours de période) afin d'y ajouter une exclusion « Y2K » a l'obligation d'en aviser l'assuré par avenant, et les changements n'entrent en vigueur que si l'assuré y consent par écrit.

« **Art. 2405** En matière d'assurance terrestre, les modifications que les parties apportent au contrat sont constatées par un avenant à la police.

Toutefois, l'avenant constatant une réduction des engagements de l'assureur ou un accroissement des obligations de l'assuré autre que l'augmentation de la prime, n'a d'effet que si le titulaire de la police *consent, par écrit, à cette modification.* »

Si l'assuré ne consent pas par écrit à l'ajout d'une exclusion « Y2K », cette exclusion sera donc sans effet. L'assuré pourra consentir à la modification par écrit, à la face même de l'avenant. Ainsi, dans l'alternative d'une modification effectuée en cours de terme, une demande de consentement écrit doit être formulée et un suivi devra être effectué de façon à s'assurer que le consentement a bel et bien été obtenu.

Exclusion « Y2K » ajoutée au moment du renouvellement

Si une modification survient à l'occasion du renouvellement du contrat, l'assureur doit en aviser l'assuré dans un document séparé. L'assuré peut refuser la modification, mais est présumé l'avoir acceptée 30 jours après la réception du document.

« **Art. 2405** (...)

Lorsqu'une telle modification est faite à l'occasion du renouvellement du contrat, *l'assureur doit l'indiquer clairement à l'assuré dans un document distinct de l'avenant qui la constate.* La modification est présumée acceptée par l'assuré 30 jours après la réception du document. »

Le simple ajout d'un avenant au certificat de renouvellement n'est donc pas suffisant. Toute exclusion introduite de cette façon sera sans effet.

Exclusion « Y2K » ajoutée dans les nouvelles polices souscrites

L'assureur a l'obligation d'indiquer à l'assuré les divergences entre la proposition et la police. L'article 2400 C.c.Q. précise que ces divergences doivent être mentionnées dans un document distinct.

« **Art. 2400** En matière d'assurance terrestre, l'assureur est tenu de remettre la police au preneur, ainsi qu'une copie de toute proposition écrite faite par ce dernier ou pour lui.

En cas de divergence entre la police et la proposition, cette dernière fait foi du contrat, à moins que l'assureur n'ait, *dans*

un document séparé, indiqué par écrit au preneur les éléments sur lesquels il y a divergence. »

Cette disposition a pour but de bien informer l'assuré du contenu de sa couverture d'assurance.

Dans l'éventualité d'une divergence, les tribunaux sont enclins à favoriser l'assuré. C'est ce qui ressort notamment de la décision de la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *J.A. Martin & Fils ltée c. Hercules Auto Parts inc.*³³

S'il n'y a aucune référence à une exclusion « Y2K » dans les documents de souscription du risque ou dans un document séparé lors de l'émission de la police, l'exclusion ne pourra être opposée à l'assuré. Il est donc important que la proposition fasse référence à cette exclusion. Si cette mention écrite n'est pas faite dès ce moment, le souscripteur devra, au moment de l'émission de la police, dans un document séparé, indiquer à l'assuré qu'une divergence existe entre la police et sa proposition et clairement décrire les éléments sur lesquels il y a divergence. Une copie de l'exclusion doit également être jointe à ce document séparé.

Il importe de rappeler les obligations du courtier en matière d'information et de conseil. Le courtier, en tant que professionnel, doit conseiller le client sur les produits qu'il vend. Il doit veiller à ce que ses clients reçoivent l'information dont ils ont besoin pour être en mesure de décider judicieusement quels risques ils sont prêts à supporter³⁴.

Si le cas se présente, et si le produit est disponible, le courtier devra informer le client des possibilités de couvertures.³⁵

Utilisation des questionnaires et leurs effets³⁶

Des questionnaires ont été envoyés par les compagnies d'assurance à leurs assurés. L'effet de ces questionnaires est double : il permet à l'assureur de vérifier si l'assuré est « Y2K compliant » et de décider s'il acceptera de le couvrir, mais il permet également à l'assureur d'obtenir une garantie qu'à partir du moment où l'assuré a reçu le questionnaire, il est devenu conscient et a été mis au courant du problème de l'an 2000. L'assuré pourra plus difficilement, par la suite, affirmer qu'il n'a pas pu se préparer en temps utile.

Lors de la souscription d'une nouvelle police ou encore lors du renouvellement d'une police D&O, on demande généralement à l'assuré s'il est au courant de circonstances susceptibles de donner lieu à une réclamation ou action. Un manquement à cette obligation

de divulguer, ou une fausse représentation d'un fait ou d'une circonstance concernant le problème de l'an 2000, lors de la souscription ou le renouvellement d'une police d'assurance, pourra donner lieu à un refus de couverture de la part de l'assureur.

Rappelons les articles 2409 et 2466 C.c.Q. concernant l'obligation de déclarer de l'assuré :

« **Art. 2409.** L'obligation relative aux déclarations est réputée correctement exécutée lorsque les déclarations faites sont celles d'un *assuré normalement prévoyant*, qu'elles ont été faites sans qu'il y ait de réticence importante et que les circonstances en cause sont, en substance, conformes à la déclaration qui en est faite. »

« **Art. 2466.** L'assuré est tenu de déclarer à l'assureur, promptement, les *circonstances qui aggravent les risques* stipulés dans la police et qui résultent de ses faits et gestes si elles sont de nature à influencer de façon importante un assureur dans l'établissement du taux de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de maintenir l'assurance.

Lorsque l'assuré ne remplit pas cette obligation, les dispositions de l'article 2411 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires. »

Si l'assureur est insatisfait des mesures prises par son assuré pour se préparer à l'an 2000, il pourra décider de ne pas renouveler.

De son côté, l'assuré qui a des raisons de croire que ses efforts pour faire face au problème de l'an 2000 seront insuffisants et que des pertes sont prévisibles devra en informer son assureur pendant le processus de renouvellement puisqu'il s'agit de « circonstances qui aggravent les risques... ».

L'utilisation d'un questionnaire par l'assureur pourra cependant avoir un effet non souhaité : en cas de litige, l'assuré pourra soutenir qu'en répondant adéquatement à toutes les questions contenues au questionnaire, il a correctement rempli son obligation de divulguer et qu'il n'avait pas à déclarer autre chose que les informations requises dans le questionnaire relativement au problème de l'an 2000.

Les assureurs devront donc s'assurer que les questions contenues à leur questionnaire sont soigneusement rédigées et il serait sage d'y ajouter une mention à l'effet que l'assuré est tenu de divulguer toute autre information connue de lui et non couverte par le questionnaire, mais qui est relative au problème de l'an 2000 et qui

pourrait influencer un assureur dans l'appréciation du risque ou la décision de maintenir l'assurance.

Bien que les questionnaires soient utiles pour fournir des informations au souscripteur, ils ne peuvent en aucun cas donner un portrait complet de la situation de l'assuré à l'égard de l'an 2000 puisque les assurés eux-mêmes sont incapables de confirmer que leurs systèmes seront « Y2K compliant »³⁷.

Il est donc important pour tous les assurés (particulièrement les administrateurs et dirigeants) de conserver la procédure écrite des étapes suivies pour rendre leur entreprise « Y2K compliant ». Il est à noter que les échanges par courriel devraient être imprimés et conservés sur papier, autrement, il y a un danger que ces échanges ne soient pas considérés comme constituant une preuve matérielle³⁸.

Polices d'assurance susceptibles d'être touchées par le problème de l'an 2000³⁹

Les polices d'assurance les plus susceptibles d'être affectées par le « Bogue de l'an 2000 » sont celles couvrant les entreprises.

Responsabilité civile professionnelle, erreurs et omissions

Les poursuites intentées par les propriétaires d'ordinateurs, les actionnaires, etc., pour les dommages causés par des avocats, des comptables, des conseillers, des fournisseurs de systèmes de technologie de l'information, des designers techniques, des agents et courtiers d'assurance; risques de pertes énormes dans l'industrie bancaire (cartes de crédit, chèques, transferts), etc.

Responsabilité civile professionnelle des administrateurs et dirigeants et des associations

Les poursuites des actionnaires : leurs actions ayant perdu de la valeur parce que l'entreprise n'est pas conforme aux critères de l'an 2000 ou leurs dividendes ont baissé à cause des coûts élevés de la transition à l'an 2000; associations responsables pour défaut d'avertissement; problèmes dus à une préparation insuffisante pour l'an 2000.

Responsabilité civile des médecins

Poursuites contre des médecins pour avoir établi des diagnostics erronés ou pour avoir prescrit des traitements inappropriés à cause de rapports informatiques erronés ou de manque d'information.

Responsabilité civile des produits

Poursuites contre des fabricants, des concepteurs et des distributeurs de matériel et logiciels informatiques à cause de produits défectueux, de l'absence de mises en garde ou de solutions de rechange inappropriées, pour bris de garanties, fausses représentations, etc.

Responsabilité civile générale

Poursuites contre les propriétaires découlant du mauvais fonctionnement de systèmes de chauffage et de ventilation; poursuites contre des compagnies d'entretien d'ascenseurs ou contre des propriétaires d'édifices pour des blessures subies par des locataires forcés d'utiliser les escaliers parce que les ascenseurs ne fonctionnent pas; poursuites contre les compagnies de chemin de fer, systèmes de télécommunication, propriétaires des parcs d'amusement, barrages hydroélectriques, systèmes de sécurité, etc.

Pertes d'exploitation (pertes de profits/revenus)

Poursuites pour la perte de revenus causée par la non-conformité des installations de l'assuré ou par la non-conformité des systèmes d'un fournisseur ou d'un client; ralentissement des opérations du à une panne de courant, etc.

Propriétaires occupants et biens des entreprises

Augmentation des vols et des incendies à cause de systèmes de sécurité défectueux.

Fardeau de preuve

La plupart des polices d'assurance propriétaires/occupants et biens des entreprises sont de type « tous risques », i.e., que tout est couvert, sauf ce qui n'est pas spécifiquement exclu. Ce genre de police est habituellement interprétée de façon large par les tribunaux. Une fois que l'assuré a démontré qu'il a subi une perte qui serait normalement couverte en vertu de son contrat, l'assureur a le fardeau de démontrer qu'une exclusion s'applique.

Il reviendra donc à l'assureur de démontrer que son exclusion s'applique et que la perte liée au problème de l'an 2000 devrait être exclue⁴⁰.

□ Exemples de risques : couverts ou non couverts ?

Voyons quelques exemples de situations qui pourraient se présenter lors du passage de l'an 2000 et les litiges que ces situations pourront soulever.

Les coûts liés à la recherche de problèmes et à l'adoption de mesures correctives pour le passage de l'an 2000 sont-ils couverts par les polices d'assurance actuelles ?

Les ressources humaines et financières requises pour faire face au problème de l'an 2000 priveront l'entreprise de fonds et des efforts qui étaient peut-être initialement prévus pour d'autres activités ou projets. En soi, ces dépenses ne sont pas inhabituelles. Les compagnies qui utilisent des systèmes informatiques sont régulièrement appelées à investir pour rendre ces systèmes plus performants. Ces dépenses font partie des coûts nécessaires pour être en affaires et ne devraient pas faire l'objet d'une indemnité sur la base d'un contrat d'assurance de l'entreprise ou perte de profits⁴¹.

Il a été suggéré que les coûts rendus nécessaires pour corriger le problème de l'an 2000 pouvaient être qualifiés de « *frais de sauvetage* » (« *salvage expense* »). Normalement, les frais de sauvetage sont reliés aux dépenses rendues nécessaires pour minimiser la perte de l'assuré. Le coût de mise à jour d'un système informatique n'est pas considéré comme étant un dommage matériel.

Défaillance des systèmes d'alarme et d'extincteurs

Un magasin au détail fait affaires avec une entreprise de systèmes d'alarme qui doit recevoir le signal d'alarme et le transmettre à la station de pompiers pour que l'intervention soit faite dans les meilleurs délais. Le magasin au détail, votre assuré, a pris toutes les mesures nécessaires pour que son système informatique soit modifié pour être « Y2K compliant ». Malheureusement, c'est le défaut du système informatique de l'entreprise en systèmes d'alarme qui s'avère défectueux, de telle sorte que le signal n'est pas communiqué et que le feu prend des proportions importantes, sans que les pompiers n'interviennent. Le contenu de même que le bâtiment du magasin au détail sont une perte totale.

Votre assuré avait pourtant pris la peine d'obtenir de cette compagnie une garantie à l'effet que son système était « Y2K compliant ».

Dans cet exemple, la réclamation du magasin au détail, votre assuré, pourrait être couverte puisque les dommages causés aux biens de votre assuré ne résultent pas « *directement* » d'une erreur de programmation. Un recours subrogatoire pourrait évidemment être envisagé contre l'entreprise de système d'alarme.

Les assureurs qui auront ajouté à leur police l'*exclusion des erreurs d'interprétation de dates* telle que proposée par le BAC pourront quant à eux nier couverture. En effet, l'exclusion prévoit : « ... *sont exclues de la présente assurance les pertes résultant de dommages occasionnés directement ou indirectement par la défaillance de tout équipement informatique...* ».

Destruction de données – incapacité de fournir les pièces justificatives

La perte de données pourra empêcher l'assuré de fournir à l'assureur les informations nécessaires pour prouver le montant d'une perte de biens ou d'une perte de profits résultant d'un risque couvert et sans aucun rapport avec l'an 2000. L'assureur pourra-t-il vraiment refuser de couvrir son assuré simplement parce que l'assuré est incapable de fournir les pièces justificatives au soutien de sa réclamation dans de telles circonstances ?

Rappel de l'article 2471 C.c.Q. :

« À la demande de l'assureur, l'assuré doit, le plus tôt possible, faire connaître à l'assureur toutes les circonstances entourant le sinistre, y compris sa cause probable, la nature et l'étendue des dommages, l'emplacement du bien, les droits des tiers et les assurances concurrentes; il doit aussi lui fournir les pièces justificatives et attester, sous serment, la véracité de celles-ci.

Lorsque l'assuré ne peut, pour un motif sérieux, remplir cette obligation, il a droit à un délai raisonnable pour l'exécuter.

À défaut par l'assuré de se conformer à son obligation, tout intéressé peut le faire à sa place. »

Maladie du consultant en informatique

Une entreprise engage un consultant en informatique afin de rendre son système « Y2K compliant ». Le consultant ne peut terminer son travail en raison d'un problème de santé ou encore parce qu'il démissionne en cours de route, pour accepter une offre plus alléchante d'une autre compagnie. L'entreprise est incapable de compléter la modification de son système en temps utile, de telle

sorte que l'entreprise subit une perte de profits énorme jusqu'à ce que le travail ait pu être complété.

L'entreprise avait pris toutes les mesures et en principe, aurait dû être prête pour l'an 2000. La perte du consultant due à des motifs hors de son contrôle ne doit-elle pas être considérée comme un cas fortuit ? Si oui, est-elle assurable ?

Pour répondre à cette question, il faut déterminer quel est « l'événement » qui déclenchera l'application de la couverture d'assurance. L'événement est-il un problème relié à l'an 2000, ou n'est-il pas plutôt la maladie du consultant, qui n'a rien à voir avec l'an 2000 ? Dans ce dernier cas, l'entreprise devrait pouvoir compter sur le bénéfice de son assurance⁴²...

Défaut de fonctionnement du système informatique du fournisseur

Un magasin de grande surface vend des vêtements haut de gamme. Une cliente, après avoir essayé plusieurs vêtements, décide de les acheter et se dirige vers la caisse. Elle présente sa carte Visa. Cette situation se produit actuellement (1998). La vendeuse passe la carte dans la machine pour validation. Le contact ne se fait pas. Elle appelle alors pour obtenir l'autorisation. La préposée chez Visa l'informe que la compagnie procède actuellement à des tests pour l'an 2000 et que le délai pour la validation sera d'une heure.

Ou bien la vendeuse accepte malgré tout de procéder à la vente, et le magasin devra assumer le risque d'une perte, ou bien elle refuse la vente, et la cliente s'en retournera furieuse, sans acheter et en se jurant bien de ne jamais revenir.

Si la situation se poursuit toute la journée et que le magasin choisit de prendre le risque de supporter toutes ces ventes sur cartes de crédit, il court le risque que l'une ou plusieurs des transactions ne soient pas valides. Le cas échéant, le magasin qui présentera une réclamation auprès de son assureur pour perte de revenus aurait-il droit à la couverture d'assurance ? N'est-ce pas là une situation imprévisible ? Peut-on lui reprocher d'avoir pris la chance d'effectuer la vente sans validation ?

Cet exemple nous amène à faire plusieurs commentaires.

En prenant pour hypothèse que le magasin a reçu cette journée-là dix clients dans ce département, le magasin pourra certainement invoquer qu'il a pris la meilleure décision dans les circonstances et qu'il a ainsi minimisé sa perte, en ayant à assumer une transaction non validée plutôt que de perdre les profits de 10 ventes.

Normalement, pour que la police d'assurance pertes d'exploitation trouve application, les affaires de l'entreprise doivent avoir été interrompues par suite de dommages *matériels* directs survenant pendant la durée du contrat et devenus inévitables du fait d'un sinistre couvert. La couverture pour les pertes d'exploitation sera conditionnelle à la couverture d'assurance des biens de l'entreprise.

Si les biens ne sont pas endommagés, mais que la perte survient parce que les équipements de l'assuré ne fonctionnent pas tel que prévu, la perte ne sera pas couverte. Ainsi, dans notre exemple, la perte financière résultant de l'interruption d'affaires qui serait due à un défaut de fonctionnement des équipements informatiques du magasin ne serait pas couverte. Par contre, si un feu ou une explosion survenait à la suite d'une complication imprévue résultant d'un problème lié à l'an 2000, cette perte « résultante » consistant en un dommage physique ou matériel, et la perte d'exploitation qui s'en suivrait, seraient vraisemblablement couvertes, selon les termes et conditions de la police d'assurance en cause⁴³.

Qu'en est-il, dans notre exemple, de la perte financière résultant d'un problème chez le fournisseur ou partenaire d'affaires, en l'occurrence Visa ? La même logique devrait s'appliquer : si la compagnie subit une perte financière en raison d'un problème relié à l'an 2000 du fournisseur, les biens de l'assuré ne sont pas endommagés et il n'y a pas de dommages matériels ou corporels, par conséquent, il n'y aurait pas de couverture d'assurance en vertu de l'assurance des biens des entreprises, et par le fait même aucune protection pour les pertes d'exploitation⁴⁴.

Quant à un éventuel recours contre le tiers responsable, en l'occurrence le fournisseur, il est à prévoir que celui-ci ne pourra davantage bénéficier de la protection de son assurance. En effet, l'assureur responsabilité refusera vraisemblablement de prendre la défense du fournisseur pour les motifs que la perte n'est pas couverte, résultant d'un événement qui n'est pas un accident et qui était prévisible. Le seul recours sera donc contre le fournisseur lui-même, dans la mesure où il est solvable.

Par ailleurs, le dommage matériel est souvent défini dans les polices d'assurance biens et responsabilité des entreprises comme étant toute détérioration ou destruction d'un bien corporel⁴⁵.

Il pourra être difficile pour un assuré de convaincre un tribunal qu'un problème relié à l'an 2000 affectant un logiciel constitue un dommage matériel. De plus, on retrouve dans le mot-à-mot de plusieurs polices d'assurance « Tous Risques » une exclusion relativement aux pertes causées par un virus ou autre dommage de même

nature relié au système informatique. Bien que le problème de l'an 2000 ne soit pas, à proprement parler, un virus, on pourrait par analogie comparer à un virus les erreurs d'interprétation de dates qu'il engendre, en soutenant qu'il s'agit d'un défaut de même nature⁴⁶.

Même dans les polices d'assurance des micro et mini-ordinateurs, on trouve habituellement une exclusion pour les dommages occasionnés directement ou indirectement par des erreurs de programmation informatique. Cette exclusion couvrirait également les erreurs d'interprétation de dates résultant du problème de l'an 2000.⁴⁷

Il est donc loin d'être évident que la perte de revenus subie par le magasin, dans l'exemple précédent, soit couverte par l'assurance responsabilité du tiers auteur de la faute en se basant sur les polices telles qu'elles étaient rédigées jusqu'ici.

De plus, toute police qui contiendra l'exclusion de l'an 2000 ne couvrirait pas cette perte puisqu'il s'agit manifestement d'une « *perte résultant de dommages occasionnés directement ou indirectement par la défaillance de tout équipement informatique... de correctement interpréter ou traiter tout champ de date...* ».

Ralentissement des opérations et perte d'efficacité de l'entreprise

Dans l'affaire *Home Indemnity Co. v. Hyplains Beef*⁴⁸, une Cour fédérale de district des États-Unis devait se pencher sur une requête pour jugement déclaratoire présentée par un assureur afin de déterminer si sa police d'assurance des biens de l'entreprise couvrait la perte d'exploitation d'une industrie d'emballage de bœuf causée par le ralentissement des opérations et le manque d'efficacité dus à un problème informatique.

La clause en litige se lisait comme suit :

« We will pay for the actual loss of Business Income you sustain due to the necessary *suspension* of your "operations" during the period of restoration. The suspension must be caused by direct physical loss of or damage to property at the premises described in the Declarations... caused by or resulting from any covered cause of loss. »

Le juge se pose la question à savoir si la perte de données informatiques, qui en fait n'ont jamais existé sous une forme « tangible », pouvait être considérée comme un dommage matériel direct. Il n'a cependant pas à répondre à cette question puisqu'il en vient à la conclusion qu'il n'y a pas eu « suspension » des opérations de l'entreprise. La suspension consiste en une interruption

temporaire mais complète des activités. Par conséquent, le juge décide que l'assuré n'a pas droit au bénéfice de son assurance puisqu'il n'y a pas eu suspension des activités, mais seulement un ralentissement et une perte d'efficacité.

Le même genre de situation est susceptible de se produire dans le cadre du passage à l'an 2000.

Problèmes d'opération

Si les systèmes informatiques, microprocesseurs, logiciels, etc. ne sont pas remplacés ou mis à jour, les conséquences suivantes pourraient survenir :

- erreur insoluble empêchant d'avoir accès ou d'entrer ou de traiter des données;
- modification ou perte d'importantes données de l'entreprise;
- incapacité de payer les comptes payables;
- incapacité de collecter les comptes recevables;
- arrêt des systèmes automatiques;
- incapacité de placer des commandes ou de prendre des commandes;
- incapacité d'avoir accès au calendrier électronique où consignés les travaux à faire ou les rendez-vous;
- perte du lien internet ou intranet...

Tel que mentionné précédemment, la perte financière ou autre perte additionnelle encourue à la suite de l'une ou l'autre des situations précitées ne peut pas être considérée comme étant une perte ou un dommage à la propriété assurée qui serait couverte sous la police d'assurance des biens de l'entreprise. En général, il n'y aura aucun dommage matériel ou physique au système informatique, aux équipements, matériel ou programmes : tous les appareils fonctionnent de la façon dont ils étaient programmés pour opérer, même si le résultat n'est pas celui qui était attendu par les propriétaires de l'entreprise⁴⁹.

Quel est l'événement qui déclenchera l'application de la couverture d'assurance ?

Dans tous les exemples mentionnés précédemment, l'important sera de se demander : *Quel est l'événement (« occurrence »)*

*qui déclenchera l'application de la couverture d'assurance ?
Quelle sera la couverture qui s'appliquera ?*

Si l'événement est le problème de programmation, les pertes ou dommages résultant de ce problème de programmation ne seront pas couverts. Mais si ces résultats faussés provoquent un arrêt du chauffage et qu'il en résulte un bris de tuyaux :

- l'événement sera ici le bris de tuyaux et alors les dommages par l'eau résultant du bris de tuyaux seraient couverts; ou
- l'événement sera une explosion et les dommages matériels ou corporels résultant de l'explosion seraient couverts⁵⁰.

Afin de se qualifier comme étant un événement couvert au sens de la police, cet événement ne doit pas être prévisible, ni voulu par l'assuré. L'arrivée de l'an 2000 est prévisible. Il sera donc difficile pour un assuré de soutenir qu'un problème relié à l'an 2000 n'était pas prévisible.

Par contre, lorsqu'un assuré a fait des efforts raisonnables pour corriger le problème de l'an 2000, mais a manqué quelque chose sans l'avoir voulu, il pourra devenir difficile pour l'assureur de soutenir que son assuré avait prévu ou voulu la réclamation⁵¹.

Également, lorsque l'assuré connaît les conséquences dangereuses d'un produit qu'il fabrique, on pourrait soutenir que cet assuré devrait faire quelque chose pour inspecter ou réparer les équipements susceptibles d'être défectueux. Pourra-t-on prouver la connaissance de l'assuré ?

S'il est facile de dire que les problèmes reliés à l'an 2000 sont prévisibles, il est moins facile de conclure à savoir si une perte sera couverte ou non à la suite d'une réclamation⁵².

Chaque fois, il faudra se demander quel événement constituera un « *sinistre* » ou un « *accident* » au sens de la police et, le cas échéant, quelle sera l'assurance applicable :

- i) Assurance en vigueur au moment de la confection du logiciel ?
- ii) Assurance au moment de l'installation du logiciel ?
- iii) Assurance au moment où le défaut est découvert ?
- iv) Assurance en vigueur au moment des diverses procédures mises de l'avant pour corriger le problème ?
- v) Assurance en vigueur au moment où le dommage matériel ou corporel survient ?⁵³

Il faudra également se demander si, dans le cas d'assurance responsabilité professionnelle, nous sommes en présence d'une police responsabilité de type « événement » ou de type « réclamation présentée ». En effet, avec une police responsabilité de type événement, le travail est couvert au moment où il est effectué, même si le dommage ne surgit que quelques années plus tard. Avec une police de type réclamation rapportée, la police doit être en vigueur au moment où les conséquences de l'erreur ou omission se déclarent. La police n'étant pas renouvelée automatiquement, la prime doit être renégociée à chaque fois. Les assureurs voudront examiner les dossiers au cas par cas et la facture risque d'être élevée pour certains assurés⁵⁴.

Dans le cas d'une police responsabilité de type événement, il faudra se demander si l'événement ayant déclenché le sinistre est survenu avant l'ajout de l'exclusion. Le cas échéant, y aura-t-il couverture ?

Moyens de défense des assureurs et exclusions générales invoquées

Fortuity defense

Tel que mentionné précédemment, les assureurs réfèrent aux principes généraux des contrats d'assurance qui visent à couvrir des pertes résultant d'événements imprévus, accidentels ou fortuits. Puisque le problème de l'an 2000 fait l'objet d'une grande publicité et ce, depuis plusieurs années, les pertes en résultant ne seront pas considérées comme fortuites. La couverture de ce type de perte est d'ailleurs visée par diverses exclusions aux contrats existants.

Pour plus de sécurité, la plupart des compagnies d'assurance ont cependant jugé important de transmettre un avis aux assurés avec un avenant afin de clarifier dès maintenant leur position à l'égard du risque que constitue l'an 2000.

Article 1425 C.c.Q. : commune intention des parties

« **Art. 1425.** Dans l'interprétation du contrat, on doit rechercher quelle a été la commune intention des parties plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes utilisés.

De la même façon, les assureurs soutiendront qu'il n'a jamais été de leur intention de couvrir un risque tel que celui du « Bogue de l'an 2000 ». Il s'agit d'un risque incontrôlable⁵⁵...

Article 2464 C.c.Q. : faute intentionnelle de l'assuré

La plupart des polices ne couvrent pas les sinistres imputables à des actes ou omissions volontaires, ou à des délits criminels, ayant l'assuré pour auteur ou instigateur.

Ayant été alerté à l'aide d'un avis spécifique, parfois même d'un questionnaire, en plus de l'avenant, l'assuré qui ne fait rien pour se préparer à l'an 2000 pourra difficilement invoquer qu'il n'était pas au courant. Les assureurs pourraient alors invoquer que l'omission d'agir de l'assuré équivaut à une faute intentionnelle de sa part au sens de l'article 2464 C.c.Q. Par contre, si l'assuré fait quelque chose en vue de se préparer à l'an 2000, mais qu'une perte survient tout de même, même due à sa négligence, il pourra être difficile pour l'assureur d'invoquer cette exclusion.

Toute la question sera de savoir quel était le degré de connaissance de l'assuré et quelles étaient ses intentions, preuve qu'il ne sera pas facile de faire⁵⁶.

Article 1726 ss C.c.Q. : vices cachés

La plupart des polices d'assurance de biens et de responsabilité ne couvrent pas non plus les pertes causées par les vices cachés. Cette exclusion englobe les frais inhérents à la bonne exécution des travaux et rendus nécessaires par des défauts dans les matériaux, la main-d'œuvre ou les plans.

La question de savoir si les problèmes liés à l'an 2000 pourront être considérés comme des vices cachés est discutable. Les opinions à cet égard sont partagées.⁵⁷

D'autres exclusions générales des polices d'assurance biens ou responsabilité utilisées dans l'industrie pourront être soulevées, comme celles relatives aux erreurs de programmation dans les polices d'assurance des micro et mini-ordinateurs, dont nous avons discuté plus tôt.⁵⁸ Chaque police devra être examinée pour déterminer quelle exclusion pourrait être invoquée.

Les assureurs cependant n'ont pas pris de chance et plusieurs ont transmis à leurs assurés un avenant spécifique concernant les problèmes liés à l'an 2000.

L'exclusion « Erreur d'interprétation de dates » : quelques commentaires

La plupart des compagnies d'assurance ont choisi d'adopter la formulation de l'avenant proposée par le Bureau d'assurance du

Canada pour l'industrie de l'assurance. Certaines adaptations ont pu être faites. Le problème avec ces « variations sur un même thème » est que ces différences risquent de créer de la confusion dans l'industrie et devant un tribunal⁵⁹. Sans vouloir faire un examen exhaustif du mot-à-mot des avenants « erreur d'interprétation de dates » ou « Y2K exclusion », nous vous faisons ici quelques commentaires d'ordre général :

Utilisation du chiffre « 2000 »

La plupart des assureurs ont compris que dans le texte de l'exclusion, il est important de ne pas référer directement à l'année « 2000 », que ce soit dans le titre de l'exclusion ou dans le texte de celle-ci : en effet, des erreurs de date peuvent survenir avant ou après l'an 2000, *e.g.* le 9 septembre 1999, 9-9-99 qui a été utilisé pour représenter l'infini, pour l'archivage de dossiers ou données, ou encore le 29 février de l'an 2000...

Il faut agir maintenant !

L'ajout de la clause d'exclusion des erreurs d'interprétation de dates doit être fait le plus rapidement possible. La plupart des assureurs l'ont déjà fait. En effet, une police d'assurance souscrite en 1998 pour une durée d'un an couvre au moins une partie de l'an 1999 : or, avec certains types de systèmes informatiques, des problèmes sont susceptibles d'apparaître déjà en 1999; par exemple, la fameuse date d'archivage utilisée, soit le 9 septembre 1999...

Avenant ajouté à la police d'assurance de biens

Cet avenant exclut les dommages occasionnés directement ou indirectement par la défaillance des systèmes informatiques et de leur application liée à une erreur d'interprétation de dates ou d'heure.

Cet avenant est sans effet en ce qui concerne les dommages directement occasionnés par les risques spécifiés (dans ce type de police) ou par un risque couvert par ailleurs (dans les polices tous risques); l'exclusion des erreurs d'interprétation de dates ne s'appliquerait donc pas à l'incendie, les explosions, la fumée... (voir texte spécifique de chaque police)⁶⁰.

Avenant ajouté à la police d'assurance responsabilité civile des entreprises

Il exclut généralement la responsabilité découlant directement ou indirectement par la défaillance des systèmes informatiques ou

de leur application liée à une erreur d'interprétation de dates ou d'heure⁶¹.

Avenant ajouté à la police d'assurance des administrateurs et dirigeants

Il exclut généralement la responsabilité découlant directement ou indirectement par la défaillance des systèmes informatiques et de leur application liée à une erreur d'interprétation de dates ou d'heure.

Certaines polices excluent également la responsabilité découlant directement ou indirectement de toute faute, *erreur ou omission*, commise en regard de la recherche, l'identification, la correction ou la divulgation des défaillances mentionnées dans l'avenant.

Dans certaines polices D&O, l'assureur ne couvre pas les dommages causés par le « Bogue de l'an 2000 », à moins que l'assuré ne puisse démontrer qu'il a pris toutes les précautions pour se prémunir contre un tel dommage. Il est donc important pour les administrateurs et dirigeants d'avoir une procédure écrite des étapes suivies pour rendre leur entreprise « Y2K compliant ».

Qu'est-ce qui sera considéré comme étant une « *précaution suffisante* » ?

À cet égard, il faudra référer aux « *standards généralement acceptés* », c'est-à-dire le comportement de l'administrateur raisonnable, à mesure que de tels standards se développeront (voir 1457 C.c.Q.). Les administrateurs et dirigeants devront effectivement démontrer qu'ils ont rempli leur « *devoir de prudence* », et qu'ils ont fait preuve de « *diligence raisonnable* »; ce qui pourra se faire à partir des exigences en matière de documentation et de rapports s'appliquant aux gestionnaires et aux programmes de préparation en vue de l'an 2000⁶².

Les entreprises assurées devront donc documenter toutes les activités de leur programme de préparation en vue de l'an 2000, afin de démontrer qu'elles se sont conformées aux normes applicables en matière de diligence raisonnable⁶³.

La participation active des cadres supérieurs d'une entreprise à des conférences, colloques, comités et autres regroupements de travail visant à l'élaboration d'un plan ou d'une stratégie en vue de l'an 2000, suivie d'une mise en place de telle stratégie, pourront constituer une façon concrète de répondre aux exigences en matière de diligence raisonnable⁶⁴.

Les questions suivantes pourront se poser dans l'examen des mesures qu'ils auront prises pour se préparer à l'an 2000⁶⁵ :

– ont-ils adopté des stratégies pro-actives en ce qui a trait à leurs relations avec leurs fournisseurs, leurs clients et leurs partenaires commerciaux ?

– se sont-ils assurés que leurs fournisseurs et partenaires commerciaux étaient prêts et, dans le cas contraire, ont-ils résilié les contrats insatisfaisants ?

– les administrateurs et dirigeants ont-ils eu recours aux meilleurs gestionnaires de programmes disponibles ?

– ont-ils mis sur pied un plan d'urgence efficace pour atténuer les répercussions prévisibles ?

Il n'est pas étonnant qu'au Canada, actuellement :

– il soit difficile d'obtenir ou renouveler une police D&O;

– qu'une telle police soit chère (primes coûteuses);

– que certains assureurs puissent considérer qu'il ne s'agit pas d'un risque assurable;

– que l'étendue de la police puisse être éventuellement contestée devant les tribunaux⁶⁶.

Avenant ajouté aux polices d'assurance bris des machines

Il exclut généralement les dommages résultant de l'incapacité ou du défaut, en tout ou en partie, des systèmes informatiques et de leur application en rapport avec toute date ou heure.

Certains avenants précisent que la panne d'équipement due à une programmation utilisant la date n'est pas couverte et qu'uniquement les pertes associées aux dommages *physiques* causés par une panne d'un autre équipement assuré seront couvertes.

L'avenant exclut également les dommages résultant de l'évaluation, de la modification, de la réparation ou du remplacement, en tout ou en partie, des systèmes informatiques et de leur application affectée par une incapacité ou un défaut relativement à toute date ou heure.

IL FAUT RETENIR CECI :

Chacune des polices utilise un langage qui lui est propre et *il faudra lire chacune de ces polices attentivement afin de déterminer l'étendue de l'exclusion.*

■ LES EXCEPTIONS À L'EXCLUSION GÉNÉRALE

Il est intéressant de noter que le passage du 31 décembre 1999 au 1^{er} janvier 2000 se fera du vendredi soir au samedi matin. Fort heureusement, pour la plupart des secteurs d'activité, les affaires ralentissent pendant la fin de semaine. Le risque serait ainsi relativement diminué.

Par contre, les institutions publiques, les magasins et les municipalités, par exemple, seraient toujours autant à risque, puisque leurs activités ne ralentissent pas pendant la fin de semaine, mais se poursuivent simplement ou même augmentent.

Les assureurs pourront toujours choisir de procéder à une étude au cas par cas pour accorder certaines exceptions à l'exclusion générale. En effet, certains réassureurs se sont dit ouverts à faire de telles exceptions en insistant à l'effet qu'il s'agit d'une acceptation à caractère spécial.

Toutefois, les assureurs seront en général prudents et ne se précipiteront pas pour offrir un produit original qui les placerait dans une situation délicate en les exposant à des risques trop grands et non contrôlables.

■ LES ARGUMENTS DE L'ASSURÉ

Nous avons identifié brièvement ci-dessous certains arguments que pourraient invoquer les assurés pour attaquer la validité d'une clause d'exclusion dans le cadre d'une réclamation résultant d'un problème relié au Bogue de l'an 2000. Nous invoquons les règles générales d'interprétation des contrats applicables aux contrats d'assurance, mais il n'est pas dans notre intention d'en faire une étude exhaustive⁶⁷.

Règles d'interprétation du contrat d'assurance

Article 1375 : obligation de bonne foi des assureurs

« **Art. 1375.** La bonne foi doit gouverner la conduite des parties, tant au moment de la naissance de l'obligation qu'à celui de son exécution ou de son extinction. »

Article 1379 : Le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion

« **Art. 1379.** Le contrat est d'adhésion lorsque les stipulations essentielles qu'il comporte ont été imposées par l'une des parties ou rédigées par elle, pour son compte ou suivant ses instructions, et qu'elles ne pouvaient être librement discutées.

Tout contrat qui n'est pas d'adhésion est de gré à gré. »

Article 1425 : commune intention des parties

« **Art. 1425.** Dans l'interprétation du contrat, on doit rechercher quelle a été la commune intention des parties plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes utilisés. »

Article 1426 : tenir compte des circonstances... et des usages

« **Art. 1426.** On tient compte, dans l'interprétation du contrat, de sa nature, des circonstances dans lesquelles il a été conclu, de l'interprétation que les parties lui ont déjà donnée ou qu'il peut avoir reçue, ainsi que des usages. »

À mesure que le temps passera, certains comportements seront considérés comme « minimaux » ou « raisonnables » à l'égard d'une situation donnée et naîtront ainsi des « usages » reconnus dans ce domaine.

Article 1428 C.c.Q. : sens qui procure un effet...

« **Art. 1428.** Une clause s'entend dans le sens qui lui confère quelque effet plutôt que dans celui qui n'en produit aucun. »

Article 1430 C.c.Q. : la clause destinée à écarter tout doute sur l'application du contrat à un cas particulier [an 2000] ne restreint pas la portée du contrat par ailleurs conçu en termes généraux

« **Art. 1430.** La clause destinée à écarter tout doute sur l'application du contrat à un cas particulier ne restreint pas la portée du contrat par ailleurs conçu en termes généraux. »

Article 1432 : règle contra proferentem

« **Art. 1432.** Dans le doute, le contrat s'interprète en faveur de celui qui a contracté l'obligation et contre celui qui l'a stipulée. Dans tous les cas, il s'interprète en faveur de l'adhérent ou du consommateur. »

Il importe de rappeler que cette règle ne s'appliquera qu'en cas de doute sur l'intention des parties contractantes. Il faut donc, avant d'appliquer cette règle, que le texte de la police d'assurance manque de clarté, qu'il soit ambigu à sa face même⁶⁸.

Article 2408 C.c.Q : notoriété du risque

L'assuré pourra soutenir que l'assureur savait ou aurait dû savoir que tous ses assurés seraient exposés éventuellement au risque de l'an 2000 et qu'il a quand même accepté de le couvrir. En effet, l'assuré soutiendra que le risque était connu des assureurs avant l'ajout de l'avenant⁶⁹.

Les conséquences de la nullité du contrat étant très graves pour l'assuré, il doit pouvoir se fier à la diligence et au professionnalisme de l'assureur et ce dernier devra porter le fardeau de son omission de se renseigner adéquatement. L'assureur prudent doit voir à acquérir une bonne connaissance de l'industrie qu'il assure et s'il omet de le faire, ce sera à ses risques et périls.

Certaines décisions récentes de la Cour suprême démontrent une approche favorable aux assurés et imposent des obligations très lourdes aux assureurs, obligations qui ne sont pas toujours en harmonie avec les réalités quotidiennes de l'industrie des assurances.

Article 1436 : clause illisible ou incompréhensible pour une personne raisonnable

« **Art. 1436.** Dans un contrat de consommation ou d'adhésion, la clause illisible ou incompréhensible pour une personne raisonnable est nulle si le consommateur ou la partie qui y adhère en souffre préjudice, à moins que l'autre partie ne prouve que des explications adéquates sur la nature et l'étendue de la clause ont été données au consommateur ou à l'adhérent. »

Nous croyons que les assurés pourront difficilement prétendre ne pas avoir compris le sens des avenants qu'on leur a fait parvenir excluant les erreurs d'interprétation de dates. L'intention de l'assureur d'exclure la responsabilité ou les dommages découlant d'un problème résultant du « Bogue de l'an 2000 » nous apparaît claire, dans la mesure où l'assureur a choisi de transmettre à ses assurés un tel avenant.

Article 1437 : clause abusive

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

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

(lire avec article 1428 C.c.Q., voir 4.1.5)

Déjà, certains assurés ont souligné que cet argument serait utilisé à l'encontre des assureurs pour contester la validité des clauses d'exclusion.

En effet, si une exclusion relative au « Bogue de l'an 2000 » est trop large, elle pourrait avoir pour effet d'exclure toutes réclamations découlant de tous types de problème informatique, qu'il soit relié ou non à l'an 2000. Compte tenu du rôle que joue maintenant l'ordinateur dans la société et dans l'économie, une exclusion aussi large pourra être considérée comme une manœuvre des compagnies d'assurance pour réduire considérablement la couverture offerte aux assurés et, par conséquent, elle pourra être jugée abusive⁷⁰.

Attente raisonnable de l'assuré⁷¹

Les assurés pourraient également invoquer la théorie de l'attente raisonnable. Cette théorie s'inspire largement de la règle d'interprétation *contra proferentem* applicable en présence de contrat d'adhésion, mais ses effets sont plus étendus.

La doctrine de l'attente raisonnable est plus qu'une simple règle d'interprétation puisqu'elle permet aux assurés d'obtenir plus que ce qui est prévu à la police d'assurance dont ils sont titulaires et ce, en autant que leurs aspirations aient été raisonnables dans les circonstances. Les tribunaux appliqueront les contrats conformément à ce que l'assuré pouvait comprendre des termes utilisés.

En fait, la théorie de l'attente raisonnable, originaire des États-Unis, a maintenant au Québec un fondement dans le fait que le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion (article 1379 C.c.Q.). C'est une théorie qui intègre l'ensemble des règles d'interprétation :

- i) interprétation des termes selon leur sens ordinaire (art. 1429 C.c.Q.);
- ii) recherche de l'intention des parties (art. 1425 C.c.Q.);
- iii) résolution des ambiguïtés de façon favorable à l'assuré (art. 1432 C.c.Q.).

En analysant l'attente raisonnable de l'assuré, les tribunaux vérifieront que le contrat d'assurance ne soit pas devenu inutile :

- i) il ne doit pas permettre à l'assuré d'obtenir une indemnité à laquelle il ne pouvait raisonnablement s'attendre; mais
- ii) il ne doit pas permettre à l'assureur de toucher une prime sans risque. Tout abus doit être évité.

Il faut admettre que le mot-à-mot des polices d'assurance est souvent complexe, difficile à comprendre et dans la majorité des cas, il n'est pas lu par les assurés.

En invoquant la théorie de l'attente raisonnable, les assurés invoqueront que, bien qu'ils aient été conscients du fait que leur assurance ne couvrirait pas les pertes reliées aux erreurs de programmation, ils s'attendaient cependant à être couverts pour les autres risques découlant d'événements imprévisibles pour eux, comme par exemple la perte d'exploitation due à un manquement provenant d'un fournisseur (électricité, produits non livrés, etc.) ou la conséquence éloignée d'un problème causé à l'origine par une erreur de programmation.

Le texte de l'avenant d'exclusion des erreurs d'interprétation de dates prévoit généralement que « *sont exclues... les pertes résultant des dommages occasionnés directement ou indirectement...* »:

Jusqu'où les tribunaux accepteront-ils de se rendre dans la chaîne d'événements (effet dominos) pour faire jouer l'exclusion et nier couverture à l'assuré ?

Obligation de défendre

Il faut se souvenir que la portée de l'obligation de défendre ne dépend pas directement de la clause d'exclusion, mais plutôt de la façon dont sont rédigées les procédures judiciaires.

En effet, l'obligation de défendre, contrairement à l'obligation d'indemniser, n'est pas déclenchée par de véritables actes ou omissions, mais par les *allégations* qui sont faites contre l'assuré, et existe même si l'une ou plusieurs des allégations de la poursuite sont non fondées, fausses ou frauduleuses⁷².

■ MODES DE RÈGLEMENT DES CONFLITS

Y aura-t-il beaucoup de recours devant les tribunaux ? Quelles seront les conséquences d'autant de litiges ?

Il pourra y avoir des recours collectifs, mais aussi des actions pour jugement déclaratoire, tant par les assurés que par les assureurs pour connaître leurs droits et obligations à l'égard d'un risque lié à l'an 2000.

Il est évident que le recours aux tribunaux aura des conséquences désastreuses en pratique. Déjà, les ressources (consultants en informatique) sont rares : la demande est plus grande que l'offre.

Le fait que les ressources soient rares a d'ailleurs des effets immédiatement. S'il y a tellement de travail à effectuer et que les ressources sont rares, il existe un danger pour les consultants en informatique moins consciencieux de couper les coins ronds pour obtenir plus de contrats : une telle attitude augmente la marge d'erreur et expose les consultants à des recours en responsabilité⁷³.

Une autre conséquence des ressources rares : bien qu'ayant prévu un plan d'action suffisamment à l'avance, une entreprise pourra se retrouver avec un système qui ne sera pas encore prêt à l'aube de l'an 2000 en raison du manque du temps des consultants pour compléter le travail.

Advenant la survenance d'un sinistre ou afin de prévenir un litige, il est utile d'examiner les divers modes de règlement des conflits⁷⁴. Des procédés alternatifs peuvent être mis en place dès maintenant, lors de la signature de contrats.

Il est possible d'avoir recours à l'un des trois mécanismes suivants :

1) Action en justice :

Il importe de considérer que les juges ne seront pas très au fait des données techniques. Ils manqueront peut-être de flexibilité lorsqu'il s'agira de rendre des ordonnances. Les modes de réparation pourront être limités. Il faut également savoir que les documents qui seront utilisés en cours de procès par l'une ou l'autre des parties seront habituellement accessibles au public, d'où un problème de confidentialité à considérer.

Au surplus, dans le cas où des expertises seraient requises, les experts retenus qui consacreront leur temps à cette tâche seront des ressources perdues pour résoudre des problèmes concrets sur le terrain.

Les actions en justice pourraient également avoir des conséquences néfastes : en effet, si tout le monde poursuit les seules ressources techniques disponibles, ces dernières seront acculées à la faillite et ne pourront résoudre les problèmes⁷⁵.

2) Médiateur :

Le recours à un médiateur pourrait être avantageux, surtout dans la mesure où ce médiateur est un expert. Le médiateur pourra amener les parties à considérer des avenues de solutions pratiques plus rapides et plus économiques. En cette matière, surtout si l'on pense à un système qui n'est pas fonctionnel, il est préférable d'obtenir une solution pratique immédiate que de traîner l'affaire des années devant les tribunaux, ce qui fera encourir des pertes additionnelles à l'entreprise.

3) Arbitrage :

Cette solution, comme celle du médiateur, est avantageuse puisqu'elle permet aux parties de choisir un expert dans le domaine.

Les recours prévisibles seront vraisemblablement des recours en dommages et intérêts ou en injonction. Il est possible de prévoir, dès maintenant, dans les contrats de services et de consultation, des mécanismes extra-judiciaires de règlement des différends en incluant par exemple une clause d'arbitrage et également en prévoyant des dommages-intérêts conventionnels en cas de bris de contrat.

En matière d'assurance, les parties auraient certainement avantage, elles aussi, à privilégier l'un ou l'autre de ces modes alternatifs de règlement des conflits, en cas de litige « assureur-assuré ».

■ CONCLUSION

Voilà certains commentaires généraux, préliminaires et nullement exhaustifs. Notre but n'est pas de vous effrayer, mais plutôt de mettre le problème de l'an 2000 à l'avant-garde de vos préoccupations afin que vous puissiez, en temps opportun, mettre en opération un système alternatif de gestion advenant le cas où certaines prévisions se concrétisaient.

Nous entendions récemment le commentaire suivant : « *les années précédant l'an 2000 sont les années de vaches grasses des consultants en informatique... Les années qui suivront l'an 2000 seront les années de vaches grasses des avocats...* ». Seul l'avenir nous dira si cet adage avait un fondement !

Il faudra attendre les réclamations avant de connaître l'étendue réelle des litiges qui pourraient être soulevés par l'avènement de l'an 2000.

□ **Jurisprudence, articles et ouvrage consultés**

- ANDERSON, Eugène R. and Gold, J., « The Year 2000 bug related insurance coverage issues », conférences LEXPERT, Sheraton Center Hotel, Toronto, vendredi, 16 octobre 1998.
- ASSELIN, Pierre, « La première seconde de l'an 2000 – Quand la confusion s'emparera des ordinateurs », *Le Soleil* ?, p. B1.
- Atlas International, ltd vs Software business technologies inc. and SBT accounting systems inc.*, Case No. 172539, Filed Dec. 02, 1997.
- AZZOLINI, Sylvana, Insurance Council of Canada, « Millenium bug : no one would insure a burning house, says Lloyd's Underwriter », May 13, 1998.
- BECKET, Michael, « 'Bug' squeeze on insurers », 24 juillet 1998.
- BECKET, Michael, « Insurance groups defuse 'timebomb' », 24 juillet 1998.
- BENNETT, Neil, « Millennium bug claims hit Lloyd's », 24 juillet 1998.
- Best's Review, January 1998, Cover Story, « 20/20 on the year 2020, if our panelists are even partly right about the future of insurance, we're looking at two bumpy, exhilarating and dangerous decades to come » (11 pages).
- BOUW, Branda, « Insurers on the edge », *Financial post*, May 16, 1998.
- BRANCH, Ward K, *Product Liability and Class Action Exposure to Year 2000 Problems*, « Year 2000 Computer Problems », *Insight information inc.*, Conference reports, p.251.
- Bulletin d'information de l'Association du Barreau Canadien, division du Québec, volume 3, no 2, juillet 1998, *Focal Point de mire*, « Bogue de l'an 2000, un problème technique, mais juridique aussi ».
- Bureau d'assurance du Canada, « Demandes d'indemnités à la suite de pannes d'ordinateur en l'an 2000 – Mise à jour no 1 », Bulletin CEO no 97-28, 26 juin 1997.
- CASSIUS DE LINVAL, Robert, « Le 31 décembre 1999, à minuit... êtes-vous prêts pour l'an 2000 ? », *Les Affaires*, spécial internet, 15 avril 1997.
- CEPA CISO, « Danger ! Préparation requise, sur le champ !, Suggestions pour vous aider à être fin prêt pour l'an 2000 », *Liaison*, mars-avril 1998, volume 11, no 1, p. 22.
- COLDEN, Anne, « Year 2000 for insurance companies : Armageddon or no big deal ? », *Business today*, May 17, 1998.
- Conseil d'assurance du Canada, note de George Anderson à tous les membres en date du 29 avril 1998, « Year 2000 seminar – « insurance industry challenge and response » ».
- Conseil d'assurance du Canada, note du président George D. Anderson en date du 3 juin 1998, « Pannes d'ordinateur en l'an 2000 – mise à jour no 4 ».
- CORBEIL, Michel, « Un « bogue » de 700 millions », *Le Soleil*, octobre 1998.
- DA VITT, Rick, *Risk Management of Client and Correspondent Bank Risk*, « Year 2000 Computer Problems », *Insight information inc.*, Conference reports, p. 85.

- Dennis College, M.D., P.A. vs Medical Manager Corporation*, Hillsborough County, Florida general civil division, Case No. 98 06401.
- GAHTAN, Alan M., *The Year 2000 Computer Crisis Legal Guide*, « Insurance Issues », Carswell Thomson Professional Publishing, 1998.
- General Re Canada, « Le problème de l'an 2000 », juillet 1998.
- GORING, James, *Insurance Issues*, « Year 2000 Computer Problems », Insight information inc., Conference reports, p. 57.
- GRANAHAN, Thomas, « Insurers offer policies to cover Year 2000 bug », *Business today*, April 5, 1998.
- GUNTER, C. Scott, vice-président Technology Insurance Group, Chubb Insurance Company of Canada, « Year 2000 » Conversion Issue : Risk Management Realities », Conférence donnée dans le cadre des conférences de l'Institut d'assurance de dommages du Québec à Montréal, le 19 février 1998.
- Halfnight, Jamieson, « Y2K trigger issues : when and to what will an insurer be obligated to respond », conférences LEXPERT, Sheraton Centre Hotel, Toronto, vendredi, 16 octobre 1998.
- Institut d'assurance du Canada, C16 : L'industrie des assurances, « Le problème de l'an 2000 – Une bombe à retardement dans les ordinateurs », Addenda – août 1998.
- Insurance Council of Canada, « Notes forming part of the kit of IBC wordings for distribution à the IIO/ICC seminar held at Sheraton Centre Hotel, Toronto on April 28, 1998 », avec memo aux membres du conseil d'assurance du Canada de John Mitchell et Eve Patterson, 20 mai 1998.
- L'Association du Barreau Canadien, *Compte à rebours vers l'an 2000 – questions d'ordre juridique*, Communication de l'ABC, mai 1998.
- Le Journal de l'assurance, « L'an 2000, les informaticiens laissés sur le carreau », janvier 1998, p. 29.
- Le Soleil, « Bogue de l'an 2000, jour J sur Wall Street », 13 juillet 1998.
- LEDUC, Gilbert, « La population souffrira du bogue de l'an 2000 », *Le Soleil*, jeudi, le 4 juin 1998, p. A12.
- LIPSITT, Eric H., KAMP, James F., « Are you covered ? Companies should analyze insurance coverage as part of Y2K risk assessment », Wise & Marsac, attorneys and counselors.
- Margaret Fox, Mary, « Directors' and officers' liability – coverage for Y2K claims », conférences LEXPERT, Sheraton Center Hotel, Toronto, vendredi 16 octobre 1998.
- MCKENZIE, Gordon, « Stop the clocks », *The Review Worldwide Reinsurance*, August 1997, p. 13.
- MÉNARD, Yvon, premier vice-président J & H Marsh & McLennan, limitée, *Le problème du millénaire : la réaction de l'industrie de l'assurance aux problèmes du passage à l'an 2000*, texte de conférence donnée dans le cadre du colloque organisé par Insight Information Inc. « Problèmes informatiques liés à l'an 2000 ».
- Mew, Graeme, « The millenium risk : Comprehensive General Liability and All Risks Policies And The Year 2000 Challenge », conférences LEXPERT, Sheraton Centre Hotel, Toronto, vendredi, 16 octobre 1998.

- MEYER, Rauer L., HOCK, Steven L. (Johnson & Bridges), « Legal Issues And Risks Of The Year 2000 Problem ».
- PAQUIN, Guy, « Conversation à l'an 2000 – Municipalités, l'an 2000 coûte cher aux technophiles », *Les Affaires*, 12 septembre 1998.
- Peter Glusker and Richard Eisen vs Medical Manager Sales & Marketing, inc. and Medical Manager Corporation*, Superior Court of California, County of Santa Clara, Case No. CV775812.
- Rapport des membres du Groupe de travail de l'an 2000, « Appel à l'action », SOS 2000, février 1998.
- REA, Alison, « Does your computer need millennium coverage ? », *Business week*, March 10, 1997, p. 98.
- Reuters, « Insurers grapple with Y2K », *Business News from Wired News*.
- Robert Courtney, D.O. vs Medical Manager Corporation*, Superior Court of New Jersey, Atlantic County, Docket No. : ATLL 203198.
- SAUCER, Caroline, « Insurers Told to Rethink New Year 2000 Exclusions », *Best Week, P/C News – continued*, May 18, 1998, p. 8.
- SAUCER, Caroline, « Underwriting – The Millennium », *Best's Review*, mai 1997, p. 67.
- Seaboard Life Insurance Co. V. Babich* [1995] 10 W.W.R. 756 (British Columbia Supreme Court).
- SHAPIRO, Stacy, « Insurers may try to exclude cover for « Year 2000 » liabilities », *Business Insurance*, June 16, 1997, p. 24.
- SOLIS, Michel A., « L'an 2000, l'ordinateur et le droit », *L'info-Québec*, volume 22, no 4.
- STUJLMILLER, Mark J., « Can you hear the lawyers singing 'we're gonna party like it's 1999' ? – The Fiduciary Duty of Officers and Directors to become Year 2000 Compliant », 23 juillet 1998.
- The Canadian Bar Association, Addendum, *Countdown to 2000*, juillet 1998.
- The Canadian Bar Insurance Association, « Special bulletin on year 2000 », April, 1998.
- THERRIAULT, Alain, « Conversion à l'an 2000 – Bogue de l'an 2000 : les compagnies d'assurance hésitent à assurer les consultants », *Les Affaires*, 26 septembre 1998, p. 36.
- THERRIAULT, Alain, « Réassurance – Risque de l'an 2000 : l'industrie devra prendre une décision avant l'automne », *Le Journal de l'Assurance*, 18 août 1998, p. 18.
- Thompson's World Insurance News, « Insurers Ill-prepared for Year 2000; Report on computer problem finds », September 22, 1997.
- Thompson's World Insurance News, « Model wording of Y2K exclusions to be introduced at seminar this month », April 6, 1998, p. 5.
- TURGEON, Danielle, « Assureurs et banquiers ne prendront pas de risques – Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de hausse dans les demandes de prêts », *Les Affaires*, samedi, 23 mai 1998, p. B8.
- TURGEON, Danielle, « Conversion à l'an 2000 – Les causes de l'an 2000 gagnent les palais de justice », *Les Affaires*, 5 septembre 1998, p. 40.
- TURGEON, Danielle, « Conversion à l'an 2000 – Plusieurs doutent encore qu'un fiasco puisse se produire », *Les Affaires*, 5 septembre 1998, p. 29.

VICE, Patrick, « Risky business @ the millennium », Canadian Insurance, August 1997, p. 22.

VOWINKEL, Patricia, « Insurers expected to be hit by millennium bug losses », Yahoo! News, Financial headlines, 4 juin 1998.

Women's institute for fertility endocrinology and menopause and Pediatric associates of the main line, ltd vs Medical Manager corporation, No. 000410, Court of Common pleas Philadelphia County, Term, August 1998.

□ Notes

1. Favre, R. Gartner, Daniel et Wiest, R., « Le problème de l'an 2000, une bombe à retardement dans les ordinateurs », Compagnie Suisse de Réassurances, 1997, p. 2.

2. *Id.*, p. 1.

3. *Id.*

4. Swiss Re America, « The millennium Bug », Analysis of an exposure, p. 6.

5. *Id.*

6. *Id.*

7. *Produce Palace International ltd v. Tec-America Corp.*, No 97-3330-CK (Mich. Cir. Ct. Macomb Cty) (11 juillet 1997).

8. Le marchand réclamait pour plusieurs centaines de milliers de dollars – les parties ont réglé récemment pour 250 000\$: « In a First, Parties Settle a Year 2000 Suit », N.Y. Times, Sept. 14, 1998, p. C12; voir aussi Anderson, Eugène R. and Gold, J., « The Year 2000 bug and related insurance coverage issues », conférences LEXPERT, Sheraton Centre Hotel, Toronto, vendredi, 16 octobre 1998, p. 8.

9. No 172539 (Cal. Super. Ct., Marin Cty.).

10. Voir le site <http://www.2000law.com/lawsuits.html>, p. 3.

11. No CV7733646 (Cal. Super. Ct. Santa Clara Cty) (29 avril 1998).

12. *Op. cit.* note 10 et voir aussi *Faegenburg v. Intuit, inc.*, Supreme Court of the state of New York, County of Nassau (26 mai 1998).

13. Une décision a été rendue au mois de septembre dernier par un juge de Californie qui a rejeté la cause, car aucun des utilisateurs du logiciel n'avait subi de dommages et qu'aucune preuve de dommages n'aurait pu être faite avant qu'Intuit ait fourni une solution de rechange pour ses produits. Le juge a donc considéré que la cause était prématurée (voir Les Affaires, samedi, 12 septembre 1998).

14. Swiss Re America, *loc. cit.*, note 4, p. 6.

15. Turgeon, Daniel, « Conversion à l'an 2000 – plusieurs doutent encore qu'un fiasco puisse se produire », Les Affaires, Dossier spécial, samedi, 5 septembre 1998, p. 29.

16. *Id.*

17. Turgeon, Daniel, *loc. cit.* note 15. Ces statistiques ne sont données qu'à titre d'information, mais les données changent chaque jour. On retrouve de plus en plus d'articles consacrés au Bogue de l'an 2000 dans la plupart des quotidiens.

18. Turgeon, Daniel, *loc. cit.* note 15.

19. *Id.*

20. Lluelles, *Précis des assurances terrestres*, 2^{ième} édition, Les Édition Thémis, 1995, p. 3.

21. *Id.*, p. 5.

22. Lluelles, *op. cit.* note 20, p. 5.

23. Azzolini, Sylvana, Insurance Council of Canada, « Millennium bug : no one would insure a burning house, says Lloyd's Underwriter », May 13, 1998.

24. Anderson and Gold, *op. cit.* note 8, p. 6.
25. General Re Canada, « Le problème de l'an 2000 », juillet 1998, p. 6.
26. THERRIAULT, Alain, « Réassurance – Risque de l'an 2000 : l'industrie devra prendre une décision avant l'automne », *Le Journal de l'Assurance*, 18 août 1998, p. 18.
27. Rapport des membres du Groupe de travail de l'an 2000, « Appel à l'action », février 1998, p. 37
28. Bureau d'assurance du Canada, « Demandes d'indemnités à la suite de pannes d'ordinateur en l'an 2000 – Mise à jour no 1 », *Bulletin CEO* no 97-28, 26 juin 1997.
29. THERRIAULT, Alain, *loc. cit.* note 26; Raymond Medza, directeur général du BAC, explique que le libellé ne vient que clarifier une interprétation qui existe déjà. « En assurance des biens, on ne couvre que les dommages fortuits et accidentels. Toutefois, lorsque les polices sont sans exclusion spécifique, il pourrait y avoir des interprétations plus larges. C'est ce qu'on veut prévenir. »
30. THERRIAULT, Alain, *loc. cit.* note 26.
31. SHAPIRO, Stacy, « Insurers may try to exclude cover for « Year 2000 » liabilities », *Business Insurance*, June 16, 1997, p. 24; Therriault, *loc. cit.*, note 26, p. 20.
32. Les points 2.1.1, 2.1.2 et 2.1.3 sont inspirés d'un communiqué qui a été préparé par l'étude Robinson, Sheppard, Shapiro à l'attention des courtiers d'assurance, en mars 1998.
33. [1996] R.R.A. 332 : l'assuré, par l'intermédiaire de son courtier, avait obtenu une police d'assurance « *tous risques* ». La proposition ne prévoyait pas que la police contiendrait des exclusions. La note de couverture, elle, prévoyait que la couverture serait assujettie aux conditions de la police d'assurance qui serait émise subséquemment. L'assuré subit une perte visée par certaines des clauses d'exclusion. L'assuré poursuit en invoquant qu'il croyait être couvert sous une police d'assurance « *tous risques* », et que l'exclusion n'avait pas été portée à son attention. La Cour d'appel rendit jugement contre l'assureur parce que ce dernier n'avait pas rempli les conditions stipulées à l'article 2400 C.c.Q. L'assuré n'avait jamais reçu un document séparé identifiant les divergences entre la police et la proposition.
34. *Fletcher c. Société d'assurance publique du Manitoba*, [1990] 3 R.C.S. 1991 : dans cette affaire, l'agent avait omis d'offrir à l'assuré un avenant représentant une couverture supplémentaire, l'assureur a dû couvrir la perte.
35. Il existe certains produits sur le marché : voir Gahtan, Alan M., *The Year 2000 computer prices legal guide*, Carwell, Thompson Professional Publishing, 1998, p. 115-116 et Goring, James, *Insurance Issues*, Conference Insight, 1998, p. 15.
36. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 109-110.
37. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 110-111.
38. Voir article 2837 ss C.c.Q. et 2854 ss C.c.Q.
39. *Time-Bomb 2000*, Yourdon, Edward & Jennifer 1998 : prentice Hall, Inc., A simon & Schuster Company, Upper Saddle River, NJ et *The Problem with the Year 2000 A First Report*, 1997, American Insurance Association, Washington, D.C.; General Re Canada, *loc. cit.*, note 25, p. 2.
40. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 104.
41. Certaines polices peuvent couvrir ces coûts : « Loss Mitigation Costs », i.e. frais encourus pour minimiser une perte.
42. Gahtan, Alan, *op. cit.*, note 35, p. 107.
43. Et selon le fait que l'exclusion des erreurs d'interprétation de dates a été ajoutée ou non à la police. La question finira certainement par se poser à savoir jusqu'où les tribunaux accepteront de se rendre pour considérer qu'un dommage résulte « indirectement » d'une erreur d'interprétation de dates d'un équipement informatique au sens de l'exclusion...; Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 104-105.
44. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 105.
45. *Id.*

46. Gahtan, Alan M., *op. cit.* note 35, p. 105.
47. *Id.*, p. 104-105.
48. 893 F. Supp. 987.
49. La situation pourra être différente si l'ordinateur ne peut plus être utilisé : on pourrait alors affirmer qu'il y a ici perte d'un bien matériel (tangible).
50. À moins qu'à l'avenant d'exclusion des erreurs d'interprétation de dates n'ait été ajouté le mot « indirectement ».
51. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 108.
52. *Id.*
53. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 108.
54. Therriault, Alain, « L'an 2000 : les informaticiens laissés sur le carreau », *Le Journal de l'Assurance*, janvier 1998, p. 29.
55. Attention à l'effet du questionnaire rempli par l'assuré, voir *Supra*, section 2.1.4 : en répondant au questionnaire, l'assuré pourra prétendre qu'il a rempli son obligation de divulgation. Il pourra soutenir qu'il y a eu renonciation de l'assureur à obtenir plus d'informations.
56. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 111-112.
57. Gahtan, Alan M., *op. cit.*, note 35, p. 112.
58. Section 2.4.5, p. 20.
59. Nous avons examiné des textes d'avenants de plusieurs assureurs et avons constaté plusieurs différences au niveau du vocabulaire utilisé, de la définition des termes employés dans l'avenant et également dans l'étendue de chacun de ces avenants.
60. Bien que nous comprenions facilement la préoccupation des assureurs de vouloir se retirer d'un risque aussi incertain que celui de l'an 2000, nous constatons que certaines exclusions ont une portée très large et nous anticipons que les assurés voudront attaquer l'étendue de ces clauses en invoquant notamment l'argument de la clause abusive (art. 1437 C.c.Q.). Nous y reviendrons à la section suivante (voir *infra*, section 4).
61. Le texte de certaines exclusions applicables à la responsabilité civile des entreprises dont nous avons pu prendre connaissance contient le mot « prétendue » : « est exclue la responsabilité réelle ou prétendue découlant directement ou indirectement... ». On semble ici avoir voulu exclure la responsabilité alléguée dans une procédure afin de se défaire également de l'obligation de défendre...
62. « Compte à rebours vers l'an 2000 – Questions d'ordre juridique », Groupe de travail sur l'an 2000 de l'Association du Barreau canadien, mai 1998, p. 35-36.
63. *Id.*, p. 11.
64. *Id.*
65. Hyndman, Peter S., « Directors' and Officers' Liability and Shareholder Issues », Conférence LEXPERT, Sheraton Centre Hotel, Toronto, vendredi, 16 octobre 1998, p. 201-218.
66. *Id.*, p. 211.
67. Pour une étude plus approfondie des règles d'interprétation des contrats d'assurance, voir Moreau, Rémi, « L'interprétation des contrats d'assurance » (1997) 65, *Assurances*, p. 307.
68. *Exportation Consolidated Bathurst Inc. c. Mutual Boiler & Machinery*, [1980] 1 R.C.S. 888.
69. Voir *Canadian Indemnity Co. c. Canadian Johns Manville* [1990] 2 R.C.S. 549.
70. Anderson & Gold, *loc. cit.* note 8, p. 27.
71. Thouin, Me Marie-Chantal, « La théorie de l'attente raisonnable de l'assuré », *Assurances*, janvier 1997, p. 545-566.
72. Voir l'affaire *Nichols* [1990] 1 R.C.S. 801 et *Reno-Dépôt c. Boréal* [1996] R.J.Q. 46 (C.A.); voir *supra*, note 61.

73. Tarlo Lyons 1997, « Legal guidelines on millennium date change issues – User Guide », 23 juillet 1998, p. 5 : <http://www.year2000.com/archive/legalguide.html>.

74. « Compte à rebours vers l'an 2000 », Groupe de travail sur l'an 2000 de l'ABC, *op. cit.*, note 62, p. 37 à 40.

75. Tarlo Lyons 1997, *loc. cit.*, note 73, p. 43.

L'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION DANS LES QUARTIERS CENTRAUX, REDLINING ET CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

par Michel Gendron et Geneviève Choquette

RÉSUMÉ

L'accès à l'assurance habitation dans les quartiers centraux des grandes villes américaines constitue un enjeu économique et politique important. D'une part, l'accès à l'assurance habitation est une composante essentielle du processus de revitalisation urbaine et, d'autre part, les quartiers centraux étant souvent habités par des minorités ethniques ou des citoyens à plus faibles revenus, un problème d'accès soulève des questions quant à la discrimination raciale ou à la condition socio-économique. Dans les pages qui suivent, nous présentons une description et un bref historique du problème d'accès à l'assurance habitation et du *redlining* aux États-Unis ainsi qu'une revue de certains écrits théoriques et empiriques sur le sujet, aux États-Unis puis au Québec.

ABSTRACT

Access to affordable property insurance is an important economic and political issue in large US cities. It is not only essential for homeownership, business development, and urban redevelopment initiative but it is also important in trying to achieve fair housing and secure basic rights of citizens. This paper presents a description and a brief history of the problem of availability of homeowners insurance market, the redlining in the US and a literature review of theoretical and empirical research on this topic both in the US and the province of Québec.

Les auteurs :

Michel Gendron est directeur de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance de l'Université Laval.

Geneviève Choquette est professeure au département de Finance et Assurances de l'Université Laval.

L'accès à l'assurance habitation dans les quartiers centraux des grandes villes américaines constitue un enjeu économique et politique important.

D'une part, l'accès à l'assurance est une composante essentielle du processus de revitalisation urbaine et, d'autre part, les quartiers centraux étant souvent habités par des minorités ethniques ou des citoyens à plus faibles revenus, un problème d'accès soulève des questions quant à la discrimination raciale ou à la condition socio-économique.

De nombreuses études ont été réalisées aux États-Unis sur ce sujet, tant par les autorités réglementaires que par des groupes sociaux ou des chercheurs académiques. Bien que la majorité des études concluent à l'existence d'un problème d'accès à l'assurance habitation dans les quartiers centraux, les résultats de celles-ci sont contradictoires. En effet, certaines recherches associent le problème d'accès à l'assurance habitation au phénomène de discrimination territoriale (*redlining*) de la part des assureurs alors que d'autres attribuent le problème aux caractéristiques socio-économiques des quartiers visés.

Au Canada, le BAC, qui a mis sur pied une politique d'aide aux consommateurs qui ont de la difficulté à accéder à l'assurance, enregistre des plaintes quant au problème d'accès à l'assurance habitation. Ainsi, en 1996, 780 cas d'accès difficile à l'assurance, causés principalement par la fréquence des réclamations, le risque moral, le risque physique, l'aspect criminel, les fausses déclarations et le non-paiement de la prime, ont été enregistrés.

Deux études récentes ont cherché à caractériser l'accès à l'assurance habitation au Québec. Alors que l'étude du Bureau d'Animation et Information Logement du Québec Métropolitain (BAIL) et du Carrefour pour la Relance de l'Économie et de l'Emploi du Centre du Québec (CRÉECQ) concluait à l'existence de problèmes que l'on associe généralement au *redlining*, celle de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et de l'École d'Actuariat de l'Université Laval retenait plutôt le profil socio-économique comme cause potentielle d'un éventuel problème d'accès à l'assurance.

Dans les pages qui suivent, nous présentons une description et un bref historique du problème d'accès à l'assurance habitation et du *redlining* aux États-Unis ainsi qu'une revue de certains écrits théoriques et empiriques sur le sujet, aux États-Unis puis au Québec.

■ L'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION : REDLINING ET CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Historiquement, le terme *redlining* était appliqué aux banques, aux compagnies immobilières et aux compagnies d'assurance qui refusaient de fournir des services financiers aux résidents et aux entreprises des quartiers centraux afin d'éviter de mettre en danger leur situation financière. Ce terme évoquait le trait rouge que les institutions financières auraient tracé pour délimiter des régions géographiques bien précises.

Aujourd'hui, le concept de *redlining* n'est plus aussi clairement défini, puisque les pratiques discriminatoires sont moins évidentes en raison, entre autres, des lois anti-*redlining* adoptées dans 42 États américains. Certains s'en tiennent à une définition traditionnelle plus restrictive et considèrent que le *redlining* se limite au rejet de couvertures ou aux variations des termes des contrats sur la base de la race, de la couleur, de la religion, du statut familial ou de l'emplacement géographique du client, pour des raisons qui ne sont pas reliées au risque. D'autres préfèrent étendre la définition du *redlining* à toutes les pratiques discriminatoires allant de l'embauche des employés, aux pratiques d'investissement, en passant par la souscription et la tarification.

Pour les fins spécifiquement reliées à l'assurance, la *National Association of Insurance Commissioners* retient la définition suivante :

Making or permitting any unfair discrimination between individuals or risks of the same class and of essentially the same hazard by refusing to insure, refusing to renew, canceling, or limiting the amount of insurance coverage on a property or casualty risk solely because of the geographic location of the risk, unless such action is the result of the application of sound underwriting and actuarial principles related to actual or reasonably anticipated loss experience.

Les pratiques discriminatoires de *redlining* conduisent évidemment à l'observation de plus faibles proportions d'assurés dans les quartiers touchés. Il n'y a cependant pas que le *redlining* qui produise cette conséquence. Des mauvaises conditions sociales et économiques peuvent aussi entraîner de plus faibles proportions d'assurés, soit en raison des faibles revenus ou de l'âge et de l'état des édifices qui commandent des primes plus élevées selon des facteurs de tarification reconnus.

Discrimination injustifiée ou pratiques de tarification légitimes ? La question demeure. Pour l'industrie, la décision de refuser d'assurer un résidant de quartier central découle de considérations financières et n'est pas une pratique injustement discriminatoire. Les assureurs affirment que les immeubles de ces quartiers sont généralement vieux, qu'ils ne rencontrent pas les normes de sécurité, que les taux de criminalité sont élevés et que, par conséquent, les disparités dans les taux et dans les couvertures sont reliées aux risques perçus. Cette explication ne satisfait cependant pas les résidants de ces quartiers. Le fait que les quartiers mal desservis soient constitués de familles à faible revenu ou de minorités visibles ont amené les groupes sociaux à croire que les assureurs ne discriminaient pas uniquement sur la base du risque mais également sur celle de la race et de l'emplacement géographique.

Plusieurs études ont été menées et plusieurs indicateurs statistiques ont été utilisés dans le but d'éclaircir la situation et de trouver des preuves de discrimination raciale et géographique. Cependant, puisqu'il existe un grand nombre de facteurs justifiant une discrimination entre les risques sur la base des principes de tarification en assurance habitation, il devient difficile de prouver une discrimination injustifiée. En l'absence de preuves irréfutables de discrimination injustifiée mais en présence d'un problème d'accès à l'assurance qui contribue à la détérioration des quartiers centraux, les groupes sociaux demandent aux États d'interdire l'utilisation de certains facteurs de tarification. Les assureurs affirment que ces facteurs sont légitimes et essentiels et que vouloir les abolir serait une incompréhension des principes économiques des marchés et de la théorie de l'assurance. Les plaintes de discrimination raciale et géographique seraient d'après eux engagées dans le but d'attaquer un problème social de pauvreté et de criminalité dont ils ne sont pas les seuls responsables et que l'assurance ne devrait pas être un outil de redistribution des revenus et d'implantation de politiques sociales.

Le problème d'accès à l'assurance est donc un sujet d'actualité et les enjeux sont majeurs pour les assureurs qui craignent la réglementation et pour les organismes sociaux et les résidants qui craignent que la détérioration des quartiers s'accroisse. L'importance de détenir de l'assurance pour les propriétaires de maisons ou d'immeubles, pour les commerçants et pour le renouvellement du tissu urbain fait également de ce problème d'accès à l'assurance une préoccupation économique centrale pour l'ensemble des communautés.

Avant de présenter différentes études américaines sur le sujet, jetons un bref coup d'œil sur l'historique du phénomène de *redlining* aux États-Unis.

■ HISTORIQUE DU PHÉNOMÈNE DE REDLINING AUX ÉTATS-UNIS

L'existence du *redlining* ainsi que celle des problèmes d'accès à l'assurance ne sont pas des phénomènes nouveaux. Ceux-ci seraient même, selon Mark Feldstein¹, presque aussi vieux que l'Amérique. Les premières manifestations majeures de ces problèmes remontent aux années 1965 à 1969 alors que plusieurs villes américaines étaient confrontées à des émeutes raciales généralisées dont les dommages se sont élevés à plus de 216 millions de dollars. Selon un rapport du département d'assurance de l'Illinois présenté en 1981, c'est à ce moment que des compagnies d'assurance commencèrent à annuler et à ne pas renouveler les polices d'assurance des résidents des quartiers où les risques d'émeutes étaient élevés en raison des pertes subies dans ces quartiers lors de ces événements.

La plupart des États ont par la suite longtemps hésité avant de permettre aux compagnies d'assurance d'augmenter les primes dans les quartiers urbains en raison des lois qui avaient été votées pour interdire cette pratique avant les événements. Ceci entraîna un problème d'accès à l'assurance, puisque les politiques de souscription des compagnies incluaient généralement la possibilité de rejeter les demandes ayant précédemment été annulées par un autre assureur. Ne pouvant augmenter les primes, les assureurs refusaient donc les clients des quartiers centraux, généralement plus sujets aux émeutes.

En 1968, le président Lyndon Johnson commanda la première commission spéciale sur le sujet, connue sous le nom de *Kerner Commission*. Son objectif était d'enquêter sur le problème d'accès à l'assurance. Le résultat général qui ressortit du rapport de la commission était le suivant : « ...sans assurance, les entreprises se détériorent, par conséquent, les biens et les services offerts ainsi que les emplois diminuent. Les efforts pour reconstruire les quartiers centraux des villes ne peuvent se poursuivre ainsi puisque les communautés sans assurance sont des communautés sans espoir. »² On projeta alors de mettre sur pied un programme dont l'objectif

serait de supporter les assureurs qui sentaient le besoin d'être protégés en cas de pertes extraordinaires telles que celles survenues en 1965. Au cours de la même année, le Congrès américain adopta donc le *Urban Property Protection and Reinsurance Act* dans le but d'améliorer les conditions économiques des communautés touchées. Ce programme fédéral de réassurance encouragea les États à créer des programmes tel que le FAIR plan (Fair Access to Insurance Requirements)³, ainsi que d'autres mécanismes de partage des risques, en échange d'une protection gouvernementale en cas de catastrophe. Ceci devait permettre aux résidents des quartiers centraux d'accéder à l'assurance. Le programme fédéral de réassurance fut cependant rapidement remplacé (en 1983) par le marché privé de la réassurance mais les FAIR Plans et les autres programmes liés au marché résiduel existent encore.

Toujours en 1968, le *Fair Housing Act* fut adopté suite au décès de Martin Luther King Jr. Celui-ci était conçu pour empêcher la discrimination sur la base de la race, de la couleur, de la religion, du sexe, du statut familial et des origines ethniques en matière d'habitation. Le terme assurance n'étant pas spécifiquement mentionné dans cette définition, plusieurs débats ont eu lieu et ont toujours lieu au sujet de l'applicabilité de cette législation aux compagnies d'assurance. En l'absence d'une décision officielle des autorités, l'application du *Fair Housing Act* aux compagnies d'assurance est une violation du *McCarren-Ferguson Act* qui attribue la réglementation de l'industrie de l'assurance aux États, à moins que le fédéral légifère autrement. Le *Housing and Urban Development Department* (organisme fédéral), qui veut depuis longtemps interdire l'utilisation de certains facteurs de tarification qu'il croit discriminatoires, a d'ailleurs maintes fois tenté de faire inclure le terme « assurance » dans le *Fair Housing Act* depuis sa création. Le cas échéant, l'utilisation de facteurs de tarification qui pénalisent systématiquement les résidents des quartiers urbains serait interdite et ce, même si l'utilisation de ces facteurs est justifiée du point de vue actuariel. Le *Housing and Urban Development Department* a également tenté de se voir attribuer plus d'autorité en matière d'assurance. À chaque reprise, le Congrès américain a rejeté ses demandes. Le *Housing and Urban Development Department* est encore aujourd'hui un des organismes les plus impliqués dans la lutte contre le *redlining* et réclame toujours l'application du *Fair Housing Act* aux compagnies d'assurance.

Les problèmes d'accès à l'assurance refirent surface en 1992 suite à une nouvelle gamme d'émeutes survenues à Los Angeles. Certaines petites entreprises détruites par le feu et le pillage ne

purent redémarrer leurs activités en raison des assurances inadéquates qu'elles possédaient. Au même moment, les groupes sociaux commencèrent à accuser l'industrie de l'assurance de délibérément agir de façon discriminatoire à l'égard des résidents des quartiers centraux. Pour prouver l'existence du *redlining*, ils citèrent la difficulté à obtenir de l'assurance dans les communautés urbaines où les maisons sont généralement plus vieilles et le fait que les propriétaires de ces maisons obtiennent presque uniquement des polices d'assurance fournissant la valeur au jour du sinistre plutôt qu'une assurance valeur à neuf.

L'industrie de l'assurance avait, depuis ces derniers événements, bien survécu aux accusations de discrimination raciale et géographique, mais la participation plus active des groupes de consommateurs dans le débat et l'entrée en jeu de la Cour fédérale en ce qui concerne certaines plaintes officielles enregistrées contre des compagnies d'assurance raniment le débat aux États-Unis. Au Québec, l'établissement par le BAC en 1996 d'une politique d'aide aux consommateurs qui ont des difficultés à accéder à l'assurance, l'étude du BAIL et du CRÉECQ, réalisée en 1995, ainsi que celle de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et de l'École d'Actuariat de l'Université Laval, réalisée en 1997, sont des indications que la question du *redlining* pourrait devenir un problème d'actualité.

■ QUELQUES ÉTUDES AMÉRICAINES

Comme mentionné précédemment, deux lignes de pensée ont émergé de la controverse qui entoure l'identification des causes du problème d'accès à l'assurance dans les quartiers centraux des villes américaines. La première, issue des consommateurs et des groupes sociaux, repose sur la conviction que les problèmes d'accès à l'assurance proviennent de pratiques discriminatoires de la part des assureurs (*redlining*) et qu'ils pourraient entre autres être éliminés par la réglementation de certains facteurs de tarification. La deuxième, populaire au sein de l'industrie de l'assurance, stipule que les problèmes d'accès découlent des mauvaises conditions sociales et économiques des quartiers centraux et que les facteurs de tarification utilisés par les assureurs sont justifiés.

Les études qui portent sur la problématique de l'accès à l'assurance dans les quartiers centraux des villes américaines peuvent être divisées suivant ces deux lignes de pensée. Des études concluant à

l'existence de pratiques discriminatoires seront d'abord exposés. Des études suggérant le maintien des facteurs de tarification seront ensuite exposées.

□ **Pratiques discriminatoires et *redlining***

Il existe plusieurs études américaines qui concluent à l'existence du *redlining*. Nous avons choisi de présenter ci-dessous trois études que nous considérons représentatives soit celle de Squires & Vélez (1987), ACORN (1993) et Schultz (1995).

La première étude, réalisée par la *U.S. Commission on civil rights* et par la *Faculty at the University of Wisconsin-Milwaukee* (Squires & Vélez), compare le nombre de polices d'assurance souscrites dans certaines régions par rapport à plusieurs variables démographiques, en utilisant le coefficient de corrélation Pearson. Les résultats démontrent que le nombre de polices d'assurance souscrites est plus associé à la race qu'au revenu, à l'âge, à la condition de la maison et au taux de criminalité, et ce, même une fois que les variables reliées à la condition financière, à la condition de la propriété et à d'autres facteurs de risque ont été contrôlées. Ces variables ont été contrôlées puisque ce sont des facteurs de tarification justifiés qui influencent le nombre de polices souscrites mais qui ont aussi tendance à pénaliser davantage les communautés noires. Si non contrôlées, ces variables pourraient compter pour une partie des résultats reliés à la variable « race » qui ont été obtenus. Les résultats ne seraient alors pas uniquement reliés à la discrimination intentionnelle mais également à l'application de facteurs de tarification justifiés. La raison invoquée par l'auteur pour expliquer ces résultats est la plus grande possibilité de profits pour les agents s'ils font des affaires dans les quartiers où les valeurs des propriétés sont grandes et où les revenus sont plus élevés.

Un des co-auteurs de ce premier article, Gregory D. Squires, professeur de sociologie et membre du *Urban Studies Programs Faculty* de l'Université du Wisconsin-Milwaukee, est un chercheur très engagé dans la lutte contre le *redlining*. Il est d'ailleurs, depuis les deux dernières années, consultant au *Housing and Urban Development Department (HUD)*, pour les affaires reliées aux politiques discriminatoires des institutions financières. Il est aussi membre du *Consumer Advisory Council of the Federal Reserve Board*.

À partir des résultats de son étude, Squires dénonce premièrement l'utilisation de règles de souscription subjectives qui sont, d'après lui, rarement justifiées par des données d'expérience de

perdes. Il dénonce également l'objectif de la maximisation des profits par les assureurs puisqu'il s'opère, selon lui, au détriment de la protection et de la revitalisation des quartiers centraux. Le *redlining*, dont l'existence est, selon Squires, prouvée par ces deux études, contribue à la concentration de la pauvreté et à la détérioration des milieux urbains.

Squires prône donc la mise sur pied de réglementations obligeant la divulgation obligatoire par les assureurs de données sur l'emplacement géographique des clients ainsi que l'application du *Federal Fair Housing Act* aux compagnies d'assurance. En effet, une réglementation fédérale est selon lui essentielle puisque les commissaires d'assurance des États entretiennent généralement de bonnes relations avec le milieu de l'assurance et que, par conséquent, peu de considérations sont portées aux consommateurs.

La deuxième étude retenue, celle réalisée par l'*Association of Community Organization for Reform Now (ACORN)* au Missouri en 1993, visait quant à elle à prouver l'existence de problèmes d'accès à l'assurance habitation par l'étude des taux, des primes et des expériences de pertes. Les résultats de l'étude montrent que la prime moyenne payée par les Noirs à faibles revenus pour 1 000 \$ de couverture est supérieure de 1,45 \$ à celle payée par les Blancs à faibles revenus.

Une troisième étude, complémentaire à celles décrites plus haut, a été réalisée en 1995 à St-Louis par un économiste du département d'assurance du Missouri, Jay D. Schultz. Les résultats et la méthodologie de l'étude sont présentés dans l'article *An analysis of agent location and homeowners insurance availability*, publié dans le *Journal of Insurance Regulation*.

Pour démontrer l'existence de problèmes d'accès à l'assurance causés par le *redlining* dans certains quartiers, l'auteur croyait essentiel de vérifier si les compagnies d'assurance évitaient effectivement ces quartiers. De façon pratique, cela impliquait de mesurer la présence des assureurs dans certaines régions géographiques en analysant l'emplacement des courtiers et des agents. La présence physique de compagnies d'assurance et de bureaux d'agents dans une région donnée est, selon l'auteur, un bon indicateur de l'existence du *redlining*. En effet, Squires, Vélez & Taeuber (1991) ont démontré qu'il existe une relation positive entre le nombre d'agents présents dans une région et le nombre de polices d'assurance qui y sont vendues. La présence physique d'agents augmente donc l'espérance de ventes à de nouveaux clients dans cette région et montre ainsi l'intérêt de l'assureur pour celle-ci.

L'objectif de cette troisième étude était donc de tester l'hypothèse que la composition raciale et le revenu des résidents de certaines communautés affectent l'emplacement des agents et ce, indépendamment des facteurs économiques et des principes fondamentaux de l'assurance. Un modèle de régression multivariée a été utilisé. La variable dépendante employée était le nombre d'agents de la compagnie et de courtiers faisant des affaires avec cette compagnie dans une région donnée. Les variables indépendantes économiques et démographiques étaient les suivantes : le pourcentage de propriétés construites avant 1950, le revenu moyen, le nombre d'habitations occupées par leurs propriétaires, le pourcentage de propriétés valant moins de 35 000 \$, le pourcentage de la population représentant les minorités visibles et le ratio de profitabilité (montant des primes par rapport aux pertes) de la région. Deux facteurs de tarification ont aussi été introduits comme variables indépendantes, c'est-à-dire les propriétés construites avant 1950 et les propriétés valant moins de 35 000 \$, puisque ce sont des facteurs qui éliminent généralement une grande proportion des candidats de quartiers possiblement visés par le *redlining*. En effet, les propriétés sont en moyenne plus âgées et valent moins dans les quartiers pauvres et/ou habités par des minorités visibles. Ces deux facteurs étant susceptibles d'influencer l'emplacement géographique des agents, ils ont donc été contrôlés dans le modèle. Ils sont d'ailleurs les plus visés par les demandes de réglementation des groupes sociaux.

L'hypothèse testée n'a pu être rejetée. En effet, l'étude montra que le nombre d'agents et de courtiers dans une région diminue quand le pourcentage de résidents issus de minorités augmente et le que le revenu moyen diminue. Même après avoir contrôlé pour l'effet de certaines variables économiques et démographiques, comme l'âge et la valeur des propriétés, le nombre de propriétés occupées par les propriétaires et la rentabilité de la région, une relation négative entre le nombre d'agents et la taille de la population des minorités visibles est observée. Ces résultats indiquent qu'une des raisons expliquant le problème d'accessibilité dans les quartiers centraux de St-Louis est le fait que les compagnies d'assurance ne sont pas physiquement présentes. Les agents et les courtiers sont plus présents et offrent plus de choix aux résidents des quartiers de Blancs dont la moyenne des revenus est plus élevée.

De plus, la relation entre le nombre de courtiers et agents dans une région et le ratio de profitabilité ne s'est pas avérée significative. Étant donné l'objectif de maximisation des profits que poursuivent, comme les autres institutions, les compagnies d'assu-

rance, l'auteur s'attendait à obtenir une relation fortement significative. Ce résultat indique que le ratio de profitabilité n'est pas un déterminant significatif du nombre d'agents et courtiers dans une région. On ne peut donc pas justifier le faible nombre d'agents dans une région par le fait que le montant des réclamations soit trop élevé par rapport aux primes perçues.

Outre ces trois études réalisées par des organismes sociaux et des institutions académiques, d'autres recherches qui corroborent l'explication du *redlining* comme cause des problèmes d'accès à l'assurance dans les quartiers centraux ont également été réalisées par les départements d'assurance de différents États (e.g. *California Department of Insurance* [1994], *Illinois Department of Insurance* [1994], *Minnesota Department of Insurance* [1994], *North Carolina Department of Insurance* [1993] et du *Texas Department of Insurance* [1994]).

Finalement, une autre source d'information pour l'étude du *redlining* aux États-Unis est le livre *Insurance Redlining : Disinvestment, Reinvestment, and the Evolving Role of Financial Institution* édité par Gregory D. Squires en 1997 qui constitue un recueil de textes sur le sujet.

Trois des textes présentés dans ce volume (*Availability and affordability problems in urban markets*, Klein [1997], *Homeowners insurance availability and agent location*, Schultz [1997] et *Documenting discrimination by homeowners insurance companies through testing*, Smith et Cloud [1997]) exposent les résultats d'études empiriques sur la présence de problèmes d'accès à l'assurance ainsi que sur l'existence du *redlining* alors que d'autres textes discutent de l'applicabilité de certaines lois comme le *Federal Fair Housing Act*, des solutions possibles ainsi que des développements récents.

Conditions socio-économiques

Bien que certains aient identifié le *redlining* comme étant en partie responsable des problèmes d'accès à l'assurance, d'autres y voient plutôt un problème socio-économique dont les assureurs ne sont pas responsables. C'est le cas de la *National Association of Independent Insurers (NAII)*, dont le vice-président, John C. Lobert, a présenté le point de vue lors de la conférence annuelle de la *Society of Insurance Research*. Cette allocution a été reproduite dans *Research Review* (1996). Les opinions des partisans de cette théorie et les études qui l'appuient sont maintenant présentées.

Devant les accusations de discrimination et de participation à la dégradation des quartiers centraux, la NAII admet qu'il peut exister des cas où certains consommateurs sont traités injustement et illégalement par des agents ou des assureurs. Cependant, elle fait aussi remarquer que le système américain, basé sur une réglementation qui se fait au niveau des États, fournit des moyens pour redresser la situation. Il existe en effet, pour chacun des États, un ensemble de lois et de réglementations qui visent à protéger le consommateur de toute discrimination illégale et injustifiée. Ces lois interdisent, entre autres, aux assureurs de s'engager dans des pratiques de discrimination injustifiées, c'est-à-dire sur la base de la race, du sexe, de la couleur, de la religion, de l'ethnie et de l'emplacement géographique du consommateur. Il existe de plus des lois de droit civil déterminant les recours qui peuvent être entrepris par les consommateurs qui se croient victimes de discrimination.

La NAII prétend que les partisans de l'élimination du *redlining*, qui prônent le redressement du système de réglementation, ne comprennent pas les fondements économiques des marchés libres et les principes sur lesquels la théorie de l'assurance est fondée. Ceux-ci préfèrent, selon la NAII, voir le marché libre de l'assurance disparaître au profit d'un système socialiste contrôlé par le gouvernement. Le fait est que, selon l'association, le problème provient d'une situation socio-économique de pauvreté et de criminalité et non de facteurs de tarification injustifiés, et que, dans ce contexte, l'assurance n'est pas en cause et ne devrait pas servir à la redistribution des richesses. Selon la NAII, l'âge et la valeur du bâtiment sont effectivement des facteurs qui peuvent pénaliser certains groupes en raison de leur profil socio-économique, mais la réglementation ou l'abolition de ces facteurs n'est pas la solution puisqu'ils sont parfaitement justifiés et essentiels pour maintenir la rentabilité de l'industrie.

La NAII précise également que les plaignants ne le font généralement pas en raison d'un problème d'accès à l'assurance mais plutôt parce qu'ils doivent, pour trouver une police, être assurés par un « pool » d'assureurs qui se partagent les risques (Fair Plans) au lieu d'un seul assureur direct. L'ironie de cette situation réside dans le fait que les plaintes sont donc généralement enregistrées par rapport à une facette du système qui a été mise sur pied justement pour apaiser les préoccupations du public quant aux problèmes d'accès à l'assurance soulevés par les groupes sociaux.

L'*American Insurance Association (AIA)*, également préoccupée par les accusations de *redlining* et consciente du rôle de l'assurance dans la conservation de la santé financière des résidents

des quartiers urbains, a elle aussi commandé, en 1993, une étude basée sur un questionnaire qu'elle avait créé. L'étude portait sur les problèmes d'accès à l'assurance chez les propriétaires résidants de quartiers centraux de six villes américaines (Atlanta, Chicago, Cleveland, Los Angeles, Philadelphie et New York). De façon générale, l'étude a démontré qu'il n'y avait pas de problème d'accès à l'assurance pour les six villes sondées et qu'une police d'assurance est « très facile » et « assez facile » à obtenir pour la majorité des cas. Au cours des cinq dernières années, peu de répondants ont essuyé des refus et ce, peu importe le type de police demandé. Un pourcentage encore plus faible de polices a été annulé ou non renouvelé.

En s'appuyant sur une autre recherche⁴ du même type, l'étude indique que le pourcentage de propriétaires urbains détenant un contrat d'assurance est comparable à celui des banlieues et des zones rurales. De plus, les raisons invoquées par les propriétaires qui ne détiennent pas d'assurance sont les contraintes économiques et le choix personnel de ne pas en détenir, et non le fait de ne pas avoir trouvé d'assurance. L'étude démontra aussi que moins de 2 % des propriétaires sondés ne détiennent pas de polices d'assurance, qu'il n'y a pas de différence significative entre les polices détenues par des Noirs et par des Blancs, en terme de couverture, et que seulement 3 % des répondants ont indiqué avoir été mis au courant que certains résidants de leur quartier avaient des problèmes d'accès au marché de l'assurance.

Beemer (1995) a réalisé une étude pour *Best's Review* sur les problèmes d'accès à l'assurance des quartiers centraux de Houston, Los Angeles, Miami, New York et Washington. Le but de l'étude était de déterminer à quel niveau les assureurs comblaient les besoins des résidants de minorités visibles des quartiers centraux. Un sondage téléphonique a permis de rejoindre plus de 200 d'entre eux.

La conclusion majeure que les chercheurs ont tirée du sondage est la suivante : ceux qui veulent de l'assurance en ont⁵. Toutefois, la majorité des répondants croient quand même que les compagnies d'assurance discriminent injustement dans leurs communautés et ce, même s'ils ne sont pas eux-mêmes des victimes. Ainsi, bien que 95,7 % des répondants n'aient jamais essuyé de refus, la perception du *redlining* existe pour plusieurs minorités. De plus, la plupart des répondants à qui l'on a refusé de l'assurance admettent que cela était pour des raisons valables.

Le sondage révèle également l'existence d'un potentiel de ventes plus important que ce que les assureurs croient généralement. Près de 69 % des répondants ont en effet répondu que l'assurance est très importante pour eux et leur famille et 22,7 % affirment que l'assurance est importante.

L'auteur suggère finalement aux assureurs de prendre conscience que ces consommateurs sont excessivement sensibles aux prix. En effet, bien qu'ils désirent détenir de l'assurance, leurs faibles revenus annuels (en moyenne de 25 000 \$ par an) font qu'ils ont aussi à tenir compte d'un budget généralement très serré. Les compagnies qui veulent atteindre ces marchés doivent tenir compte de ces facteurs.

■ SOLUTIONS PROPOSÉES AU PROBLÈME D'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION

Le tableau 1 présente une comparaison des différentes études sur l'accès à l'assurance dans les quartiers centraux des villes américaines en mettant en évidence les disparités entre les objectifs, les méthodologies, les résultats et les conclusions de celles-ci.

Le tableau illustre encore une fois les divergences d'opinions quant aux causes exactes du problème d'accès à l'assurance, s'il en est un.

Cependant, la majorité des auteurs s'entendent pour dire que la difficulté à mesurer le problème et à identifier les causes ne devrait pas freiner l'implantation de mesures correctrices puisqu'un problème d'accès peut alimenter le déclin économique des quartiers centraux et augmenter les coûts sociaux reliés aux quartiers affectés.

La NAIC a produit un inventaire détaillé de l'ensemble des solutions possibles au problème d'accès à l'assurance, qu'elles soient relatives à l'une ou l'autre des causes possibles du problème, dans son document *Improving Urban Insurance Markets : a handbook of available options*, produit par le *Insurance Availability and Affordability Task Force*. Notons que le NAIC suggère que les solutions soient étudiées avec soin avant leur implantation et que la solution choisie soit adaptée à la gravité de la situation.

Les recommandations qui sont présentées dans ce document sont regroupées en quatre sections selon le degré d'intervention de

TABLEAU I
COMPARAISON DES OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIES, RÉSULTATS
ET CONCLUSIONS DES PRINCIPALES ÉTUDES RÉALISÉES
AUX ÉTATS-UNIS

	ACORN (1993)	BEEMER (1995)	SQUIRES (1987)	SCHULTZ (1995)	AIA (1993)
OBJECTIF	Vérifier l'existence du <i>redlining</i>	Vérifier l'existence d'un problème d'accès et du <i>redlining</i>	Vérifier l'existence du <i>redlining</i>	Vérifier l'existence du <i>redlining</i>	Vérifier l'existence d'un problème d'accès et du <i>redlining</i>
MÉTHODOLOGIE	Analyse des taux, des primes et des expériences de pertes	Sondage	Régression multi-variée pour identifier les variables déterminantes du nombre de polices souscrites	Régression multi-variée pour identifier les variables déterminantes de l'emplacement des agents	Sondage
RÉSULTAT	Prime moyenne des Noirs à faibles revenus supérieure à celle des Blancs à faibles revenus.	<ul style="list-style-type: none"> - Ceux qui veulent de l'assurance en ont - 95,7 % n'ont jamais essayé de refus 	Nombre de polices souscrites plus associé à la race qu'au revenu, à l'âge, à la condition de la maison et au taux de criminalité	Nombre d'agents diminue quand le pourcentage de résidents de minorités augmente et que le revenu moyen diminue	<ul style="list-style-type: none"> - 98 % des propriétaires sont assurés - pas de différence entre les polices des Noirs et des Blancs
CONCLUSION	Présence de <i>redlining</i>	Pas de problème d'accès, pas de <i>redlining</i>	Présence de <i>redlining</i>	Présence de <i>redlining</i>	Pas de problème d'accès, pas de <i>redlining</i>

l'État qu'elles impliquent. Nous résumons maintenant les recommandations de la NAIC.

I. Interventions limitées

Cette section regroupe les recommandations qui se basent sur le fait que peu d'imperfections de marché existent. L'État n'intervient donc que dans le but de corriger celles qui persistent et qui empêchent le marché de l'assurance de fonctionner adéquatement et de fournir une protection à tous, à un prix reflétant le risque réel du bien assuré. L'accent devrait ainsi être mis sur la réduction des barrières à la compétition ainsi que sur la maximisation des profits et la réduction des coûts. La réglementation ne devrait être centrée que sur le maintien d'une compétition équitable et sur l'interdiction de pratiquer une discrimination injustifiée.

Solution 1 : Forums d'information

Les informations qui peuvent être tirées des données et des analyses statistiques sont limitées et fournissent une information incomplète quant aux problèmes d'accès à l'assurance dans les quartiers centraux des villes. Par conséquent, l'organisation de forums, de rencontres communautaires et de sondages, dont le but est d'obtenir des informations de nature qualitative sur le marché de l'assurance en milieu urbain, serait une activité susceptible de fournir aux assureurs une information plus précise sur le risque que représentent les quartiers centraux.

Solution 2 : Souplesse dans la tarification et la classification

Une deuxième suggestion serait l'assouplissement plutôt que le renforcement des réglementations en matière de tarification. Selon plusieurs économistes, il est préférable de laisser aux compagnies la liberté d'établir leur tarification, leur classification et le découpage des territoires. Ils argumentent qu'une compétition parfaite au niveau du système de souscription améliorerait l'accessibilité à l'assurance pour les résidents des quartiers centraux. Ils suggèrent donc de limiter l'intervention du législateur au strict minimum et de faire confiance au marché.

Solution 3 : Implantation de programmes d'assistance du marché ou de partenariat

L'objectif de ces programmes volontaires est de permettre aux particuliers et aux assureurs de se rejoindre. Le principe d'un système type d'assistance de marché est de fournir un moyen aux

consommateurs de trouver un assureur suite à l'implantation d'un système par l'intermédiaire duquel un certain nombre d'assureurs se partagent à tour de rôle les risques non placés. Les programmes d'assistance de marché sont généralement instaurés de façon temporaire pour résoudre un problème d'accès relié à un type spécifique d'assurance et sont abandonnés lorsque le problème est partiellement résolu. Un groupe formé d'associations de quartier, d'assureurs, d'agents et de fonctionnaires publics peut contribuer au fonctionnement du système. Ces programmes peuvent être fondés sur l'établissement de liens de partenariat entre les intervenants. Des campagnes de prévention peuvent être mises sur pied pour sensibiliser les habitants du quartier.

Solution 4 : Implantation de centres d'information sur l'assurance

Les centres communautaires d'information sur l'assurance ont comme objectif de conscientiser les résidents des quartiers centraux à l'importance de détenir de l'assurance et aux moyens de réduction des risques disponibles, pouvant améliorer leur éligibilité. Ces centres peuvent également servir d'intermédiaires entre les clients et les assureurs lors de situations problématiques comme une annulation ou un non-renouvellement d'assurance. Ces centres ont pour mission de réduire l'écart entre l'information détenue par les consommateurs et celle détenue par les assureurs pour améliorer significativement la compétition et le fonctionnement du marché.

Solution 5 : Favoriser les innovations dans la conception des contrats

La réglementation pourrait permettre plus de flexibilité aux assureurs dans la conception des contrats d'assurance de façon à mieux servir les besoins des assurés en augmentant l'offre d'assurance. Ces polices pourraient permettre aux résidents des quartiers centraux de se munir de couvertures mieux adaptées à leur exposition aux risques et à leur situation économique, pour ainsi améliorer l'accès et le coût de l'assurance. Voici quelques exemples de contrats qui pourraient être disponibles pour les résidents des quartiers centraux : assurance de groupe pour réduire différents frais (le groupe serait formé des membres d'une association de quartier par exemple), contrats avec des franchises plus élevées, contrats avec prestations modifiées, etc.

Solution 6 : Amélioration de l'information détenue par les assureurs sur les centres urbains

L'obstacle majeur à l'amélioration de l'accessibilité au marché de l'assurance est le manque de connaissances et d'information. Les compagnies ou les agents qui posent des hypothèses incorrectes quant au potentiel économique des quartiers centraux, qui supposent que les résidents des régions ethniques ou à faible revenu ne sont pas des bons candidats, qu'ils n'ont pas les moyens de se payer de l'assurance ou qu'ils n'ont pas besoin d'assurance, ont pu baser leurs hypothèses sur des informations désuètes ou erronées en raison de l'accès difficile à l'information. Par conséquent, il est suggéré d'accroître l'information disponible sur les marchés urbains afin de réduire certaines hypothèses injustifiées à l'égard de ces milieux, pour ainsi diminuer les barrières à l'entrée et sensibiliser les assureurs à l'importance d'une information adéquate. Cela peut être possible par la mise sur pied d'une banque de données centrale à laquelle participeraient tous les assureurs concernés.

Solution 7 : Renforcer la compréhension du consommateur des prix, des produits, des pratiques et de la qualité des services fournis par les assureurs

Plusieurs analystes croient que les consommateurs ont de la difficulté à évaluer les prix, les couvertures, la qualité financière et la qualité des services offerts par les différents assureurs. Les résidents des quartiers centraux sont d'autant plus susceptibles d'avoir à faire face à de tels problèmes en raison du niveau d'éducation généralement moins élevé, des différentes langues parlées et des différences culturelles. Ces problèmes, si non résolus, peuvent amener les résidents à faire des choix qui ne sont pas optimaux. Dans un premier temps, deux types de programmes peuvent être mis de l'avant par les départements d'assurance des États et les groupes de consommateurs. On pense d'abord aux programmes généraux d'éducation/information qui amélioreraient la compréhension du marché et des moyens de magasiner de l'assurance. On pense ensuite aux programmes spécifiques d'information sur les prix, les produits et la qualité. En ciblant spécifiquement les habitants des centres urbains, on augmenterait les chances que les objectifs de sensibilisation soient atteints.

En plus de l'implantation de programmes d'information, le fait de rendre public le processus de réglementation auquel doivent se conformer les assureurs serait aussi un moyen de sensibiliser les consommateurs quant aux pratiques illégales qui pourraient s'opérer présentement dans le marché.

De plus, la divulgation publique obligatoire pour les assureurs du nombre de polices vendues par codes postaux, de certaines informations démographiques, des critères de souscription utilisés et des données relatives aux pertes subies, permettrait à l'industrie de se faire justice elle-même, aux consommateurs d'être informés des pratiques des assureurs et elle aurait un impact sur leurs comportements dans le marché. Cependant, cette possible divulgation obligatoire est fortement contestée par les assureurs qui croient que les critères de souscription et les données de pertes sont des facteurs par rapport auxquels les compagnies se concurrencent entre elles. Ces facteurs ne devraient donc pas être divulgués pour ne pas influencer le processus de concurrence.

Solution 8 : Mise sur pied de programmes de gestion du risque

L'analyse du *Insurance Availability and Affordability Task Force* indique que des expériences de pertes plus importantes dans les quartiers centraux contribuent de façon importante à l'augmentation des primes moyennes. Des programmes de gestions du risque peuvent donc aussi être mis sur pied par les assureurs. Ces services pourraient être offerts aux commerçants (inspections, etc.) et aux résidants (différentes mesures de sécurité, etc.). Comme l'administration de ces services peut être coûteuse pour les compagnies d'assurance, des chambres de commerce locales ou des associations de quartiers pourraient en assurer le parrainage.

Solution 9 : Maintien d'un marché résiduel (FAIR Plans) qui n'est pas en compétition avec le marché

Les marchés résiduels sont établis par la loi ou la réglementation et ont pour objectif de fournir de l'assurance aux consommateurs qui ont le droit d'en détenir mais qui sont incapables de se trouver une couverture minimale sur le marché libre. Plusieurs États ont déjà un marché résiduel mis sur pied (FAIR Plans) pour fournir de l'assurance habitation. Malheureusement, s'ils sont mal gérés et structurés, les marchés résiduels peuvent nuire au fonctionnement du marché.

En effet, le marché résiduel était historiquement vu comme un marché de dernier recours disponible aux consommateurs qui n'étaient pas assurables par un seul assureur. Par conséquent, les structures de taux étaient plus sévères et les couvertures limitées. Récemment, des failles dans le marché libre ont cependant entraîné une hausse des demandes provenant de consommateurs représentant un meilleur risque. Les mesures du marché résiduel sont ainsi apparues trop punitives pour ces « meilleurs » consommateurs.

Certains réclament donc une réglementation qui permettrait de plafonner les taux. Les partisans de la théorie de marché libre disent que de cette mesure résulterait un transfert des consommateurs vers le marché résiduel, qui affecterait le bon fonctionnement du marché libre. Il est donc recommandé que les FAIR Plans soient maintenus mais le défi est d'établir un mécanisme de marché de dernier recours qui ne pénalise pas les « bons » risques incapables de trouver de l'assurance mais qui ne favorise pas non plus l'abandon du marché libre par les consommateurs.

□ II. Interventions modérées

L'approche de l'intervention modérée introduit des limites aux comportements et aux pratiques des assureurs. Elle est basée sur le fait que les forces de marché non réglementées n'ont pas produit des résultats qui rencontrent complètement les objectifs sociaux des États. Dans ce groupe de solutions, on laisse donc aux assureurs et aux agents une assez bonne marge de manoeuvre dans un cadre posé par des normes publiques.

Solution 1 : Instaurer des standards de tarification

Théoriquement, si la concurrence fonctionne, le prix imposé à chaque risque devrait être égal aux coûts espérés de l'assuré. Cependant, la réalité peut être autre et présenter des barrières à la compétition dont les résultats sont des prix excessifs. Pour s'assurer qu'en cas de faille dans le marché libre, les consommateurs se voient tout de même attribuer des primes équitables, le législateur pourrait influencer le système de tarification en exigeant que les facteurs utilisés rencontrent certains critères pour être acceptés.

Les facteurs de tarification devraient permettre aux assureurs de discriminer entre les assurés en terme de pertes espérées de façon efficace et équitable du point de vue actuariel. Pour ce faire, on pourrait demander aux assureurs d'exposer les relations théoriques qui existent entre les facteurs de tarification et les risques de pertes et de fournir des évidences empiriques suffisantes qui justifient leurs hypothèses. On pourrait aussi leur demander de démontrer que les facteurs de tarification qu'ils utilisent permettent de classier efficacement les risques et qu'il n'existe pas de meilleurs facteurs disponibles. La littérature actuarielle à propos de la tarification servirait de base à l'établissement des critères.

Une étape plus drastique pourrait également être franchie, celle d'interdire l'utilisation de certains facteurs de tarification. En effet, certains facteurs, même s'ils ne sont pas utilisés délibérément

pour discriminer injustement, pénalisent les résidents des quartiers centraux. La situation géographique, l'âge et la valeur du bâtiment en sont des exemples. Les États pourraient donc interdire aux assureurs d'utiliser ces facteurs (l'application du *Federal Fair Housing Act* aux compagnies d'assurance serait un moyen de le faire). L'implantation d'une telle réglementation devrait cependant être analysée minutieusement, car son impact sur le marché dépendra de la capacité des assureurs à identifier d'autres facteurs qui compensent ceux abandonnés sans pénaliser systématiquement les résidents de certains quartiers.

Solution 2 : Instaurer des standards de définition des territoires

Théoriquement, les territoires définis pour la tarification devraient inclure des régions géographiques similaires en terme de risque de pertes (c'est-à-dire par rapport au crime, aux services de police et d'incendie, à la concentration, etc.). En effet, plus les régions comprises dans le territoire sont homogènes, plus la prime chargée à chacun des assurés représentera le risque réel associé à sa situation géographique. En raffinant le découpage pour atteindre une plus grande homogénéité, il en résulte une augmentation des primes chargées aux habitants de quartiers avec de hauts risques et une diminution des primes chargées aux résidents de quartiers moins risqués. Au contraire, un découpage moins raffiné entraîne une réduction des primes pour les résidents à hauts risques (milieux urbains) mais une augmentation pour les assurés demeurant dans des quartiers à plus faible risque. Ainsi, les différents raffinements possibles de la définition des territoires permettent de faire varier les primes pour qu'elles représentent de façon plus ou moins précise le risque réel des assurés. Tout comme pour la solution précédente, le législateur pourrait donc imposer des normes aux assureurs dans le découpage des territoires pour arriver à la situation voulue.

Solution 3 : Instaurer des normes quant aux choix des critères de souscription

La souscription fait ici référence à la décision de l'assureur d'accepter ou de refuser un individu, ou de l'accepter en limitant ses options. Le processus de souscription est très lié au processus de tarification dans le sens où la structure de primes influence la décision d'offrir certains produits à certains clients et que les critères de sélection et les risques cibles influencent la structure des primes. La réglementation d'une de ces dimensions influence donc l'autre. Ainsi, dans le même esprit que les solutions 1 et 2, l'instau-

ration de normes dans la souscription peut être accomplie en interdisant l'utilisation de certains critères et en spécifiant les critères acceptables (ex : lois « anti-redlining »).

Solution 4 : Instaurer des normes à l'égard des clauses de cessation d'un contrat

Bien que le *NAIC Property Insurance Declination, Termination and Disclosure Model Act* inclut l'interdiction de terminer un contrat en raison de la race, la nationalité, le groupe ethnique, l'âge, le sexe, l'occupation, l'âge ou l'emplacement de la résidence et la couverture précédente sur les marchés résiduels, d'autres mesures pourraient être prises. On pourrait, par exemple, étendre et préciser la définition des pratiques interdites et adopter des lois et des réglementations se rapportant au renouvellement obligatoire de polices pour des périodes de temps définies, à la divulgation des raisons expliquant le non renouvellement de polices et à l'instauration de provisions servant aux renouvellements de polices.

Solution 5 : Surveillance et autosurveillance de l'industrie

Un moyen disponible pour s'assurer que les assureurs ne soient pas impliqués dans des pratiques discriminatoires est la surveillance du marché, qu'elle soit réalisée par les autorités réglementaires ou par l'industrie elle-même. En plus de la surveillance effectuée par les autorités réglementaires, on peut en effet favoriser l'établissement d'un système interne exigeant de la part des assureurs qu'ils établissent un programme d'autosurveillance à l'intérieur de l'industrie. Le législateur établirait des directives générales et ce programme d'autosurveillance en assurerait l'application pratique. L'ensemble du processus de surveillance devrait impliquer l'examen des critères de souscription utilisés, des plaintes enregistrées contre les compagnies et une revue des applications refusées, des polices annulées ou non renouvelées et des décisions de souscription.

Solution 6 : Maintenir la présence de marchés résiduels compétitifs

Si les efforts mis en place pour maintenir un marché parfaitement concurrentiel s'avèrent inefficaces, les autorités pourraient établir des réglementations qui auraient pour but de rendre les couvertures offertes sur le marché résiduel (FAIR Plans) plus comparables à celles offertes sur le marché régulier (de façon à ne pas pénaliser les « bons risques » incapables de trouver de l'assurance). Cependant, pour éviter que ces programmes sup-

plantent les produits offerts généralement par les assureurs, différentes mesures ont été proposées. Parmi celles-ci, il est recommandé de développer des programmes *Take-Out* et *Keep-Out*, qui ont respectivement pour objectifs de récompenser les assureurs qui transfèrent des consommateurs du marché résiduel pour les assurer sur une base volontaire et d'inciter les assureurs à être davantage présents dans certaines régions géographiques.

III. Interventions significatives

Les solutions rapportées dans la section *interventions significatives* se basent sur le fait que des éléments significatifs démontrent l'existence d'anomalies ou d'imperfections de marché qui peuvent être corrigées par des interventions et une surveillance accrue des autorités réglementaires. Ces réglementations sont mises en place de façon à aider le marché à atteindre le niveau de compétition requis pour éliminer les problèmes d'accès à l'assurance.

Solution 1 : Renforcer les interventions modérées 1 à 4

On propose ici les mêmes interventions que celles décrites à la section précédente en renforçant cependant les restrictions et les limitations qu'elles imposent. Par exemple, le législateur pourrait imposer des tarifs minimums et maximums par territoire, imposer un découpage des territoires selon le risque et fournir une liste de critères de souscription que devront obligatoirement utiliser les assureurs.

Solution 2 : Obligation d'assurer

Le législateur pourrait obliger les assureurs à prendre tous les individus demandeurs d'assurance à l'exception de cas précis (des individus condamnés pour fraudes, etc.) par l'établissement d'une loi *Take-All-Comers*. Cette loi pourrait cependant entraîner certains problèmes. Les assureurs auraient par exemple à accepter des consommateurs qui ne sont pas assurables ou dont les caractéristiques ne correspondent pas aux objectifs de souscription de la compagnie. Ceci aurait pour effet de complexifier la gestion de l'exposition aux risques de la compagnie. Le problème de l'anti-sélection serait également plus important pour les assureurs physiquement présents dans les régions urbaines puisqu'ils seraient plus enclins à souscrire les risques de ces quartiers. L'annulation des contrats des agents présents dans les quartiers centraux et l'évitement de ces quartiers par les assureurs pourraient s'ensuivre. Si cette mesure était mise en place, ces problèmes devraient donc

être minutieusement surveillés. Ils pourraient d'ailleurs être en partie éliminés par une extension des lois qui permettrait de punir ces comportements et par l'établissement de « pool » de réassurance.

Toujours dans le but d'obliger les assureurs à fournir de l'assurance, une autre recommandation serait l'établissement d'un quota minimum du nombre de contrats à souscrire dans les régions urbaines. Ce quota serait établi à l'aide d'une formule tenant compte, par exemple, de la part du marché détenue par l'assureur.

Solution 3 : Obliger l'assureur à être présent dans le milieu urbain

En imposant la divulgation de l'emplacement géographique des agents et des courtiers qui vendent leurs produits, en obligeant les assureurs à donner le droit à tous leurs agents et courtiers de vendre l'ensemble des produits disponibles et en les obligeant à rencontrer une proportion de clients résidant dans les quartiers centraux égale au pourcentage d'habitants de quartiers centraux de la ville, le législateur pourrait ainsi améliorer la présence des assureurs dans les centres urbains.

□ IV. Prise en charge publique

Les solutions relevant d'une prise en charge publique sont issues de la perception que le marché est incapable, avec ou sans réglementation, de fournir adéquatement de l'assurance aux résidents des quartiers urbains à un prix raisonnable. La solution aux problèmes d'accès résiderait donc dans l'établissement par le gouvernement de bureaux d'assurance étatiques ou municipaux qui fourniraient des couvertures. Le gouvernement pourrait de plus décider de conserver un marché partiellement concurrentiel en permettant l'existence d'assureurs privés. Il pourrait aussi choisir d'éliminer complètement le marché privé de l'assurance en s'appropriant de façon monopolistique l'ensemble des consommateurs. Il est important de mentionner que la réalité socio-économique des quartiers serait la même et que le gouvernement y serait confronté, comme les assureurs privés actuels.

Solution 1 : Assureurs publics (gouvernementaux)

Une société d'État d'assurance habitation pourrait être créée pour fournir un programme d'assurance universel. De tels programmes ont d'ailleurs déjà été mis en place pour d'autres types d'assurance. Actuellement aux États-Unis, 27 États fournissent de l'assurance pour les accidents de travail. De ce nombre, six sociétés d'État évoluent dans un marché monopolistique et s'assurent ainsi

la distribution exclusive de ce type d'assurance. Au Québec, cette société pourrait se comparer à la Commission de Santé et Sécurité du Travail ou à la Société de l'Assurance Automobile du Québec.

Solution 2 : Versement de compensations gouvernementales

Dans l'éventualité où certains résidants à faible revenu des quartiers urbains sont incapables d'assumer le coût de leurs polices d'assurance, le gouvernement pourrait offrir des subventions gouvernementales. Toutefois, étant donné les coûts élevés d'un tel programme pour les contribuables, celui-ci pourrait rencontrer une opposition politique. De plus, certains affirment que l'efficacité d'une telle solution est loin d'être assurée puisqu'elle encouragera une prise de risque excessive par les bénéficiaires de subventions.

■ LES PROBLÈMES D'ACCÈS À L'ASSURANCE HABITATION AU QUÉBEC

La situation au Québec, quant aux problèmes d'accès à l'assurance habitation, diffère de celle des États-Unis. En premier lieu, bien que le problème d'accès à l'assurance se soit déjà manifesté, comme en témoigne le document du Bureau d'assurance du Canada (BAC, 1996), il ne semble pas connaître une ampleur telle que celle vécue aux États-Unis. En second lieu, la nature des plaintes enregistrées diffère de celles rapportées aux États-Unis. Alors que les discriminations géographique et raciale injustifiées sont au cœur du débat américain, la discrimination raciale n'a pas été relevée comme cause de plaintes individuellement enregistrées au Québec et au Canada, pas plus qu'elle n'a été l'objet de protestations de la part des groupes sociaux.

La publication des résultats d'une étude réalisée à Québec en 1995 par le Bureau d'Animation et Information Logement du Québec métropolitain (BAIL) en collaboration avec le Carrefour pour la Relance de l'Économie et de l'Emploi du Centre du Québec (CRÉECQ), dont l'interprétation démontrait la difficulté à accéder à un service d'assurances pour les résidants du quartier St-Roch, amena la ville de Québec ainsi que les villes de Chicoutimi, Sherbrooke et Trois-Rivières à commander, en 1997, à la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et l'École d'Actuariat de l'Université Laval, la production d'une étude élargie du phénomène. Elle voulait ainsi valider l'information qui ressortait de

l'étude de BAIL et vérifier si cette tendance s'observait dans d'autres quartiers centraux du Québec.

Alors que l'étude du BAIL et du CRÉECQ conclut à l'existence d'un problème apparenté au *redlining*, celle de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance retient plutôt le profil socio-économique comme cause potentielle d'un éventuel problème d'accès à l'assurance. Voici une brève description de ces deux études.

□ **Problèmes d'accès causés par le *redlining*: l'étude du BAIL et du CRÉECQ**

L'étude du BAIL et du CRÉECQ porte sur la situation des assurances habitation résidentielles et commerciales dans le quartier St-Roch de Québec. Cette étude met en évidence des données tendant à montrer l'existence d'un problème d'accès à l'assurance habitation rencontré par les résidents, les commerçants, les compagnies qui y ont place d'affaires et les propriétaires d'immeubles. Ce problème d'accès résulterait, selon les auteurs, de primes élevées et de disparités de toute sorte envers le quartier St-Roch. Cette étude s'inscrit donc dans la lignée des études américaines qui identifient le *redlining* comme la cause principale des problèmes d'accès à l'assurance des quartiers centraux des grandes villes.

L'enquête sur la situation des assurances résidentielles et commerciales dans le quartier St-Roch visait à déterminer l'ampleur des problèmes rencontrés. Par cette enquête, le BAIL et le CRÉECQ voulaient connaître le niveau d'assurance des résidents et des résidentes, locataires ou propriétaires, la façon dont les demandes et les dossiers sont traités par les assureurs et les courtiers ainsi que les attitudes et les perceptions des assureurs et des courtiers à l'endroit du quartier St-Roch.

L'atteinte de ces objectifs devait permettre d'identifier certaines causes du problème et de proposer les solutions les plus adéquates.

Les données utiles à l'atteinte des objectifs ont été obtenues de deux façons. Un sondage auprès de cinq populations différentes, les résidents, les propriétaires de locaux commerciaux, les propriétaires immobiliers, les assureurs et les courtiers, a d'abord été réalisé. Au total, 300 résidents, 40 occupants de locaux commerciaux, 31 propriétaires d'immeubles, 3 compagnies d'assurance et 4 courtiers d'assurances ont répondu au sondage. Des données statistiques ont ensuite été recueillies. Celles concernant la criminalité et les incendies l'ont été à partir des rapports d'activité des services de police

et d'incendie des villes de Québec, Sainte-Foy et Charlesbourg. Les statistiques socio-économiques proviennent quant à elles du *recensement canadien* de 1991, publiées par Statistiques Canada.

Les tableaux 2 et 3 présentent les principaux résultats que fait ressortir l'étude du BAIL.⁶

TABLEAU 2
PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE AUPRÈS
DES RÉSIDANTS COMMERÇANTS ET PROPRIÉTAIRES

Résidants assurés

- 61,6 % des ménages locataires du quartier St-Roch sont assurés
- 95,6 % des propriétaires résidants sont assurés
- 97,5 % des occupants de locaux commerciaux et des propriétaires immobiliers sont assurés
- 32,5 % des occupants de locaux commerciaux et 51,2 % des propriétaires immobiliers ont subi au moins un refus de la part des assureurs
- les résidants affirment que la raison la plus souvent invoquée par les assureurs pour justifier leur refus est qu'il s'agit du quartier St-Roch
- posséder des assurances est étroitement lié au revenu disponible

Résidants sans assurance

- les trois principales raisons invoquées pour expliquer le fait de ne pas être assuré sont le manque de moyens pour le faire (à 26 %), le fait d'avoir peu ou pas de biens (à 26 %) et les primes trop élevées (à 25 %)

TABLEAU 3
PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE AUPRÈS
DES ASSUREURS ET DES COURTIERS

Assureurs

- deux assureurs sur trois établissent le quartier St-Roch comme étant un quartier risqué et un assureur le considère comme assez risqué
- l'évaluation du risque est basée sur l'âge des maisons, la proximité des maisons, le fait que ce soit un quartier défavorisé et que la clientèle soit moins éduquée, le nombre de vols, le nombre d'incendies, etc.

Courtiers

- trois courtiers sur cinq établissent le quartier St-Roch comme étant un quartier risqué et deux courtiers le considère comme assez risqué ou très risqué

Selon le BAIL, les statistiques tirées de cette étude laissent percevoir un problème potentiel au niveau de l'accès aux services d'assurance résultant d'une sélection et d'une tarification basée sur des critères « erronés » et sur des facteurs « peu objectifs ». Le BAIL interprète en effet les résultats précédents de la façon suivante :

Même si le nombre de répondants chez les assureurs et les courtiers est faible, on peut y voir cependant des lacunes importantes chez ceux et celles qui ont à prendre des décisions sur la demande d'assurance d'un-e client-e, le déménagement de ce client ou cette cliente dans le quartier St-Roch et le montant à lui charger pour le risque qu'il ou elle leur fait courir [...]. On peut dire sans se tromper qu'un assureur et un courtier sur huit, au moins, ne connaissent pas la situation réelle des milieux dans lesquels ils interviennent. Ce faisant, leurs décisions ne reposent pas sur des données objectives [...]. Tous ces préjugés cachent l'amélioration de la situation dans le quartier St-Roch et les autres quartiers. Ce faisant, les résidents et les résidentes, les occupant-e-s de locaux commerciaux et les propriétaires d'immeubles résidentiels ou commerciaux sont victimes de primes plus élevées et de disparités de toutes sortes.

Le BAIL recommande donc de tenir des rencontres d'étude annuelles ou biennuelles entre les assureurs, les courtiers, les responsables municipaux et les milieux sociaux et économiques afin qu'ils se tiennent continuellement à jour quant aux facteurs qui guident la prise de décision : l'état du cadre bâti, la criminalité, les incendies, l'état de risque et les coûts. Il recommande également que les assureurs et les courtiers aient à justifier par écrit les raisons qui motivent leurs décisions, que ce soit pour augmenter la prime, refuser une demande ou résilier un contrat.

Une réglementation plus sévère sur l'entretien des immeubles et des inspections plus fréquentes qui amènerait possiblement un changement d'attitude des assureurs et des courtiers à l'égard du quartier est aussi souhaitable selon le BAIL. Il recommande finalement au gouvernement provincial d'intervenir. Une assurance habitation publique pourrait répondre à l'absence de concurrence entre les assureurs ressentie par le public et un contrôle pourrait s'effectuer sur les activités des assureurs.

□ **Problèmes d'accès causés par le profil socio-économique: l'étude de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et l'École d'Actuariat de l'Université Laval**

Suite à la divulgation des résultats de l'étude du BAIL et du CRÉECQ, les villes de Québec, Chicoutimi, Sherbrooke et Trois-

Rivières mandataient, le 11 juin 1997, un groupe de recherche de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et de l'École d'Actuariat de l'Université Laval, pour procéder à une étude sur les problèmes d'accès à l'assurance dans certains de leurs quartiers centraux.

L'étude visait l'atteinte de trois objectifs distincts : vérifier l'existence et mesurer l'étendue du problème d'accès à l'assurance habitation et commerciale dans les quartiers visés des villes de Québec, Chicoutimi, Sherbrooke et Trois-Rivières, documenter et analyser qualitativement le risque que représentent ces quartiers centraux et suggérer des pistes de solutions.

Chacun de ces trois objectifs généraux comprenait un ensemble de sous-objectifs déterminés. Ainsi, pour vérifier l'existence et mesurer l'étendue du problème d'accès à l'assurance, l'équipe de recherche a procédé aux travaux suivants :

- Identifier des problèmes d'accès à l'assurance dans certains quartiers (c'est-à-dire évaluer le niveau d'assurance).

- Connaître les démarches qui ont été entreprises par les consommateurs pour trouver une assurance répondant à leurs besoins.

- Connaître les attitudes et perceptions des assureurs et des courtiers en regard des zones étudiées.

- Vérifier si un faible niveau d'assurance provient de la faible demande des assurés ou de pratiques restrictives des assureurs.

Pour ce qui est de l'analyse du risque, les étapes suivantes ont été réalisées :

- Identifier les facteurs de risque utilisés par les assureurs lors de la tarification.

- Établir le niveau d'exposition des quartiers visés à ces facteurs.

- Identifier les quartiers à haut et à faible risque.

Finalement, pour suggérer des pistes de solutions, l'équipe a procédé ainsi :

- Rassembler et évaluer les solutions avancées ailleurs pour des problèmes similaires.

- Élaborer des pistes de solutions en fonction des sources du problème.

Ces objectifs spécifiques ont été atteints à partir d'un sondage auprès des consommateurs, d'entrevues auprès des courtiers et des

assureurs, du recueil de données d'incendie et de criminalité sur les quartiers visés ainsi que de l'élaboration d'une revue de littérature portant sur les expériences hors Québec.

Le tableau 4 résume les principaux résultats de l'analyse du sondage, auquel 1 520 résidents, 505 commerçants et 500 propriétaires non résidents des quatre villes ont répondu.

TABLEAU 4
PRINCIPAUX RÉSULTATS DU SONDAGE AUPRÈS
DES RÉSIDANTS, COMMERÇANTS ET PROPRIÉTAIRES
NON RÉSIDANTS

Répondants assurés

- 99 % des propriétaires sont assurés et 75 % des locataires sont assurés sauf pour la ville de Sherbrooke (59 % des locataires sont assurés) où les revenus sont les plus faibles
- Les raisons invoquées pour justifier les quelques refus essayés sont le quartier, l'immeuble, l'expérience de sinistre, la concentration et les voisins
- 98 % des commerçants sont assurés
- 99 % des propriétaires non résidents sont assurés
- Le pourcentage de locataires assurés augmente avec le revenu
- Les montants que les ménages consacrent à l'assurance augmentent avec le revenu
- À l'intérieur des zones définies par les villes (qui sont constituées de plusieurs quartiers), il existe des quartiers où le taux de locataires assurés est faible par rapport à celui de l'ensemble de la zone (St-Roch et St-Jean-Baptiste à Québec, Ste-Cécile et Notre-Dame à Trois-Rivières, Du Bassin à Chicoutimi, Mont-Bellevue et St-Jean-Baptiste à Sherbrooke)
- 97 % des résidents assurés, 94 % des commerçants et 93 % des propriétaires n'ont jamais essayé de refus ou d'annulation de police
- Les nouveaux arrivants des quartiers centraux visés paient une prime moyenne plus élevée

Répondants sans assurance

- Les principales raisons invoquées par les résidents non assurés sont leur faible besoin d'assurance et leurs faibles moyens financiers
- 80 % à 87 % des non assurés n'ont pas cherché à s'assurer au cours de la dernière année
- 6 sur 1 520 répondants ne sont pas assurés parce qu'on leur a refusé de l'assurance en raison du quartier où ils habitent
- 118 sur 1 520 répondants ne sont pas assurés en raison du quartier où ils habitent, parce qu'ils trouvent la prime trop élevée ou parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer

Le tableau 5 présente les principaux résultats tirés des entrevues auprès des courtiers et des assureurs. Mentionnons qu'au total 13 actuaire ou vice-présidents opérations de compagnies d'assurance différentes ont été rencontrés. Ces compagnies détiennent d'ailleurs plus du tiers des primes souscrites en assurance habitation et biens commerciaux au Québec. 13 courtiers ont également répondu au questionnaire et ont été choisis le plus possible en fonction de leur niveau d'activité dans les quartiers étudiés.

**TABLEAU 5
PRINCIPAUX RÉSULTATS DES ENQUÊTES AUPRÈS
DES ASSUREURS ET COURTIERS**

Assureurs

- Les assureurs croient à l'existence d'un problème potentiel d'accès au marché de l'assurance habitation
- Les assureurs pensent qu'à la fois assureurs et assurés sont responsables
- Les assureurs sont favorables à des programmes de partage des risques
- Les assureurs perçoivent certains quartiers centraux visés comme étant plus risqués
- Les raisons invoquées par les assureurs pour expliquer les différences de tarification semblent plausibles

Courtiers

- Les courtiers croient à l'existence d'un problème potentiel d'accès au marché de l'assurance habitation
- Les courtiers pensent qu'à la fois assureurs et assurés sont responsables
- Les courtiers perçoivent certains quartiers centraux visés comme étant plus risqués
- Les courtiers ne sont pas favorables à une assurance automatique basée sur des exigences minimales

Les principaux résultats de l'analyse du risque des quartiers visés par l'étude sont présentés dans le tableau 6. Ces résultats ont été obtenus à partir des données relatives à la criminalité et aux incendies qui ont été fournies par les villes et qui ont permis d'évaluer le degré de dangerosité des quartiers par le calcul et la comparaison de certains chiffres et ratios. Le montant des réclamations reliées aux incendies par habitant du secteur, le nombre d'incendies criminels par 1 000 habitants du secteur ainsi que le nombre d'introductions par infractions dans les résidences et les commerces par 1 000 habitants du secteur en sont des exemples.

TABLEAU 6
PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ANALYSE DU RISQUE
DES QUARTIERS CENTRAUX

Analyse des données d'incendie et de criminalité

- Le secteur composé des quartiers centraux de la ville de Québec est plus risqué que la zone de comparaison, supposée non problématique
- On ne peut se prononcer sur Trois-Rivières, Sherbrooke et Chicoutimi (en raison des disparités entre les données fournies par chacune des villes)

Les auteurs notent que ces derniers résultats relèvent plus d'une inspection visuelle des chiffres fournis par les villes que d'une analyse de risque élaborée et que la présence d'un risque plus ou moins élevé n'implique pas nécessairement la présence d'un problème d'accès au niveau de l'assurance habitation. L'objectif de l'étude n'était en effet pas de vérifier si la tarification des contrats souscrits dans les quartiers centraux était bien effectuée, mais plutôt de valider la justesse des perceptions des assureurs quant aux risques que ces quartiers représentent.

Les pistes de solutions ont été formulées à partir des solutions avancées pour d'autres villes aux prises avec un problème d'accès au marché de l'assurance et à partir des informations obtenues dans les deux étapes précédentes. Les solutions exposées dans le rapport ont été inspirées des solutions présentées précédemment.

À partir de ces résultats, les membres de l'équipe de recherche de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et de l'École d'Actuariat concluent leur étude de la façon suivante :

Puisque la grande majorité des propriétaires, résidants ou non, et des commerçants sont assurés, que plus de 80 % des locataires non assurés n'ont pas cherché d'assurance et puisque seulement 6 non assurés sur 1 520 ont été refusés en raison du quartier, nous concluons qu'il n'y a pas de problème d'accès au marché de l'assurance en raison du quartier (*redlining* ou discrimination injustifiée en raison de l'emplacement géographique du consommateur).

Toutefois, nous constatons quand même que le pourcentage de locataires assurés est plus faible dans certains quartiers centraux. La dimension socio-économique est, selon nous, la composante déterminante de ce problème, puisque le pourcentage de locataires assurés et le montant que les ménages consacrent aux primes augmentent avec le revenu.

Ces conclusions sont confirmées par les deux principales raisons invoquées par les locataires non assurés pour expliquer leur situation, soit le manque de ressources pour se payer de l'assurance et le fait qu'ils n'aient simplement pas besoin d'assurance.⁷

Suite à ces conclusions, le type d'interventions dites limitées qui fait appel aux initiatives des assureurs et à une collaboration spéciale entre ceux-ci et les citoyens serait, d'après l'équipe, le mieux adapté à la situation.

Ainsi, la première mesure à prendre serait la production et la diffusion d'information, à la fois auprès des assureurs quant à la nature précise des risques que représentent réellement les quartiers et auprès des citoyens quant au fonctionnement et à l'utilité du mécanisme de l'assurance. Par conséquent, l'organisation de forums, de rencontres communautaires et de sondages, dont le but est d'obtenir des informations de nature qualitative sur le marché de l'assurance en milieu urbain, serait une activité susceptible de fournir aux assureurs une information plus précise sur le risque que représentent les quartiers centraux. Cela pourrait aussi être possible par la mise sur pied d'une banque de données centrale à laquelle participeraient tous les assureurs concernés. Cet accroissement de l'information disponible sur les marchés urbains permettrait de réduire certaines hypothèses injustifiées posées par les assureurs à l'égard de ces milieux pour ainsi diminuer les barrières à l'entrée et, peut-être, permettre aux assureurs d'offrir des produits spécifiques plus attrayants pour la clientèle du quartier. Les centres communautaires d'information sur l'assurance, qui ont comme objectifs de conscientiser les résidents des quartiers centraux sur l'importance de détenir de l'assurance et sur les moyens de réduction des risques disponibles, pourraient également aider à l'amélioration de leur éligibilité. La sensibilisation des consommateurs aux bénéfices de l'assurance, en termes de gestion des risques et de protection du patrimoine, pourrait les amener à réviser leur position quant à leurs besoins d'assurance et à leur perception du coût.

L'équipe propose qu'au besoin des programmes d'assistance au marché ou de partenariat puissent être mis de l'avant parallèlement à des programmes de gestion des risques auprès des citoyens. L'objectif de ces programmes serait de permettre aux particuliers et aux assureurs de se rejoindre. Des groupes formés d'associations de quartier, d'assureurs, d'agents et de fonctionnaires publics peuvent contribuer au fonctionnement du système. Des campagnes de prévention peuvent aussi être mises sur pied pour sensibiliser les habitants du quartier.

En regard de la dimension somme toute restreinte du problème d'accès à l'assurance habitation dans les villes étudiées, l'équipe de recherche souligne finalement l'adéquation de l'initiative du Bureau d'assurance du Canada, détaillée dans le document *procédure pour le traitement des difficultés d'accès au marché d'assurance habitation*.

Tout en considérant que certains assureurs considèrent quelques quartiers centraux comme plus risqués, l'étude de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance n'a pas identifié l'existence d'un problème d'accès systématique à l'assurance habitation qui témoignerait d'une politique discriminatoire injustifiée par les assureurs. Les auteurs relient plutôt le niveau plus faible d'assurance observé dans certains quartiers à leurs situations socio-économiques. Ces résultats rejoignent donc la ligne de pensée des partisans américains du maintien des facteurs de tarification.

Comme tout travail de recherche et d'analyse, l'étude de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance a été sujette à certaines contraintes dont on doit tenir compte lors de l'interprétation des résultats et des conclusions.

La définition des zones étudiées, qui comprenaient plusieurs quartiers, est un élément qui peut être considéré comme une limite de l'étude. Une définition plus restreinte, composée d'un seul quartier ou même de certaines rues, aurait pu amener l'équipe de recherche à tirer des conclusions différentes. Il est d'ailleurs bien souligné dans l'étude que l'équipe n'exclut pas la possibilité que certains petits sous-secteurs soient confrontés à des problèmes d'accès à l'assurance plus marqués; ceux-ci n'étant cependant pas assez généralisés pour être perçus à travers les résultats des zones étudiées. L'utilisation des courtiers par les consommateurs lors de la recherche d'assurance pose également problème pour les fins de l'étude. En effet, le nombre exact de refus essayés par l'ensemble des répondants n'a pas pu être déterminé, puisque la plupart des consommateurs ignorent le nombre de refus essayés par leurs courtiers. L'équipe de recherche mentionne finalement que les résultats de l'étude ne tiennent pas compte des investisseurs qui, faute de pouvoir trouver de l'assurance, n'ont pas acheté dans les quartiers visés et que l'étude ne s'applique qu'aux villes étudiées.

L'élimination de ces contraintes ou l'utilisation d'une méthodologie différente (telle que celle employée par Squires et Vélez, 1987, Squires, Vélez et Taeuber, 1991, ACORN, 1993 et Schultz, 1995) aurait-elle entraîné des résultats différents ? Le suivi des plaintes enregistrées par le BAC et les villes ainsi que l'application

de l'étude à des secteurs plus petits permettraient de répondre à cette question et de rester vigilant quant à l'existence d'un problème potentiellement dommageable pour la santé économique et l'avenir des quartiers centraux.

■ CONCLUSION

Bien que plusieurs études aient été menées et que plusieurs indicateurs statistiques aient été utilisés dans le but de mesurer le problème d'accès à l'assurance dans les quartiers centraux américains et de trouver des preuves de discrimination raciale et géographique, les causes exactes du problème d'accès à l'assurance habitation semblent difficiles à identifier. Le débat quant à l'existence de pratiques discriminatoires, qui a débuté il y a plus de trente ans, semble donc toujours d'actualité.

Le problème d'accès à l'assurance ne semble cependant pas connaître, au Québec et au Canada, une ampleur telle que celle vécue aux États-Unis. Toutefois, les conclusions divergeantes des deux premières études réalisées au Québec suggèrent qu'advenant une hausse du nombre de cas d'accès difficile à l'assurance, le Québec pourrait, tout comme les États-Unis, être confronté à un débat entre les groupes sociaux, les consommateurs et les autorités réglementaires quant à l'existence d'un problème d'accès à l'assurance, à ses causes et aux solutions à apporter. En effet, alors que l'étude du BAIL (1995) concluait à l'existence de problèmes généralement associés au phénomène du *redlining*, celle de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance (1997) retenait plutôt le profil socio-économique comme cause potentielle d'un éventuel problème d'accès à l'assurance.

La nouveauté de la problématique au Québec et l'impasse dans laquelle se retrouvent les Américains, suite aux études dont les résultats diffèrent, font donc que l'incertitude règne à la fois quant à l'existence d'un problème d'accès à l'assurance et, s'il en est un, quant aux causes de ce problème. Cette incertitude est préoccupante en raison des enjeux importants pour les assureurs qui craignent la réglementation et pour les organismes sociaux et les résidents qui craignent que la détérioration des quartiers s'accroisse. L'importance de détenir de l'assurance pour les propriétaires de maisons ou d'immeubles et pour les commerçants fait également de ce problème d'accès à l'assurance une préoccupation économique centrale pour l'ensemble des communautés.

□ Notes

1. Mark Feldstein, « Hitting the poor where they live », *The Nation*, Vol. 258, avril 1994, p.450+.
2. Baptiste, Carson, Flanigan, Jolliff, Watkins, « Redlining, property insurance and urban markets : concepts, issues, initiatives and solutions », *CPCU Journal*, été 1996, p.82+.
3. Les FAIR Plan's sont des marchés résiduels qui sont établis par la loi ou la réglementation et qui ont pour objectif de fournir de l'assurance aux consommateurs qui ont le droit d'en détenir, mais qui sont incapables de se trouver une couverture minimale sur le marché libre.
4. Étude nationale réalisée par Roper Organization Inc. sur plus de 1500 adultes. L'étude démontre que 94 % des propriétaires détiennent une police d'assurance. Les propriétaires résidants des quartiers centraux des villes sont les plus susceptibles de détenir de l'assurance (96 %), suivi des résidants des quartiers non centraux et des banlieues (95 %). *Public Attitude Monitor 1992*, Insurance Research Council, décembre 1992.
5. *The redlining lie*, C. Britt Beemer, *Best's Review*, 1996.
6. *Les assurances sur les biens dans le quartier St-Roch, Rapport préliminaire*, Bureau d'animation et information logement du Québec métropolitain en collaboration avec le Carrefour pour la relance de l'économie et de l'emploi de Québec, Juin 1995.
7. *Étude sur l'accès au marché des assurances dans les quartiers centraux de quatre villes centres du Québec*, la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance et l'École d'Actuariat, Université Laval, octobre 1997.

□ Bibliographie

- BEEMER, C. Britt, *The Redlining Lie*, *Best's Review Property/Casualty*, janvier 1995.
- KLEIN, Robert W., *Availability and Affordability Problems in Urban Homeowners Insurance Markets*, *Insurance Redlining*, 1997.
- LOBERT, John C., *The Regulation of Insurance and Urban Markets*, *Research Review*, 1996.
- SCHULTZ, Jay D., *Homeowners Insurance Availability and Agent Location*, *Insurance Redlining*, pp. 83 - 96, 1997.
- SCHULTZ, Jay D., *An analysis of agent location and homeowners insurance availability*, *Journal of Insurance Regulation*, 1995.
- SMITH, Shanna L. et Cathy CLOUD, *Documenting Discrimination by Homeowners Insurance Companies through Testing*, *Insurance Redlining*, pp. 97 - 118, 1997.
- SQUIRES, Gregory D. et William VELEZ, *Insurance Redlining and the Transformation of Urban Metropolis*, *Urban Affairs Quarterly*, 23 (1), pp. 63 - 83, 1987.
- SQUIRES, Gregory D., William VELEZ et Karl TAEUBER, *Insurance Redlining, Agency Location, and the Process of Urban Disinvestment*, *Urban Affairs Quarterly*, 26 (4), pp. 567 - 588, 1991.
- American Insurance Association, *Availability and Use of Homeowners Insurance in the Urban Core of Major American Cities*, publication, juin 1993.
- Association of Community Organizations for Reform Now, *A Policy of Discrimination ? Homeowners Insurance Redlining in 14 Cities*, 1993.
- Bureau d'Animation et d'Information Logement du Québec Métropolitain, *Les Assurances sur les Biens dans le Quartier Saint-Roch*, Juin 1995.

- California Department of Insurance, *Selling and Service Levels in Urban Cities for Private Passengers Auto Liability*, 1994.
- Illinois Department of Insurance, *Status of Homeowners Insurance in Illinois*, 1994.
- Minnesota Department of Insurance, *Homeowners Insurance : An Investigation Into Possible Illegal Discrimination*, 1994.
- National Association of Independent Insurers, *An Analysis of Crime and Fire Statistics, Dwelling Characteristics, and Homeowners Insurance Losses for Selected Urban Areas*, 1994.
- North Carolina Department of Insurance, *Residential Property Insurance Availability Study*, 1993.
- Texas Department of Insurance, *Cause of Loss Reported for Homeowners Insurance*, Juin 1994.
- Étude sur l'Accès au Marché des Assurances dans les Quartiers Centraux de Quatre Villes Centres du Québec*, Rapport de recherche de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance, Université Laval, 1997.

LES ASSUREURS EUROPÉENS FACE À LA MONNAIE UNIQUE

par Philippe Godfroid

RESUME

Depuis le 1^{er} janvier 1999, l'euro est devenue la monnaie unique européenne et a commencé à s'introduire dans la vie financière de tous les pays européens. Les entreprises ainsi que les particuliers pourront adopter l'euro au rythme qu'ils voudront, sans aucune obligation entre les 1^{er} janvier 1999 et 2002. En revanche, l'ensemble des marchés financiers a déjà basculé en euros depuis le lundi 4 janvier 1999. Dans cet article, nous rappellerons dans un premier temps les grandes phases du passage à l'euro passées et à venir avant d'aborder de manière plus spécifique les impacts qu'aura l'introduction de la monnaie unique sur les assureurs d'une part et sur les assurés d'autre part.

ABSTRACT

Since January 1, 1999, the euro became the unique European currency and began to introduce itself in the financial activities of all European countries. Business, as well as individuals, could adopt the euro at their own tempo, without any obligation to do so between January 1, 1999 and 2002. On the other hand, the whole financial market already adopted the euro since January 4, 1999. In this article, firstly, we will recall the main stages (past, present and future) of moving to euro, and, secondly, we will examine more specifically both the insurers and the policyholders impacts arising from the adoption of the single European money.

L'auteur :

Philippe Godfroid, Ph.D., est chargé de recherches du Fonds national de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.) aux facultés Universitaires Catholiques de Mons (Belgique).

■ DES ORIGINES DE L'EURO À L'UNION ÉCONOMIQUE ET MONÉTAIRE

L'Europe a eu sa propre monnaie dès le 1^{er} janvier 1999, jour à partir duquel mark allemand, franc français, peseta espagnole ou lire italienne ne sont plus que des subdivisions de l'euro, la nouvelle monnaie officielle de 11 des 15 pays que compte la Communauté Économique Européenne. Néanmoins, la nécessité de mise en place et de création d'une monnaie unique remonte aux années quatre-vingt. À ce titre, il nous semble utile de rappeler les grandes étapes qui doivent mener à la réalisation du marché unique et à la libéralisation complète des mouvements de capitaux au sein de la CEE.

1979 : création du système monétaire européen (SME) au sein duquel les différentes parités monétaires fluctuent librement mais sous certaines contraintes de seuils dits « planchers » et « plafonds » à ne pas dépasser (+/- 2,25 % par rapport au cours pivot). C'est ce que l'on a appelé de manière fort poétique « le serpent dans le tunnel ».

1981 : création de l'ECU (European Currency Unit), monnaie européenne « fictive » représentée par un panier constitutif de toutes les monnaies nationales et dont les montants sont proportionnels au poids économique des différentes nations intervenant dans la composition du panier. L'ECU n'est pas à proprement parler une monnaie car il n'est pas un intermédiaire des échanges universellement reconnu (il n'y a pas d'obligation d'accepter l'ECU en paiement) et aucune banque centrale n'en est responsable.

1991 : création de l'Espace Economique Européen (EEE) qui définit les règles d'ouvertures vers le grand marché unique et qui met en évidence la nécessité d'un processus de fixation des parités qui serait irréversible. La nécessité d'une monnaie unique se fait de plus en plus pressante.

1992 : Une date clé du passage à l'euro. Signé à Maastricht, le Traité de l'Union définit et fixe cinq critères pour apprécier la convergence des économies des pays candidats à la monnaie unique. Ces critères apprécient tout à la fois :

- *la stabilité des prix* : les taux d'indice de croissance des prix de détail des pays en lice ne peuvent dépasser de plus de 1,5 % la moyenne des taux des trois États membres les plus performants en la matière.

- *le déficit public* : qui doit être impérativement inférieur ou égal à 3 % du PIB.

- *l'endettement public* : qui doit être limité à 60 % du PIB¹.
- *la stabilité des taux de change* : qui s'illustre par le respect des marges de fluctuations depuis au moins deux ans au sein du SME.
- *les taux d'intérêt à long terme* : qui ne peuvent pas dépasser de plus de 2,5 % la moyenne des trois meilleures performances européennes.

1994 : création d'un Institut Monétaire Européen (IME) préfigurant la future Banque Centrale Européenne (BCE) et institutionnalisant le cadre relationnel qui existera entre la BCE et le futur Système Européen de Banques Centrales (SEBC). La mission de la future BCE sera de définir la politique monétaire ainsi que les grandes décisions opérationnelles (émission, contrôle de la circulation, garantie de la valeur d'échange de l'euro) tandis que les différentes banques centrales nationales (BCN) seront chargées de mettre en place cette politique. Le cadre de coopération entre la BCE et les BCN sera régi par le SEBC.

1996 : au sommet de Dublin, les différents États membres se mettent d'accord sur les règles régissant le pacte de stabilité qui sera signé lors du sommet d'Amsterdam en juin 1997. Le pacte de stabilité et de croissance engage les États membres de l'UEM à limiter leur déficit public, au-delà de 1998, à 3 % du PIB sous peine de sanctions.

Le 2 mai 1998 : désignation à Bruxelles des 11 pays entrant dans l'UEM dès le 1^{er} janvier 1999 en fonction des critères de convergence. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Belgique, de l'Espagne, de la Finlande, de la France, de l'Irlande, de l'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas et du Portugal. Le Danemark, le Royaume-Uni et la Suède se sont « auto-exclus » en vertu d'un statut dérogatoire qui était proposé tandis que la Grèce espère rejoindre les onze en 2001. La situation des 11 pays « in » retenus suite à l'application des critères de convergence est reprise dans le tableau ci-après :

L'arrivée de l'euro

Celle-ci a été fixée au 1^{er} janvier 1999, date à laquelle on a procédé à la fixation définitive et irrévocable des différentes parités nationales avec l'euro. Le taux de conversion affiche cinq chiffres après la virgule afin d'éliminer le plus possible les problèmes « d'arrondis » dans les transactions commerciales. L'UEM est

État ²	Déficit public (%)	Endettement public ³ (%)	Stabilité des prix (%)	Taux d'intérêt à long terme (%)
Allemagne	2,7	<u>61,3</u>	1,4	5,6
Autriche	2,5	<u>66,1</u>	1,1	5,6
Belgique	2,1	<u>122,2</u>	1,4	5,7
Espagne	2,6	<u>68,8</u>	1,8	6,3
Finlande	0,9	55,8	1,3	5,9
France	3,0	58,0	1,2	5,5
Irlande	- 0,9	<u>66,3</u>	1,2	6,2
Italie	2,7	<u>121,0</u>	1,8	6,7
Luxembourg	- 1,7	6,7	1,4	5,6
Pays-Bas	1,4	<u>72,0</u>	1,8	5,5
Portugal	2,5	<u>62,0</u>	1,8	6,2

instaurée et sa monnaie (l'euro) est unique. Une période de transition est néanmoins prévue pendant laquelle les monnaies nationales sont toujours légalement utilisables (c'est le principe de la fongibilité qui illustre l'indifférence juridique d'expression en euro ou en monnaie nationale). Néanmoins, les différentes monnaies ne sont plus qu'une expression de l'euro comme la cent est une expression du dollar. La période de cohabitation s'étendra jusqu'au 1^{er} janvier 2002, date à laquelle les billets et pièces de monnaie nationales seront progressivement retirés de la circulation pour finalement ne plus avoir cours légal au 1^{er} juillet 2002 ⁴.

■ LES AVANTAGES DU PASSAGE À L'EURO POUR LES ASSUREURS

□ Des impacts multiples

Pour les compagnies d'assurances, les impacts du passage à l'euro seront nombreux. Le passage à la monnaie unique leur offre des opportunités stratégiques et marketing dont les retombées dépasseront largement les investissements consentis afin de solu-

tionner les différents problèmes techniques (notamment informatiques) qu'il occasionnera. Trois cas de figure sont à envisager pour le passage à l'euro. Soit la compagnie a déjà « basculé » l'ensemble des activités en euros dès le 1^{er} janvier 1999, soit elle patiente jusqu'au 1^{er} janvier 2002 pour effectuer cette opération, soit enfin elle profite de la période de cohabitation pour passer progressivement à la monnaie unique. Le choix qu'elle effectuera dépendra notamment de ses options prises vis-à-vis de son personnel, de sa clientèle, de ses intermédiaires (courtiers, agents) ainsi que des plans de basculement effectués par d'autres de ses partenaires tels que les banques, syndicats, administrations... Ainsi, on peut très certainement s'attendre à un effet « boule de neige » du passage à l'euro : le choix de grandes entreprises industrielles, par exemple, d'utiliser la monnaie unique pour le paiement de ses primes et règlements incitera les compagnies d'assurance à passer à l'euro de manière prompte, elles-mêmes profitant de ce « basculement » pour proposer à leurs « clients » d'autres contrats libellés en euro. Ces choix vont ensuite se traduire par des investissements conséquents qui modifieront de manière radicale la vie de l'entreprise et les méthodes de travail et ce, pour l'ensemble des métiers exercés depuis la formation, l'organisation jusqu'au marketing en passant par les systèmes d'information. Plusieurs sociétés ont déjà choisi leur orientation tandis que d'autres n'ont pas encore défini leur stratégie. Plus le basculement est rapide, plus la compagnie d'assurance pourra anticiper le marché pour rationaliser les coûts, pour se positionner par rapport aux concurrents, associer l'ensemble du personnel au projet et instaurer le dialogue avec les assurés.

Accès à un marché unique des capitaux

La monnaie unique va offrir au marché européen des capitaux une plus grande diversité, plus de liquidités et l'attrait d'un grand marché unique des capitaux adapté aux besoins et aux enjeux de la mondialisation. Or, les assureurs sont par nature de grands gestionnaires de fonds. En effet, de par son particularisme (le processus de production est inversé, les assureurs payant à l'avance pour une prestation future aléatoire), le monde de l'assurance engrange de nombreuses liquidités qu'il a par la suite l'obligation de placer « en bon père de famille ». Fortes détentrices d'actifs, les compagnies d'assurance préfèrent investir lorsque la situation économique présente une monnaie solide, des taux d'intérêt réels positifs et de longues périodes de faible inflation, toutes choses qui devraient être rendues possibles par l'avènement de l'UEM. Le pacte de stabilité et de croissance contribuera à la nette diminution du recours aux

emprunts publics ainsi qu'à la stabilisation des déficits publics, ce qui rendra moins attrayants les produits de taux d'intérêt. Ceci bénéficiera directement au marché des actions, qui connaîtra un regain d'intérêt, tout comme l'épargne de long terme, le marché de l'assurance vie et les fonds de pension. Actuellement, le marché des actions est très fragmenté (33 bourses réglementées et 18 autorités de régulation en Europe contre 3 bourses et 1 autorité de régulation aux USA). Devant cette multiplicité de structures et de règles, l'analyse comparée des résultats de diverses entreprises européennes est rendue complexe. L'avènement de la zone euro aura des répercussions sur le marché des actions qui perdra sa spécificité géographique et les assureurs profiteront de cet éventail plus large pour investir sur un nombre plus important de sociétés.

Disparition de la règle de congruence

Jusqu'à présent, la règle de congruence s'applique à tous les gestionnaires d'assurance vie ou de fonds de pension et exige d'eux que tout engagement libellé dans une devise donnée soit représenté par un actif libellé dans cette même monnaie. Par exemple, un fonds de pension, constitué en Belgique pour des clients belges est aujourd'hui dans l'obligation pratique de placer la totalité de ses avoirs en actifs belges. Le risque de change disparaissant avec l'avènement de la zone euro, cette règle est devenue caduque dès le 1^{er} janvier 1999. Ceci leur permettra d'élargir considérablement l'horizon de placement, le fonds de pension pouvant dès cette date investir dans toute l'UEM. Il est important de noter que cette règle reste d'application pour toutes les transactions effectuées hors des frontières de l'UEM.

Un marché unique de l'assurance

Le passage à l'euro constituera un formidable coup d'accélérateur vers le marché unique de l'assurance en Europe et vers le développement de la libre prestation de service (LPS). Avant l'euro, une stratégie largement répandue dans le monde de l'assurance pour une compagnie désireuse de s'internationaliser et surtout désireuse de s'implanter dans un autre pays que son pays d'origine était de racheter purement et simplement une autre compagnie par le biais d'une OPA ou OPE. Dans un futur proche, grâce à l'euro, la comparaison simplifiée des prix donnera tout son sens à la LPS et favorisera l'émergence d'un marché unique de l'assurance.

■ LA SITUATION DU POINT DE VUE DES ASSURÉS

Une fois passée leur appréhension légitime face au bouleversement de l'échelle des valeurs, les assurés consommateurs de produits d'assurance devraient retirer de nombreux avantages.

□ Le principe de continuité juridique des contrats

L'introduction de l'euro ne modifiera en rien les termes des contrats d'assurance en cours. Comme le précise l'article 3 du règlement n° 1103/97 qui fixe certaines dispositions relatives à l'arrivée de l'euro : « *l'introduction de l'euro n'a pas pour effet de modifier les termes d'un instrument juridique ou de libérer ou de dispenser de son exécution, et elle ne donne pas à une partie le droit de modifier un tel instrument ou d'y mettre fin unilatéralement.* » En d'autres termes, le passage à l'euro ne pourra servir de prétexte à la non-exécution de ses obligations par une des parties d'un contrat d'assurance.

□ Une comparaison facilitée

La comparaison des prix et des tarifs sera rendue plus aisée. L'adaptation des primes à payer en euro permettra au consommateur d'assurance de comparer de manière directe les différentes possibilités transnationales s'offrant à lui, ce qui permettra à l'assureur d'effectuer son choix en toute transparence. De plus, les courtiers d'assurance identifieront et mettront à profit encore plus qu'aujourd'hui les écarts de prix pouvant exister entre plusieurs produits afin de conseiller au mieux leurs clients.

□ Baisse ou hausse des prix ?

L'euro devrait avoir des conséquences positives directes sur la compétitivité des entreprises européennes engendrées par la disparition des taux de change et par les économies de gestion réalisées. L'accroissement de la transparence pourrait entraîner une baisse des prix de l'assurance. Néanmoins, l'euro pose le problème d'une nouvelle détermination des « seuils psychologiques ». Si un prix de 99 francs français présente un intérêt en terme de marketing, il n'en sera plus de même après sa conversion en euro qui avoisinera les 15,18 euros ! Les entreprises vont-elles rogner leurs marges afin d'offrir un produit à 14,99 euros ? Vont-elles arrondir à 15,2 euros ? Ou proposer le prix « juste » simplement converti ? Il

y a fort à parier que les entreprises qui aligneraient systématiquement leurs prix à la hausse seraient sorties du marché par la concurrence.

■ CONCLUSIONS

Dès 1999, une masse critique d'activités (émissions de dette publique, opérations sur les marchés monétaires, sur les marchés des capitaux...) va basculer vers l'euro. Il va s'ensuivre une période de transition et de cohabitation monétaire entre 1999 et 2002 durant laquelle les réactions des différents agents économiques sont difficiles à prévoir. Durant cette phase, les assureurs seront bien sûr en première ligne en tant qu'opérateurs, mais aussi comme sources d'informations, de conseils et d'assistance : l'attente des entreprises et des assurés sur ce point semble très forte. Si les grands groupes d'assurance européens décident de « basculer » rapidement vers l'euro, il s'ensuivra probablement un effet d'entraînement pour leurs partenaires commerciaux. Enfin, il se peut que la demande des particuliers pour des produits financiers et d'épargne en euros émerge dès le début de la phase de transition.

Ainsi, l'euro est susceptible de se diffuser rapidement dans toutes les sphères d'activités économiques en Europe. L'euro est une réalité que les différents acteurs mondiaux devront apprendre à apprivoiser.

□ Notes

1. Les critères portant sur la dette publique et sur le déficit public offrent une certaine souplesse. Certains pays, comme la Belgique, par exemple, dont l'endettement public est bien supérieur à 60%, ont été acceptés sur base d'une « tendance » à la baisse sensible de cet endettement.

2. Tout pays membre de la CEE a le droit de participer à l'UEM s'il le désire, dès qu'il répond aux conditions de convergence.

3. Les taux exprimés en italique et soulignés sont ceux pour lesquels le critère de convergence envisagé n'est pas respecté. On remarque donc la « largesse » exprimée envers certains pays en récompense des efforts qu'ils ont fournis afin d'inverser la tendance.

4. Les détenteurs de billets résidant hors de la CEE pourront néanmoins échanger leurs devises jusqu'en 2005 dans les différentes banques centrales.

STATISTIQUES SUR LES SUCCÈS LORS DE POURSUITES JUDICIAIRES EN MATIÈRE D'INCENDIE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

par Michel Hallard

RÉSUMÉ

L'auteur évoque deux situations juridiques pour traiter du thème « des succès lors de poursuites judiciaires » en matière d'incendie : d'une part, l'article 322-6 du Code Pénal relatif à la destruction, la dégradation ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes; d'autre part, l'article 313-1 du Code pénal relatif à l'escroquerie à l'assurance par le biais d'un incendie ou d'une explosion pour le profit. Le premier aspect concerne un incendie ou une explosion fait volontairement par un tiers, alors que le second concerne une escroquerie qui peut avoir été commise par l'assuré afin de toucher de son assureur une indemnité pour la destruction par un incendie d'un bien lui appartenant.

L'auteur explique les difficultés pouvant surgir à la suite d'enquêtes et de l'importance des aveux pour pouvoir prouver, sur le plan pénal, qui est l'auteur principal de la destruction volontaire ou de l'escroquerie. Cet article est rempli de conseils éminemment pratiques, et pour les assurés, comme victimes, et pour les assureurs, également victimes de leurs assurés-escrocs.

ABSTRACT

The author cites two legal situations in treating the theme "successful legal action" in cases of fire: (1) article 322-6 of the Penal Code covering the destruction, defacing or damage of someone else's property using explosives, fire or any other means that create a danger to persons; and (2) article 313-1 of the Penal Code covering fraudulent insurance claims involving arson or explosive. The first situation involves a fire or explosive deliberately caused by a third party, whereas the second concerns fraud possibly committed by the policyholder in order to claim payment for property destroyed by fire.

The authors explains the difficulties that may arise in such investigations. He points out that, in criminal law, admissions are key in order to prove who is the main perpetrator of the fraud or deliberate destruction. This article is a storehouse of highly practical advice for victimized policyholders as well as for insurers who may be the victims of their cheating clients.

L'auteur :

Michel Hallard est chargé de mission à l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (France).

Introduction

Lorsqu'un incendie ravage un pavillon particulier ou une entreprise industrielle, la première question qui vient à l'esprit de la majorité des personnes concernées est la suivante : s'agit-il d'un incendie accidentel, de cause électrique par exemple (le fameux court-circuit) ou d'un incendie causé volontairement par la main de l'homme ?

Ce n'est que beaucoup plus tard que certains esprits plus éclairés (notamment les assureurs, voire certains magistrats ou policiers plus curieux ou motivés que d'autres collègues) se demanderont s'il ne peut s'agir d'un incendie pour le profit, c'est-à-dire, en fait, d'une escroquerie à l'assurance.

En tout état de cause, lorsque le Procureur de la République territorialement compétent est prévenu soit par la police soit par les gendarmes d'un incendie qui vient d'éclater, il pense en premier lieu aux conséquences économiques, sociales et humaines que ce sinistre va entraîner si policiers ou gendarmes lui affirment qu'il est d'origine naturelle ou accidentelle et, en revanche, si ceux-ci prétendent qu'il est d'origine volontaire, ce magistrat se référera aussitôt à l'article 322-6 du Code Pénal (destruction, dégradation, détérioration d'un bien appartenant à autrui). Rarement (au moins en début d'enquête), il fera référence à l'article 313-1 du Code Pénal, c'est-à-dire l'escroquerie qui peut éventuellement avoir été commise par l'assuré afin de toucher de son assureur une indemnité indue pour la destruction par incendie de son pavillon personnel ou de son entreprise professionnelle.

Ce n'est donc que si un assureur dépose plainte contre son assuré pour tentative d'escroquerie ou se constitue partie civile devant le doyen des juges d'instruction qu'un magistrat se sentira concerné par ces faits devenus infraction financière et qualifiés « d'escroquerie ». Nous évoquerons ces deux situations juridiques pour traiter du thème « des succès lors de poursuites judiciaires » en matière d'incendie.

La destruction, la dégradation ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes (article 322-6 CP)

Les acteurs de la « scène du crime »

Pour ce qui concerne les mobiles de cet acte (vengeance, haine, idéologie, etc...), il est remarquable que celui-ci soit le fait, le

plus souvent, de terroristes (basques, corses ou autres), de racketteurs ou de certains employés s'estimant injustement licenciés.

Cette infraction est punie de dix ans d'emprisonnement et de 1 000 000 francs d'amende. Une aggravation de peine est prévue lorsque cette infraction est commise en bande organisée, entraîne mutilation ou incapacité, voire la mort.

Nous verrons ultérieurement que, le plus souvent, l'enquête de police (au sens large) se déroule, en ce domaine, soit en flagrant délit sous l'autorité du Procureur de la République, soit sur Commission Rogatoire si le Parquet, pour différents motifs, a fait ouvrir une information. Les succès des services de police et de gendarmerie sont en ce domaine assez modestes, surtout si l'incendiaire n'a passé que quelques heures en garde à vue ou n'est pas rapidement passé aux aveux. En revanche, l'audition du gardé-à-vue par le magistrat instructeur, qui le mettra ensuite en examen, ne semble pas poser de problème (car le magistrat dispose alors du résultat des prélèvements de débris, notamment) et confirmera souvent l'enquête des Services répressifs, même s'il arrive encore aujourd'hui que le prévenu revienne sur ses aveux ou ses déclarations préalables devant le juge d'instruction.

Pour exemple, citons, pour l'année 1996 (comparée à l'année 1995), ces quelques statistiques :

L'auteur des poursuites

• les Services publics :

Prévenus le plus souvent par les sapeurs-pompiers ou par les premiers témoins, les Services publics (police nationale ou gendarmerie nationale) se saisissent d'initiative ou en flagrance des faits et tiennent le Parquet informé de leurs principales investigations.

Ils procèdent, sur les lieux de l'incendie ou de l'explosion, aux premières « constatations », actes de procédure essentiels en droit français.

« Constater un fait c'est, disait Marcel Leclere, professeur à l'Institut de Criminologie de la Faculté de Droit à Paris, essentiellement l'observer avec minutie pour en tirer une description valant témoignage » (nous en reparlerons plus longuement dans le cadre du sujet traité le 14 novembre 1997 à 11 h 05 et intitulé « lignes directrices et standards pour l'investigation »).

Ces premières constatations sont tellement importantes pour la suite et l'issue de l'enquête qu'une Commission mixte (police,

INCENDIES

	Année 1995	Année 1996
Faits constatés :		
- Incendies volontaires contre les biens publics	2 687	2 992
- Incendies volontaires contre les biens privés	<u>15 701</u>	<u>17 529</u>
	18 388	20 521
Faits élucidés :		
- Incendies volontaires contre les biens publics	874	793
- Incendies volontaires contre les biens privés	<u>3 603</u>	<u>3 303</u>
	4 477	4 096

**Le taux d'élucidation est de 19,96 %
(30,22 % pour l'ensemble des crimes et délits en 1996)**

	Biens publics		Biens privés	
	1995	1996	1995	1996
Garde à vue :				
- 24 heures	363	382	1 245	1 378
- 24 heures et +	<u>123</u>	<u>98</u>	<u>471</u>	<u>428</u>
	486	480	1 716	1 806
La population délinquante :				
- Laissés libres	807	856	2 422	2 576
- Écroués	106	107	452	422

gendarmerie, assureurs) a mis en place en octobre 1989 une fiche de travail intitulée « document destiné aux premiers intervenants sur un lieu d'incendie ». (L'annexe de l'auteur n'a pas été reproduite. Elle demeure néanmoins disponible au lecteur, sur demande.)

Ce sont essentiellement les gardiens de la paix ou les gendarmes des brigades territoriales qui sont ces « premiers intervenants ».

Le document proposé se présente sous la forme d'une liste d'indices. Il fallait qu'il soit simple, clair, facile à comprendre et à

EXPLOSIONS

	Année 1995		Année 1996	
Faits constatés :				
- Attentats par explosifs contre les biens publics	227		217	
- Attentats par explosifs contre les biens privés	386		401	
	<hr/> 613		<hr/> 618	
Faits élucidés :				
- Attentats par explosifs contre les biens publics	74		44	
- Attentats par explosifs contre les biens privés	45		74	
	<hr/> 119		<hr/> 118	
	Biens publics		Biens privés	
	1995	1996	1995	1996
Garde à vue :				
- 24 heures	50	40	29	41
- 24 heures et +	14	28	16	24
	<hr/> 64	<hr/> 68	<hr/> 45	<hr/> 65
La population délinquante :				
- Laissés libres	54	45	49	38
- Écroués	12	23	25	30

transposer, tout en apportant suffisamment de renseignements techniques aux Officiers de Police Judiciaire (OPJ) chargés ultérieurement d'attirer l'attention du Procureur de la République sur la gravité des faits, leur aspect délictuel, ou de poursuivre l'enquête sur les instructions formelles de ce magistrat.

En ce qui concerne les gardiens de la paix (Police Nationale), les indices recueillis peuvent être portés directement sur la main courante du commissariat et mis ainsi à la disposition de l'OPJ chargé de se rendre sur place. Bien entendu, chacun des indices pris séparément ne signifie pas que l'on soit en présence d'un incendie volontaire. C'est seulement le cumul de certains de ces indices qui permet de le supposer, voire de l'affirmer.

Ce document essentiel permet aujourd'hui de ne pas qualifier trop vite d'accidentel un incendie qui est vraisemblablement d'origine volontaire.

- *le Parquet :*

Si les Services de police ou de gendarmerie ne se sont pas saisis d'office (enquête d'initiative ou en flagrance) des faits, soit parce qu'ils n'en ont pas été avisés, soit parce qu'ils n'ont pas encore pu se rendre sur les lieux, le Parquet peut, en fonction des renseignements et des rapports dont il dispose déjà, soit charger ces Services d'effectuer une enquête :

- sur réquisition (enquête préliminaire), ou
- en flagrance (le crime ou le délit était flagrant),

soit ordonner l'ouverture d'une information (notamment si un suspect a été retenu par des témoins ou interpellé par les premiers intervenants).

Dans cette dernière hypothèse, les Services de police procéderont à leurs investigations sous le contrôle et l'autorité d'un juge d'instruction et non plus du Procureur de la République. Leurs actes seront accomplis dans le cadre de commissions-rogatoires (spéciales ou générales) délivrées par ce juge.

- *la victime :*

Dans le cadre d'affaires de racket, de vengeance, voire de terrorisme, une ou plusieurs personnes sont généralement, au plan matériel, victimes de ces faits délictueux (destruction, détérioration ou dégradation d'un bien par incendie ou explosion).

Si elle se décide rapidement, cette victime peut, au plan pénal, déposer plainte (contre X ou personne dénommée) ou se constituer partie civile avant que les Services de police ou le Parquet n'aient pu réagir.

Elle peut aussi choisir la voie civile, mais c'est beaucoup plus rare, le réflexe normal étant de préférer la voie pénale, surtout si elle soupçonne quelqu'un en particulier d'avoir mis le feu ou déposé un engin explosif ou encore si elle (ou ses proches) ont été blessés ou tués.

Comment va-t-elle déposer plainte ?

- elle peut déposer plainte (contre X ou personne dénommée) en écrivant directement au Procureur de la République territorialement compétent (par le biais ou non de son avocat),

– elle peut se rendre au Commissariat et déposer plainte, pour les mêmes raisons et sur le fondement du même article, entre les mains d'un OPI,

– enfin, elle peut se constituer partie civile en déposant plainte (contre X ou personne dénommée) pour dégradation, détérioration ou destruction d'un bien meuble ou immeuble (art. 322-6 CP). [si blessures ou mort d'hommes d'autres articles du Code Pénal sont applicables, cf. annexe n° 2.] (L'annexe de l'auteur n'a pas été reproduite. Elle demeure néanmoins disponible au lecteur, sur demande.)

• *l'assureur :*

L'assureur n'est pas « victime directe » de l'incendie ou de l'explosion, sauf s'il est confronté à un cas de fraude (cf. chap. 2). C'est son assuré qui est directement victime et concerné par les faits.

L'assureur, contrairement à son assuré, ne pourra donc pas déposer plainte contre la personne qui a mis le feu ou déposé un engin explosif et qui, en l'espèce, est, rappelons-le, totalement étrangère au contrat d'assurance, aux relations contractuelles assureur-assuré.

En revanche, l'assureur pourra toujours « déclencher l'action publique » en dénonçant au Procureur de la République les faits dont il a eu connaissance par le biais, par exemple, d'investigations officieuses menées par un agent d'investigation d'ALFA ou un agent privé de recherches (APR).

S'il ne souhaite pas dénoncer les faits lui-même, il pourra toujours s'adresser au commissaire détaché par le ministère de l'Intérieur au sein d'ALFA, dont la mission consiste notamment à « détecter des crimes et délits, grâce aux informations transitant par l'Association ainsi que dans le cadre de ses rapports officiels avec la profession de l'assurance et à en donner avis aux administrations concernées ».

L'escroquerie à l'assurance par le biais d'un incendie ou d'une explosion pour le profit (article 313-1 CP)

Les auteurs de la « scène du crime »

Il arrive assez fréquemment (cf. fichiers thématiques d'ALFA n° 2 (1996) p. 5 – Rubrique intitulée « répartition en nombre des 348 incendies volontaires en fonction de leurs mobiles présumés, ci-annexée (l'annexe de l'auteur n'a pas été reproduite; elle

demeure néanmoins disponible au lecteur, sur demande), que ce soit l'assuré (et non plus un tiers) qui mette le feu à son bien propre (meuble ou immeuble, par exemple, une voiture ou un pavillon) pour toucher indûment une indemnité d'assurance. Nous sommes là dans le domaine de l'escroquerie (art. 313-1 CP).

Cette infraction est punie de 5 ans d'emprisonnement et de 2 500 000 francs d'amende. Une aggravation de peine est prévue lorsqu'elle est commise en bande organisée.

Elle est le fait de l'assuré et de lui seul, même s'il lui arrive quelquefois d'utiliser « les services » d'un « intermédiaire », « d'un spécialiste » pour mettre le feu. Du même coup, ce « professionnel » va devenir son complice, l'assuré demeurant l'auteur « intellectuel » de l'infraction.

En ce domaine, l'enquête de police se déroule le plus souvent sur réquisition du Parquet ou dans le cadre d'une information suite à la plainte avec constitution de partie civile de l'assureur directement victime des faits. En matière d'escroquerie à l'assurance, l'enquête en flagrance n'est pas en effet des plus fréquentes.

Les succès des services de police et de gendarmerie, en la matière, ne sont que partiellement connus. En effet, une escroquerie à l'assurance n'est en fait qu'une escroquerie au sens de l'article 313-1/CP et elle est comptabilisée comme telle avec, d'ailleurs, les abus de confiance !

Pour mémoire, citons pour l'année 1996, ces quelques statistiques :

Il est permis de constater qu'il y a eu peu de personnes écrouées pour escroqueries et abus de confiance par rapport aux affaires réussies en ce domaine.

Il y a fort à parier que peu d'escrocs à l'assurance, encore moins d'incendiaires pour le profit, figurent dans les 2 241 écroués. Et, en fin de compte, combien d'entre eux seront-ils réellement condamnés par les tribunaux français ? Certainement un faible nombre.

ESCROQUERIES	
Faits constatés :	
- 1995	90 068
- 1996	84 014
Soit une variation de - 6,72 %.	
Faits constatés / faits élucidés :	
Pour 1996	84 014 / 72 624
Garde à vue :	
- 24 heures	7 501
- 24 heures et +	1 803
	<hr/> 9 304
La population délinquante :	
- Laissés libres	31 673
- Écroués	2 241

L'auteur des poursuites

- *les Services de police et de gendarmerie ou le Parquet :*

Bien entendu, les Services de police et de gendarmerie ou le Parquet peuvent être à l'origine des poursuites, suite à un renseignement communiqué, soit par une personne désirant conserver l'anonymat, soit par l'assureur ou ALFA (c'est l'un des rôles du Commissaire détaché au sein de cet organisme professionnel de l'assurance).

Le plus souvent, c'est au cours d'une enquête ouverte pour « destruction, dégradation ou détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive ou d'un incendie » (cf. chap.1) que les enquêteurs officiels ou le Parquet découvriront, en fait, que l'incendiaire présumé n'est autre que l'assuré, qu'un escroc qui a mis le feu pour toucher indûment l'indemnité d'assurance.

Quels sont les mobiles de l'incendiaire dans ce cas précis ?

Le plus courant d'entre eux est le profit.

La situation de l'intéressé est obérée, irrémédiablement compromise, la seule solution qui lui reste pour s'en sortir est l'incendie de son propre bien.

- *l'assureur :*

Mais c'est surtout l'assureur qui, dans le cadre de l'incendie pour le profit, va être le « fer de lance » des poursuites, notamment si, parallèlement à l'enquête, il a fait diligenter, à ses frais, des recherches officieuses par un agent d'investigation d'ALFA ou un APR. Investigations qui peuvent, bien entendu, se révéler fructueuses et positives.

Dès lors, dans le cas où les conclusions de l'enquêteur privé sont nettes, non équivoques et mettent directement en cause l'assuré, l'assureur doit en tirer toutes les conséquences en agissant contre personne dénommée (l'assuré) et donc en se constituant partie civile pour escroquerie ou tentative d'escroquerie contre celle-ci.

S'il ne le faisait pas, les magistrats pourraient penser, pour citer la jurisprudence, que « l'assureur démontre sa volonté de ne pas accomplir ses obligations contractuelles sans oser accuser ouvertement son assuré, ni être en mesure de prouver l'implication de celui-ci dans la survenance du sinistre » !

Cette réticence de certaines sociétés ou mutuelles, et qui peut être motivée, soit par des raisons commerciales, soit par la crainte de demandes reconventionnelles (en diffamation, dénonciation calomnieuse ou procédure abusive), n'est d'ailleurs pas justifiée.

En effet, lorsqu'il porte plainte avec constitution de partie civile contre son assuré, l'assureur n'a pas à rapporter la preuve de l'infraction et de son préjudice, puisque ce sont les objets mêmes de l'instruction en raison du caractère inquisitoire de la procédure pénale.

Selon une jurisprudence constante, il suffit « que les circonstances sur lesquelles s'appuie la plainte permettent au juge d'admettre comme possible l'existence du préjudice allégué et la relation directe de celui-ci avec une infraction » (Cour Cass., CH. Crim., Arrêt du 4 novembre 1969).

Si l'enquête officieuse ne permet pas de mettre directement et personnellement en cause l'assuré, l'assureur pourra toujours, par simple lettre, dénoncer au Parquet les faits dont il a eu connaissance, sans pour autant déposer plainte, ou bien se retourner vers le Commissaire détaché qui pourra s'acquitter de cette tâche à sa place.

• *l'assuré-escroc* :

Il sait qu'il a mis ou fait mettre le feu (ou déposer l'engin explosif). Il sait aussi que des enquêtes (officielles/officieuses) sont menées, que des indices ont été recueillis, que des analyses de débris par chromatographie en phase gazeuse sont en cours, etc...

Il n'a donc pas intérêt à trop se manifester, « à agiter le drapeau rouge », il doit se faire « discret ». C'est ce qui se passe le plus souvent.

Quelquefois, cependant, il arrive que l'on ait affaire à un escroc de « haut vol », à un « petit malin ». Au lieu de se taire, il va au contraire prendre l'initiative de l'action et, avant que l'assureur ne se constitue partie civile pour escroquerie, il va, en sa qualité de « victime directe » présumée, déposer plainte contre X... pour dégradation, destruction détérioration de son bien par autrui. En fait X, c'est lui, il le sait bien, mais ce faisant, il brouille les pistes, il fait comme s'il était de bonne foi et recherchait la vérité.

Or, en se constituant partie civile sur le fondement de l'article 322-6 du CP, il aura accès aux actes de procédures accomplis par les enquêteurs, aux analyses, à tous les documents recensés par l'assureur et les Services publics. Il pourra ainsi organiser sa

défense sans que l'on puisse légalement s'y opposer, alors que l'on sait pertinemment qu'il est l'auteur des faits et non la victime.

□ Conclusion

En conclusion, quels enseignements peut-on tirer de cette étude ?

– Tout d'abord, l'enquête de police sur les causes et origines de l'incendie est techniquement difficile, délicate. S'il est aisé aujourd'hui, avec les méthodes d'analyse modernes, de prouver qu'un incendie ou qu'une explosion sont d'origine volontaire, il n'est pas encore évident de déterminer, avec certitude, qui est l'incendiaire.

On a des soupçons, mais pas des aveux. Or, si les auteurs admettent que les aveux ne sont plus aujourd'hui « la reine des preuves », en matière d'incendie volontaire, il en va tout autrement. Sans eux, en effet, il est très difficile de prouver, au plan pénal, qui est l'auteur principal de la destruction volontaire ou de l'escroquerie.

Les statistiques, s'il en était besoin, sont là pour attester cette difficulté.

– Il est néanmoins formellement conseillé aux assurés (victimes de bonne foi) et aux assureurs (victimes de leurs assurés-escrocs en cas d'incendie simulé) de ne pas hésiter à se constituer partie civile lorsqu'ils ont pu obtenir, grâce à une enquête officieuse, un « dossier béton », ou à déposer plainte si l'enquête officielle a abouti, même si les condamnations à des peines fermes sont peu nombreuses.

– Enfin, en ce qui concerne les assureurs proprement dits, si certains d'entre eux hésitent (et pour cause), dans le cas d'un incendie frauduleux pour le profit à se constituer partie civile contre leur propre assuré en déposant plainte devant le doyen des Juges d'instruction pour tentative d'escroquerie, (seule voie juridiquement acceptable), il est utile de leur rappeler que le choix de la voie civile peut également présenter un intérêt certain. Certes, leur assuré ne sera pas condamné à de fortes peines ou amendes mais, en revanche, l'assureur pourra obtenir des tribunaux civils la nullité du contrat ou la déchéance de la garantie ainsi que des dommages intérêts subséquents, sans que les aveux de l'assuré ou des indices graves et concordants soient absolument nécessaires pour fonder cette sanction (cf. annexe: Arrêt de la Cour d'appel de Rouen en date du 3 mai 1995 – affaire SARFATY). (L'annexe de l'auteur n'a pas été reproduite. Elle demeure néanmoins disponible au lecteur, sur demande.)

ASYMMETRIC INFORMATION IN AUTOMOBILE INSURANCE: AN OVERVIEW*

by Pierre-André Chiappori

ABSTRACT

The goal of this paper is to briefly review a number of empirical models that explicitly aim at testing for or evaluating the importance of asymmetric information in automobile insurance. Modern insurance economics has been deeply influenced by the recent developments of contract theory. Our understanding of such crucial aspects as the design of optimal insurance contracts, the form of competition on insurance markets or the role of public regulation, just to name a few, systematically refers to the basic concepts of contract theory—moral hazard, adverse selection, commitment, renegotiation and others. Conversely, it is fair to say that insurance has been, and to a large extent still remains, one of the most important and promising field of empirical application for contract theory.

RÉSUMÉ

Le but de cet article est de présenter une brève revue des modèles empiriques utiles pour tester ou évaluer l'importance de l'asymétrie d'information pour les marchés d'assurance automobile. L'économie de l'assurance moderne a été influencée par les développements récents de la théorie des contrats. Notre compréhension des aspects cruciaux des formes des contrats optimaux, de la concurrence dans les marchés d'assurance ou du rôle de la réglementation publique, pour n'en nommer que quelques-uns, réfère aux concepts de base de la théorie des contrats—risque moral, antisélection, engagement, renégociation et autres. Il est juste de dire que l'assurance a été et est toujours un des champs importants et prometteurs d'application empirique des contrats d'assurances.

L'auteur :

Pierre-André Chiappori is professor of economics at the University of Chicago.

* Financial support from the Chaire d'Économie de l'Assurance (Paris) is gratefully acknowledged. Errors are mine.

■ INTRODUCTION

Modern insurance economics has been deeply influenced by the recent developments of contract theory. Our understanding of such crucial aspects as the design of optimal insurance contracts, the form of competition on insurance markets or the role of public regulation, just to name a few, systematically refers to the basic concepts of contract theory – moral hazard, adverse selection, commitment, renegotiation and others. Conversely, it is fair to say that insurance has been, and to a large extent still remains, one of the most important and promising field of empirical application for contract theory.

By their very nature, insurance data provide nearly ideal material for testing the predictions of contract theory. As argued by Chiappori (1994) and Chiappori and Salanié (1997), most predictions of contract theory are expressed in terms of a relationship between, on the one hand, some “performance” that characterizes the outcome of the relationship under consideration, and on the other hand some transfers taking place between the parties. Under moral hazard, for instance, the transfer will be positively correlated with the outcome, but in a smoothed way, in order to conjugate incentives and risk sharing; under adverse selection, the informed party will typically be asked to choose a particular relationship between transfer and performance within a menu, the latter being generally proposed by the other party. Also, the exact translation of the notions of “performance” and “transfer” obviously varies with the particular field at stake. Depending on the particular context, the “performance” may be a production, a profit, the realization of a given task or the occurrence of an accident; whereas the transfer can take the form of a wage, a dividend, an insurance premium and others.

In all cases, empirical estimation of the underlying theoretical model would ideally require a precise recording of (i) the contract, (ii) the information available to both parties, (iii) the performance, and (iv) the transfers. In addition, the contracts should be to a large extent standardized, and large samples should be considered, in order to apply the usual tools of econometric analysis. As it turns out, data of this kind are quite scarce. In some contexts, the contract is essentially implicit, and its true implications are uneasy to grasp. More frequently, contracts do not present a standardized form because of the complexity of the information needed either to characterize the various (and possibly abundant) states of the world that should be considered, or to precisely describe each party’s informa-

tion¹. In many cases, part of the information at the parties' disposal is simply not observed by the econometrician, so that it is de facto impossible to condition on it as required by the theory. A typical example is repeated contracts, where the history of past relationship may provide crucial indications that in general are not (fully) available for the purpose of empirical observation. Last but not least, the "performance" is often not recorded, or even not precisely defined. In the case of labor contracts, for instance, the employee's "performance" is often the product of a supervisor's subjective estimation, and may not be recorded on the firm's files.

In contrast, insurance contracts basically fulfill all of the previous requirements. Automobile insurance provides a typical example. Here, contracts are largely standardized. The insurer's information is accessible, and can generally be summarized through a reasonable number of quantitative or qualitative indicators. The "performance" – whether it represents the occurrence of an accident, its cost, or both – is in general very precisely recorded in the firms' files. Finally, insurance companies frequently use data bases containing several millions of contracts, which is as close to asymptotic properties as one can probably go. It should thus be no surprise that empirical tests of adverse selection, moral hazard or repeated contract theory on insurance data, and especially automobile insurance, has attracted considerable attention.

The goal of this paper is to briefly review a number of empirical models that explicitly aim at testing for or evaluating the importance of asymmetric information in automobile insurance. The structure of this contribution is as follows. We first review some of the main theoretical issues at stake. We argue, in particular, that while adverse selection and moral hazard are generally recognized as cornerstones of modern contract theory, empirically distinguishing between these concepts may be quite difficult, especially when only "static" (cross-sectional) data are available. Then we briefly describe several contributions explicitly aimed at testing for asymmetric information in automobile insurance. The main conclusions are outlined in the last section.

■ THE THEORETICAL BACKGROUND

It is by now customary to distinguish between two polar cases of asymmetric information, namely adverse selection and moral

hazard. Each case exhibits specific features that must be understood before any attempt at quantifying their empirical importance.

□ **Adverse selection**

Adverse selection arises when one party – generally, the subscriber – has a better information than the other party – the insurer – about some parameter that is relevant for the relationship. Most of the time, the informational advantage is linked with the level of risk; typically, the issue will be whether the client knows better her accident probability, or the (conditional) distribution of losses incurred in case of accident. An key feature is that, in such cases, the agent's informational advantage is directly related to the insurer's (expected) cost of providing the contract.

A first point that should be emphasized is that, whenever empirical applications are concerned, the agent's better knowledge of her risk is not the only possible source of asymmetry, and possibly not the most important one. There are good reasons to believe, for instance, that the insureds also know better their own preferences, and particularly their level of risk aversion – although this aspect is often disregarded in theoretical models. A possible justification for this lack of interest is that, in principle, adverse selection on preferences has negligible consequences upon the form and the outcome of the relationship, at least in a context of pure competition. Competition typically imposes that companies always charge a fair premium, unless the latter cannot be directly computed (which is precisely the case when the agent's risk is not known). Hence, the equilibrium contract should not depend on the subscriber's preferences, whether the latter are public or private. In particular, in a model of competitive insurance markets with perfect information, the introduction of hidden information on preferences will not alter the equilibrium outcome.

This conclusion should however be qualified, for at least two reasons. For one thing, perfect competition is a natural assumption within a simplified theoretical model, but much less so in reality. Fixed costs, product differentiation, price stickiness, switching costs and cross-subsidization are part of the real world; oligopoly is probably the rule rather than the exception. In this context, firms are able to make positive profits, that are related to the agents' demand elasticity; the latter, in turn, directly reflects risk aversion. To take an extreme case, it is well known that in a principal-agent framework – equivalent to some monopoly position of the insurance company – adverse selection on risk aversion does matter for the form of the optimal contract.

A second caveat is that even when adverse selection on preferences *alone* does not matter, it may still, when added to asymmetric information of a more standard form, considerably modify the properties of equilibria. In a standard Rothschild-Stiglitz (from now RS) context, for instance, heterogeneity in risk aversion may result in violations of the classical single-crossing property of indifference curves “à la Spence-Mirrlees”, which in turn generates new types of competitive equilibria². More generally, situations of bi- or multi-dimensional adverse selection are much more complex than the standard ones, and may require more sophisticated policies³.

The previous remarks only illustrate a basic conclusion: when it comes to empirical testing, one should carefully check the robustness of the conclusions under consideration to various natural extensions of the theoretical background. Now, what are the main robust predictions that emerge from the theoretical models? Considering the case of pure competition, the answer is not straightforward. It obviously depends, among other things, on the particular definition of an equilibrium that is adopted. It is fair to say, however, that no general agreement has been reached on this issue. Using Rothschild and Stiglitz’s concept, equilibrium may fail to exist, and cannot be pooling. However, an equilibrium à la Riley always exists. The same conclusion holds for equilibria à la Wilson; in addition, the latter can be pooling or separating, depending on the parameters. Referring to more complex settings – for instance, game-theoretic frameworks with several stages – does not simplify the problem, because the properties of equilibria are extremely sensitive to the detailed structure of the game (for instance, the exact timing of the moves, the exact strategy spaces, ...), as clearly illustrated by Hellwig (1987).

These remarks again suggest that empirically testing the predictions coming from the theory is a delicate exercise; it is important to select properties that can be expected to hold in more general setting. Still, one can argue, following Chiappori and Salanié (1997), that three conclusions seem fairly robust; namely:

1. under adverse selection, agents are likely to be faced with menus of contracts, among which they are free to choose;
2. contracts with more comprehensive coverage are sold at a higher (unitary) premium;
3. contracts with more comprehensive coverage are chosen by agents with higher expected accident costs.

The first prediction is essentially qualitative; note that it holds for different types of adverse selection (i.e., agents may differ by their risk, but also by their wealth, preferences, risk aversion, etc.). The second prediction, in most circumstances, essentially reflects individual rationality: if pricing is approximately fair, an agent will not choose a contract with higher deductible (or more coinsurance) unless its unitary price is lower⁴. Again, this is not specific of adverse selection à la RS, where the agent's private information is related to his riskiness. Testing for this property is an interesting perspective, that has been followed by various authors. It however requires an explicit and adequate estimation of the firm's pricing policy, which may in some case raise difficult technical problems.

In contrast, the third property can be tested without estimating the pricing policy of the firm. If agents, facing the same menu of contracts (sold at identical fares), self select on the basis of some private information they have about their riskiness, then a positive correlation between coverage and expected costs should be observed, whatever the prices that were proposed in the initial stage. It should be noted that this prediction seems quite robust. For instance, it does not require single crossing, and it holds when moral hazard or multidimensional adverse selection are introduced; also, it remains valid in a dynamical setting⁵.

This claim must however be qualified, or at least clarified. What must be stressed, at this point, is that this prediction is valid within a group of *observationally identical* agents. In practice, insurance companies use observable characteristics to categorize individual risks. As far as pricing *across* the classes thus constructed is concerned, the previous conclusions are totally irrelevant. Some agents may be offered contracts entailing both higher unitary premium and larger deductible⁶; the point being that they cannot choose the class they will be categorized into. The self-selection issue applies only *within* such classes. The empirical translation is that one must systematically consider probability distributions that are *conditional on all observables*. Although this requirement is in principle straightforward, how this conditioning is actually performed on "real" data is one of the key problems of this line of empirical investigation.

Moral hazard

Moral hazard occurs when accident probabilities are not exogenous, but depend on some decision made by the subscriber (e.g., effort of prevention). When the latter is observable and con-

tractible, then the optimal decision will be an explicit part of the contractual agreement. For instance, an insurance contract covering a fire peril may impose some minimal level of firefighting capability, or at least adjust the rate accordingly. When, on the contrary, the decision is not observable, or not verifiable, then one has to examine the incentives the subscriber is facing. The curse of insurance contracts is that their mere existence tends to decrease incentives to reduce risk. In the extreme case of complete insurance (when the insured's welfare simply does not depend on the occurrence of an accident), incentives are killed, resulting in maximum accident probabilities. More generally, different contracts provide different incentives, hence result in different observed accident rates. This is the bottomline of most empirical tests of moral hazard.

Quite interestingly, the basic moral hazard story is very close to the adverse selection one, except for an inverted causality. Under adverse selection, people are characterized by different levels of risk (that will later be translated into dissimilar accident rates); because of these discrepancies, they choose different contracts. In a context of moral hazard, people first choose different contracts; then they are faced with different incentive schemes, hence adopt more or less cautious behavior, which ultimately results in heterogeneous accident probabilities. In both case, however, the conclusion is that, controlling for observables, the choice of a contract will be correlated with the accident probability – again, more comprehensive coverage being associated to higher risk. This suggests that it may be hard to distinguish between adverse selection and moral hazard in the static framework (i.e., using cross-sectional data). I may, as an econometrician, find out that, conditionally on observables, agents covered by a comprehensive automobile insurance contract are more likely to have an accident. But I hardly can say whether they chose full coverage because they knew their risk was higher, or whether, on the contrary, they became more risky because the comprehensive contract they selected for some exogenous reason killed most incentives to drive safely.

Distinguishing adverse selection from moral hazard

The adverse selection versus moral hazard puzzle can be solved in different ways. One is to exploit some dynamics elements of the relationship. Whenever changes in the incentive structure can be observed on a given population, should these changes be exogenous (resulting for instance from a new regulation) or endogenous (as produced, say, by an experience rating pricing policy), then it should be possible to single out the consequences of incentives

upon behavior, i.e., the moral hazard component. This path has been followed by several authors. A kind of static counterpart is when a sample of observationally identical subscribers are faced with different incentive schemes, and it is known that the selection into the various schemes was not endogenous. An ideal situation would be a controlled experiment, where agents are randomly assigned to different schemes. The celebrated Rand study on medical expenditures (see Newhouse *et al.*) provides a perfect illustration of such a context.

Finally, the estimation of a fully specified structural model can in some cases allow to distinguish between the two aspects. In that case, however, the distinction may depend in a very fundamental way of the particular, parametric representation adopted. Then its robustness is not guaranteed.

□ **“Ex-post” moral hazard**

The notion of ex-post moral hazard refers to a key feature of insurance data: what the insurer can observe are claims, not accident. In most cases, the decision to file a claim is made by the subscriber, and must be understood as a response to specific incentives. Should the costs of filing a claim exceed the expected benefits – say, because the expected cost is below the deductible, or experience rating implies that the claim will result in higher future premia – then the insured is always free not to declare.

This simple remark has two consequences. One is that the incentives to file a claim should be monitored by the insurance company, particularly when the processing of a small claim involves important fixed costs for the company. Deductibles, for instance, are often seen by insurance companies as a simple and efficient way of avoiding small claims. More related to the present topic is that fact that the empirical distribution of claims will in general be a truncation of that of accidents – since “small” accidents are typically not declared. Moreover, the truncation is endogenous; it depends on the contract (typically, on the deductible or the presence of experience rating), and also, possibly, on the individual characteristics of the insured (say, because the cost of higher future premia is generally related to the (expected) frequency of future accidents). This can potentially generate severe biases. To take an obvious example: if high deductibles discourage small claims, they lead to an automatic reduction of the number of *declared* accidents. This generates a (spurious) correlation between the choice of the contract and the observed level of risk, even in the

absence of adverse selection or ex ante moral hazard. A basic problem of any empirical estimation, therefore, is to control for this potential biases.

■ EMPIRICAL ESTIMATIONS OF ASYMMETRIC INFORMATION IN THE STATIC FRAMEWORK

While the theoretical analysis of contracts under asymmetric information began in the 70s, the empirical estimation of insurance models entailing either adverse selection or moral hazard is more recent. Among early contributions, one may mention Boyer and Dionne (1987) and Dahlby (1983), who does not reject the presence of some asymmetric information. However, Dahlby uses aggregate data only, so that it is not clear whether his results would be robust to the inclusion of more detailed individual data.

□ The hedonistic approach (Puelz and Snow 1994)

The field has however experienced a considerable development during the last decade. An important contribution is due to Puelz and Snow (1994), and relies upon an hedonistic model of insurance pricing. Using individual data from an automobile insurer in Georgia, they build a two-equation model of insurance contracts. The first equation represents the pricing policy adopted by the insurance firm. It takes the form:

$$P_i = g(D_i, X_i, \varepsilon_i)$$

where P_i and D_i are the premium and the deductible in the contract chosen by individual i , the X_i are individual-specific exogenous variables and ε_i is an econometric error term. This allows to directly test our second prediction – namely, that higher premia should be associated to lower deductible. This property is indeed confirmed by the data. However, as argued above, this result, per se, cannot provide a strong support to the existence of adverse selection. Whatever the reason for offering a menu of contracts, one hardly expects that rational insurees choose contracts with a higher unitary premium *and* a large deductible. More interesting is the test they propose for the third prediction – i.e., that the choice of a contract offering a more comprehensive coverage should be correlated with a higher accident probability. For this purpose, they estimate a second equation that describes the agent's choice of deductible. The

latter depends on the agent's "price of deductible" \hat{g}_D , as estimated from a third equation not presented in the article, and on his (unobserved) accident probability. The latter is proxied by a dummy variable RT_i that equals one if the individual had an accident and zero otherwise. This leads to an equation of the form:

$$D_i = h(\hat{g}_D, RT_i, X_i, \eta_i)$$

where η_i is another error term. The Rothschild-Stiglitz model predicts that higher risks buy better coverage, i.e. a lower deductible, so that h should decrease in RT . Puelz and Snow specify their first equation as a linear model and estimate it by ordinary least squares. Since there are only three levels of deductible in their data set, they estimate their second equation (again linear) by ordered logit; they find a negative coefficient for RT_i (although the choice of deductible does not vary much with the risk type).

□ Problems with the hedonistic approach

There are several problems in the Puelz-Snow approach, that provide an interesting illustration of the difficulties encountered by any attempt at testing the predictions of contract theory. A first (and somewhat technical) one is related to the approximation of the (unknown) accident probability by the dummy variable RT . This procedure introduces a measurement error in the second equation. In linear models, the estimates would be biased towards zero, which would reinforce the conclusion of Puelz-Snow. In an ordered logit, it is not clear which way the bias goes.

A second concern is that the data set under consideration comprises individuals of various ages and driving records. This important heterogeneity may be troublesome for two reasons. One is heteroscedasticity. Presumably, the distribution of the random shocks, and especially of η_i , will depend on the driver's seniority. Within a non linear model such as the ordered logit, this will bias the estimation. The second and more disturbing problem relates to experience rating. Insurers typically observe past driving records; these are highly informative on probabilities of accident, and, as such, are used for tariffication. Omitting these variables will typically generate a bias, that tends precisely to overestimate the level of adverse selection: the corresponding information is treated by the econometrician as being private, whereas it is in fact common to both parties. However, the introduction of past experience is a quite delicate task, because it is (obviously) endogenous. Not only are

panel data required, but endogeneity then raises specific (and delicate) econometric problems.

A final (and quite general) problem relates to the use of a highly constrained functional form. In the second equation, in particular, the relationship of the latent variable to the accident probability π and the price \hat{g}_D is taken to be linear. This needs not be the case. To illustrate this point, Chiappori and Salanié (1996) consider the case of constant absolute risk aversion. Then the individual's choice of deductible is of the form:

$$D_i = \frac{1}{\sigma_i} \log \frac{1 - \pi_i}{\pi_i} \frac{-\hat{g}_{Di}}{1 + \hat{g}_{Di}}$$

which is highly nonlinear. They argue that, in fact, applying the Puelz-Snow procedure to data generated by a *symmetric* information model, according to this formula, may well result in the kind of negative estimates they get, simply because the accident term captures in fact some of the omitted nonlinearities.

A particularly elegant illustration of this fact is provided by Dionne, Gouriéroux and Vanasse (1998). Their idea is to first run an ordered probit on the "accident" variable, then to introduce the resulting *predictors* $\hat{\pi}_i$ of this ordered probit in the right-hand side of the second equation (for the choice of deductible), together with the dummy RT_i . They find that the $\hat{\pi}$ variable has a large and highly significant negative coefficient, while the RT variable is no longer significant. This, obviously, has nothing to do with adverse selection, as $\hat{\pi}_i$ is by construction a function of the *observed* variables only. If insureds have some private information, only new information contained in the agent's choice of contract, as summarized in RT , should be interpreted as an adverse selection measure. The result suggests, a contrario, that the negative influence of RT in the initial model can be spurious and due to misspecification.

□ Correcting misspecifications

Several studies have attempted to correct these biases. Chiappori (1994) and Chiappori and Salanié (1996) propose a very general approach, that may potentially apply to most problems entailing adverse selection. The idea is to simultaneously estimate two (non linear) equations. One relates to the choice of the deductible. In the (simplest) case of a binomial decision, it takes the form

$$y_i = \mathbb{I}[f(X_i, \beta) + \varepsilon_i > 0] \quad (1)$$

where, as above, the X_i are individual-specific exogenous variables, the β are parameters to be estimated, and ε_i is an econometric error term. Note that, contrarily to Puelz and Snow, the accident variable RT is *not* included in the right hand side. Nor is the premium; the idea, here, is that the latter is computed as a function of observables only, so that any information it conveys is already included in $f(X_i, \beta)$ – provided, of course, that the corresponding functional form is flexible enough.

The second equation takes the occurrence (and/or severity) of an accident as the dependent variable. In the simplest case, the latter is the dummy for the occurrence of an accident (our previous RT variable), and the equation takes the form:

$$RT_i = \mathbb{I}[g(X_i, \gamma) + \eta_i > 0] \quad (2)$$

Note that this setting can easily be generalized. For instance, a recent contribution by Richaudeau (1997) takes into account the number of accident. Equation (2) is estimated using a count data model; the % are approximated by their “generalized residual” counterpart. In the same way, the distribution of accident costs (conditional on occurrence) can be introduced at that stage.

The key idea, then, is to simultaneously estimate the two equations, allowing for general correlation across the error terms. According to standard theory, asymmetric information should result in a positive correlation, under the convention that $y_i = 1$ (resp. $RT_i = 1$) corresponds to more comprehensive coverage (resp. the occurrence of an accident). One obvious advantage of this setting is that it does not require the estimation of the pricing policy followed by the firm, which is probably an extremely difficult task – and a potential source of important bias.

To circumvent the non linearity problems discussed above, as well as the issues raised by experience rating, Chiappori and Salanié consider a subsample of inexperienced drivers (which is equivalent to allowing each variable to interact with a young driver dummy); moreover, they introduce a large number of exogenous variables, allowing for crossed effects. They use both a parametric and a non parametric approach. The latter relies upon the construction of a large number of “cells”, each cell being defined by a particular profile of exogenous variables. Under the null (in the absence of adverse selection), within each cell the choice of contract and the occurrence of an accident should be independent, which can easily be checked using a χ^2 test.

This method can be given a fully general form. Following the presentation proposed by Dionne, Gouriéroux and Vanasse (1997)

and Gouriéroux (1997), a general strategy can be summarized as follows. Let Y , X and Z respectively denote the endogenous variable under consideration (say, the occurrence of an accident), the initial exogenous variables and the decision variables at the agent's disposal (say, the choice of a particular contract within a given menu). Let $l(Y|X, Z)$ denote the probability distribution of Y conditional on X and Z . In the absence of adverse selection, the agent's choice conveys no information upon the endogenous variable. The translation is that:

$$l(Y|X, Z) = l(Y|X)$$

Obviously, this relationship can be given different, equivalent forms:

$$l(Z|X, Y) = l(Z|X)$$

or

$$l(Y, Z|X) = l(Y|X)l(Z|X)$$

(the latter version expressing the fact that, conditionally on X , Y and Z should be independent).

Interestingly enough, in all the empirical applications to automobile insurance just listed (with the exception of the initial paper by Puelz and Snow), independence is not rejected; in other words, these studies find no evidence of adverse selection. One remark must be stressed at this point. According to the previous arguments, the existence of a positive correlation across the residual cannot be interpreted as establishing the presence of asymmetric information without some precautions: as argued above, any misspecification can indeed lead to a spurious correlation. Parametric approaches, in particular, are highly vulnerable to this type of flaws, especially when they rely upon some simple, linear form. But the argument is not symmetric. Suppose, indeed, that some empirical study does *not* reject the null (i.e., the absence of correlation). Although, in principle, this result might as well be due to a misspecification bias, this explanation is much less credible in that case; for it must be the case that, while (fully conditional) residual are actually positively correlated, there exists some bias that goes in the opposite direction with the *same* (absolute) magnitude – so that it exactly offsets the correlation.

Adverse selection versus moral hazard

As argued above, the previous tests are not specific of adverse selection. Moral hazard would typically lead to the same kind of

correlation, although with a different causality. Even in the static context, however, some papers have tried to disentangle the two types of asymmetries. In principle, any situation where some agents are, for exogenous reasons, faced with different incentive schemes can be used for testing for moral hazard. The problem, of course, is how to be sure that the differences in schemes are purely exogenous, and do not reflect some hidden characteristics of the agents. As an example, Chiappori and Salanié (1997) consider the case of French automobile insurance, where young drivers whose parents have low past accident rates can benefit from a reduction in premium. Given the particular properties of the French experience rating system, it turns out that the marginal cost of accident is reduced for these drivers. In a moral hazard context, this should result in less cautious behavior and higher accident probability. If, on the contrary, the parents' and children's driving abilities are (positively) correlated, a lower premium should signal a better driver, hence translate into less accidents. The specific features of the French situation thus allow to distinguish between the two types of effects. Chiappori and Salanié find evidence in favor of the second explanation: the accident rates of the "favored" young drivers are, other things equal, smaller than average by a small but significant percentage.

■ CONCLUSION

To conclude this brief overview, a few remarks are in order. First, a striking common feature of most empirical studies is their inability to detect any significant component of asymmetric information. This suggests that the corresponding problems, although systematically emphasized by the theory, may not be in fact systematically relevant. This conclusion, however, should not be pushed too far. For one thing, automobile insurance is but one particular field. In many other areas, adverse selection may well constitute a major problem; think, for instance, of unemployment insurance or the market for annuities, just to name a few. Secondly, the theoretical models remain extremely useful, in particular to predict the consequences of specific regulations. Indeed, a typical cause of adverse selection is the existence of specific rules that prohibit the use of particular variables⁷. In general, such regulations rely on the priors that discrimination based upon these variables is unethical or unfair, and should be suppressed. What theory suggests, however, is that they may well reveal counterproductive, to

the extent that they replace explicit discrimination based upon observables by the indirect selection devices induced by competition in an adverse selection setting. Clearly, the importance and potential social cost of such perverse effects may not be trivial. But this is an empirical issue, for which more applied research is clearly needed.

Notes

1. This problem, for instance, is frequently encountered with data related to firms' behavior.

2. See Villeneuve (1996) or Chassagnon (1996), and Chassagnon and Chiappori (1997) for a theoretical investigation of the new equilibria.

3. Typically, they may require more instrument than in the standard models; in addition, one may have to introduce randomized contracts.

4. This needs not be true when loading is important and reflects cross-subsidies across contracts. Indeed, agents with lower risk will then typically prefer partial coverage, even at a (slightly) higher unitary price. Note, however, insurance companies are unlikely to charge a higher unitary price to less risky customers in any case.

5. The literature on repeated adverse selection clearly indicates that, while partial pooling may occur (especially in the initial stages), and although revelation mechanisms are much more complex, the positive correlation between the contract choice and expected cost is still present.

6. This is typically the case of insurance for young drivers, for instance.

7. To name a few examples: race, sex, age, ...

References

- BOYER, M., and G. DIONNE (1989), "An Empirical Analysis of Moral Hazard and Experience Rating", *Review of Economics and Statistics*, 71, 128-134.
- CHASSAGNON, A. (1996), *Sélection adverse : modèle générique et applications*, PhD dissertation, DELTA.
- CHASSAGNON, A. and P.A. CHIAPPORI (1997), *Insurance under Moral Hazard and Adverse Selection: The Case of Pure Competition*, Mimeo, DELTA.
- CHIAPPORI, P.A. (1994), *Assurance et économétrie des contrats : quelques directions de recherche*, Mimeo, DELTA.
- CHIAPPORI, P.A. and B. SALANIÉ (1996), "Empirical Contract Theory: The Case of Insurance Data", CREST DP9639, forthcoming in the *European Economic Review*.
- CHIAPPORI, P.A. and B. SALANIÉ (1997), *Testing for Adverse Selection: the Case of Automobile Insurance Markets*, Mimeo, CREST.
- DAHLBY, B. (1983), "Adverse Selection and Statistical Discrimination: An Analysis of Canadian Automobile Insurance", *Journal of Public Economics*, 20, 121-130.
- DAHLBY, B. (1992), "Testing for Asymmetric Information in Canadian Automobile Insurance", in *Contributions to Insurance Economics*, G. Dionne ed., Kluwer Academic Publishers, 423-444.
- DIONNE, G., ed. (1992), *Contributions to Insurance Economics*, Kluwer, Boston.

- DIONNE, G., C. GOURIÉROUX and C. VANASSE (1997), *The Informational Content of Household Decisions, with an Application to Insurance under Adverse Selection*, CREST DP9701.
- DIONNE, G., C. GOURIÉROUX and C. VANASSE (1998), *Evidence of Adverse Selection in Automobile Insurance Markets*, in *Automobile Insurance: Road Safety, New Drivers, Risks, Insurance Fraud and Regulation*, edited by Dionne G. and C. Laberge Nadeau, Kluwer Academic Press, Boston 13-46.
- GOURIÉROUX, C. (1997), *The Econometrics of Insurance*, Invited Geneva Association Lecture, Conference on Risk and Uncertainty, Paris.
- HELLWIG, M. (1987), "Some Recent Developments in the Theory of Competition in Markets with Adverse Selection", *European Economic Review*, 31, 154-163.
- PUELZ, R. and A. SNOW (1994), "Evidence of Adverse Selection: Equilibrium Signalling and Cross-Subsidization in the Insurance Market", *Journal of Political Economy*, 102, 236-257.
- RICHAUDEAU, D. (1997), *Contrat d'assurance automobile et risque routier : analyse théorique et empirique sur données individuelles françaises 1991-1995*, thèse de doctorat, Université de Paris I Pantheon-Sorbonne, 331 pages.
- VILLENEUVE, B. (1996), *Essais en économie de l'assurance*, PhD dissertation, DELTA-CREST.

LES CABINETS DE COURTAGE IARD AU QUÉBEC : ÉTAT ACTUEL DU RÉSEAU ET ORIENTATIONS FUTURES

par Michel Gendron et Luc Naud

RÉSUMÉ

Le réseau de courtage en assurance de dommage fait présentement face à une croissance de la vente directe des produits d'assurance. Dans ce contexte, le but de cet article est de faire le point sur l'état actuel du réseau de courtage et ses orientations futures en présentant les résultats d'une étude ayant rejoint près de 75 % des cabinets de courtage au Québec. En plus de fournir une image précise de l'état du réseau de courtage, certaines réponses vont dans le sens d'une préoccupation importante des courtiers vis-à-vis du service qu'ils offrent à leur clientèle. Ces constatations tendent à confirmer les prédictions des modèles théoriques qui suggèrent que l'existence d'un réseau de courtage doit être justifiée par la qualité de ses services, qui viendraient compenser pour des coûts de distribution supérieurs à ceux des assureurs directs.

ABSTRACT

Property /casualty brokers currently face a growing competition from direct sales. In this context, the purpose of this paper is to describe the current state and the orientations of the brokerage network by presenting the results of a comprehensive survey that reached 75% of all the brokerage firms in Québec. Interpretation of results allow us, among other things, to verify that service is a main concern for brokers, which confirms the theoretical hypothesis that superior service should compensate higher expense ratios for the brokerage system.

Les auteurs :

Michel Gendron est directeur de la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance de l'Université Laval.

Luc Naud est professeur à la Chaire en assurance l'Industrielle-Alliance de l'Université Laval.

Les auteurs remercient M. Pierre Dansereau, M^{me} Geneviève Choquette, M^{me} Caroline Lavigne et M^{me} Lyne Darveau-Rivard pour leur collaboration à l'élaboration du questionnaire et à l'analyse des résultats, ainsi que les représentants des 635 cabinets qui ont participé à cette recherche.

■ INTRODUCTION

L'industrie de l'assurance est en pleine mutation. Au niveau des compagnies d'assurances l'heure est aux acquisitions, à l'internationalisation et aux démutualisations. Les modes de distribution des produits n'échappent pas à ces turbulences et on peut se demander ce qu'il advient du réseau de courtage qui subit les assauts de la distribution directe des produits d'assurance.

Il existe en effet deux façons principales de distribuer les produits d'assurance de dommages. Il y a d'une part les compagnies d'assurances qui offrent leurs produits via un réseau d'agents exclusifs ou d'employés salariés. Celles-ci sont communément appelées assureurs directs. Il y a d'autre part les compagnies d'assurances qui choisissent plutôt d'utiliser les services d'intermédiaires indépendants, les courtiers d'assurances, qui offrent à leurs clients les produits de plusieurs compagnies.

Les assureurs directs bénéficient d'un avantage certain au niveau des coûts. En effet, plusieurs études ont confirmé qu'il en coûte moins cher de distribuer directement les produits d'assurance générale (*Cummins & VanDerhei* [1979], *Johnson, Flanigan & Weisbart* [1981], *Kim, Mayers & Smith, Jr.* [1996]). Il s'agit là d'un avantage important pour les assureurs

directs qui voient leur part de marché augmenter tant au Canada qu'aux États-Unis (*Boucher* [1997], *Best's Review* [1998]). De plus, les coûts d'agence (*Mayers & Smith* [1981], *Sass & Gisser* [1989]) sont moins élevés pour la distribution directe que pour la distribution par courtier. Par exemple, les assureurs qui utilisent les modes de distribution par courtiers indépendants encourent le risque que des promotions et/ou commissions de première année offertes par d'autres assureurs n'incitent les courtiers à réorienter les renouvellements de contrats vers les assureurs les plus généreux (*Barrese, Doerpinghaus & Nelson* [1995]).

Par contre, plusieurs affirment que les services rendus aux clients par les courtiers d'assurances, en tant qu'intermédiaires indépendants, offrent un contre-poids important à l'avantage des coûts qui favorise les assureurs directs (*Mayers & Smith* [1981], *Pauly, Kunreuther & Kleindorfer* [1986]), et que ces services justifient l'existence d'un réseau de courtiers. Également, certains auteurs avancent que les courtiers peuvent régler de façon plus efficace certains types de problème d'agence entre assureur et assuré (*Barrese & Nelson* [1992]). On devrait donc observer, sous une forme ou une autre, des services supérieurs chez les courtiers, ou à tout le moins des gestes posés par les courtiers motivés par un souci d'offrir un

service supérieur. Les résultats des études empiriques sur la qualité relative du service des courtiers (*Etgar* [1976], *Consumers Reports* [1988], *Doerpinghaus* [1991]) sont cependant mixtes.

En novembre 1997, la Chaire en assurance L'Industrielle-Alliance de l'Université Laval obtenait une subvention d'une compagnie d'assurances de dommages, pour permettre la réalisation d'une étude du profil des cabinets de courtage IARD au Québec à l'aide d'un questionnaire.

Plus de 635 cabinets, représentant près de 75 % de tous les bureaux existant au Québec, ont participé à l'étude entre le 20 mars et le 11 mai 1998. L'examen des réponses aux questions permet non seulement de faire le point sur l'état actuel du réseau de courtage en assurance de dommages au Québec, mais fournit aussi certaines informations permettant de vérifier indirectement l'hypothèse avancée par les théoriciens pour justifier l'existence d'un réseau de courtage, soit la volonté des courtiers d'offrir un service supérieur.

L'objectif de cet article est donc double. Il s'agit d'abord, et surtout, de faire le point sur l'état actuel du réseau des cabinets de courtage IARD au Québec. Il s'agit ensuite d'utiliser certaines réponses des courtiers pour vérifier indirectement jusqu'à quel point le service constitue

une préoccupation majeure pour ceux-ci, confirmant ainsi l'hypothèse voulant que la qualité du service fournie par le réseau de courtage justifie son existence.

L'article est construit autour de dix thèmes d'actualité et d'intérêt pour les cabinets de courtage IARD au Québec, regroupés en deux blocs de cinq thèmes chacun. Le premier bloc est constitué d'éléments descriptifs de l'état du réseau et de l'administration interne des cabinets. On y retrouve les cinq thèmes suivants :

- L'évolution des primes, les parts de marché et les tendances.
- Le profil socio-économique et les attributs du cabinet.
- Les outils marketing.
- Les fusions et les acquisitions.
- Les services de facturation et de perception des comptes-clients.

Le second bloc comprends les cinq thèmes suivants qui ont en commun le fait qu'ils touchent, de près ou de loin, les services fournis par les courtiers aux assurés :

- Les regroupements de courtiers.
- Les systèmes informatiques spécialisés.
- L'interface et les écrans dédiés.
- La concentration des primes.

– Les produits complémentaires à l'assurance de dommages.

L'analyse des données recueillies pour chacun des dix thèmes ci-dessus est maintenant présentée.

■ ÉTAT DU RÉSEAU ET ADMINISTRATION DES CABINETS

L'analyse de ce premier bloc de thèmes fournit d'abord des informations quant à la perception des courtiers par rapport à l'évolution de leur part de marché et quant au profil socio-économique des cabinets. Ensuite, les intentions des courtiers par rapport aux méthodes de marketing, aux fusions et acquisitions, et aux services de facturation et de perceptions des comptes-clients sont présentées.

□ L'évolution des primes, les parts de marché et les tendances

Cette section portait sur l'évolution des primes et des parts de marché dans l'industrie. Nous avons demandé aux répondants si, selon eux, les primes souscrites par l'ensemble des cabinets ont varié au cours des deux dernières années. Après leur avoir mentionné que les primes souscrites par les courtiers, ainsi que le nombre de cabinets de courtage, ont diminué au cours

des dernières années, nous leur avons demandé d'indiquer quelle en serait la raison selon eux. Par la suite, nous avons vérifié s'ils pensaient que les primes des cabinets de courtage allaient augmenter ou diminuer dans les deux prochaines années et quels étaient leurs sentiments face à l'évolution du marché. Nous leur avons demandé d'estimer la part de marché des assureurs directs et de nous indiquer s'ils croyaient qu'elle augmenterait ou diminuerait au cours des deux prochaines années. Nous les avons questionnés sur leur intention de se retirer du marché d'ici deux ans et, advenant le cas, à qui ils comptaient vendre leur cabinet. Finalement, nous cherchions à savoir si leur volume de primes avait varié depuis deux ans et ce qu'il adviendrait, selon eux, du volume en lignes personnelles de leur cabinet d'ici deux ans. Les tableaux 1 à 8 précisent les résultats obtenus.

Près de 52 % des cabinets croient que le volume de primes des cabinets a décliné au cours des deux dernières années, tandis que 29 % estiment qu'il fut stable et seulement 14 % soutiennent qu'il y a eu croissance. La majorité (51 %) considèrent que la diminution du volume de primes des cabinets de courtage est due au développement des assureurs directs et 12 % croient que c'est une conséquence des fusions et des acquisitions. Dans les deux prochaines années, 35 % anticipent que les primes

de l'ensemble des cabinets vont diminuer tandis que 30 % croient en une stabilité de celles-ci et 22 % anticipent une hausse. Les cabinets semblent donc marginalement pessimistes quant à l'évolution du volume de primes futur.

TABLEAU 1

Opinion sur l'évolution du volume de primes souscrites par l'ensemble des cabinets de courtage depuis deux ans

Croissance	14,17 %
Demeuré stable	28,82 %
Décroissance	51,81 %
NSP/NRP	5,20 %

TABLEAU 2

Facteurs susceptibles d'expliquer la diminution du volume de primes souscrites par les courtiers et du nombre de cabinets de courtage

Développement des directs	50,87 %
Fusions et acquisitions	11,50 %
Manque de relève	4,09 %
Regroupement de courtiers	3,15 %
Performance des ventes	0,94 %
Autres	25,35 %
NSP/NRP	4,09 %

Pour ce qui est des sentiments des cabinets de courtage face aux changements qui s'opèrent actuellement dans l'industrie de l'assurance au Québec, 41 % se disent

TABLEAU 3

Opinion sur l'évolution du volume de primes souscrites par l'ensemble des cabinets de courtage au cours des deux prochaines années

Augmenter	21,57 %
Demeurer stable	30,39 %
Diminuer	34,80 %
NSP/NRP	13,23 %

inquiets, 28 % sont stimulés, 15 % se sentent agressés et 9 % sont indifférents. On constate alors un certain sentiment de nervosité au sein des cabinets de courtage québécois face aux changements actuels. Pour l'ensemble de l'échantillon, 62 % des cabinets ont vu leur volume de primes augmenter au cours des deux dernières années tandis que 25 % disent qu'ils est demeuré constant et 12 % affirment qu'il a diminué.

TABLEAU 4

Perception des changements actuels dans l'industrie de l'assurance

Inquiète	40,94 %
Stimule	27,87 %
Agresse	15,28 %
Laisse indifférent	8,66 %
Enthousiasme	4,09 %
NSP/NRP	3,15 %

Au niveau de la part de marché des assureurs directs, estimée en moyenne à 31 % par les

répondants, 74 % la croient entre 15 % et 40 %. Près de 50 % des cabinets interrogés pensent que la part de marché des directs va augmenter dans les années à venir alors que 31 % disent qu'elle sera stable et 7 % qu'elle diminuera.

TABLEAU 5

Estimation de la part de marché des assureurs directs pour les lignes personnelles

Moins de 21 %	16,91 %
De 21 % à 30 %	31,08 %
De 31 % à 40 %	28,50 %
De 41 % à 50 %	4,83 %
Plus de 50 %	3,70 %
NSP/NRP	14,98 %

TABLEAU 6

Opinion sur l'évolution de la part de marché des directs en lignes personnelles au cours des deux prochaines années

Augmente	49,61 %
Demeure stable	31,34 %
Diminue	6,77 %
NSP/NRP	12,28 %

De notre échantillon, 83 % affirment qu'ils resteront dans l'industrie alors que 10 % ont l'intention de se retirer du marché dans les trois prochaines années. De ces derniers, 38 % prévoient vendre à un courtier, 27 % aux enfants et 13 % à un partenaire.

TABLEAU 7

Intention de se retirer du marché de l'assurance au cours des trois prochaines années

Oui	9,92 %
Non	83,31 %
NSP/NRP	6,77 %

TABLEAU 8

Avenir du cabinet de ceux qui ont l'intention de se retirer du marché au cours des trois prochaines années

Vente à un courtier	38,10 %
Vente aux enfants	26,98 %
Vente à un partenaire	12,70 %
Vente sans acheteurs désignés	7,94 %
Vente à un assureur	1,59 %
Autres	3,17 %
Fermeture	1,59 %
Ne sait pas	7,94 %

Bref, bien que la plupart des répondants indiquent que leur cabinet a connu une croissance du volume de primes souscrites dans les deux dernières années, une majorité croient que le volume total de primes des cabinets de courtage a diminué depuis deux ans. Une minorité croient que la vapeur sera renversée au cours des deux prochaines années. La moitié des cabinets estiment que la part de marché des directs devrait croître dans le futur, cette évolution

semblant inquiéter une majorité de répondants. Finalement, 10 % ont l'intention de se retirer du marché dans les trois prochaines années, prévoyant vendre à d'autres courtiers, aux enfants ou à un partenaire.

Le profil socio-économique et les attributs des cabinets

Les questions concernant le profil socio-économique des cabinets de courtage avaient trait à l'âge et au sexe du répondant, à l'âge du cabinet, au nombre d'employés, de propriétaires/actionnaires et de clients. De plus les répondants ont été interrogés sur la forme juridique de l'entreprise, les taux de conservation de la clientèle et l'importance attribuée à la relève. Les résultats se rapportant à ces questions se retrouvent aux tableaux 9 à 20.

Le profil socio-économique

Tel que rapporté au tableau 9, une forte majorité des cabinets ont choisi de se constituer en corporations, alors que seulement 14 % sont des entreprises à propriétaire unique et 5 % des sociétés non-incorporées.

TABLEAU 9 Forme juridique	
Incorporation	80,63 %
Propriétaire unique	14,02 %
Société non-incorporée	5,35 %

Nous demandions à ce qu'un propriétaire/actionnaire du cabinet réponde aux questions. Parmi les 635 personnes qui ont répondu, la présence masculine est dominante chez les propriétaires/actionnaires, comme en témoigne la proportion des hommes qui était de 83 %.

TABLEAU 10 Âge de l'actionnaire le plus âgé	
Moins de 31 ans	1,00 %
31 à 40 ans	5,00 %
41 à 50 ans	28,00 %
51 à 60 ans	44,33 %
61 à 70 ans	15,67 %
Plus de 70 ans	2,67 %
NSP/NRP	3,33 %

TABLEAU 11 Âge de l'actionnaire le plus jeune	
Moins de 21 ans	1,90 %
21 à 30 ans	10,76 %
31 à 40 ans	42,72 %
41 à 50 ans	28,48 %
51 à 60 ans	11,71 %
Plus de 60 ans	0,95 %
NSP/NRP	3,48 %

TABLEAU 12
Âge du propriétaire unique

20 à 29 ans	1,12 %
30 à 39 ans	13,48 %
40 à 49 ans	19,10 %
50 à 59 ans	37,08 %
60 ans et plus	29,21 %

Pour les corporations et les sociétés non-incorporées, nous demandions l'âge du plus âgé et du plus jeune propriétaire/actionnaire. Les résultats rapportent un âge moyen de 53 ans pour le plus âgé et de près de 40 ans pour le plus jeune. Par délicatesse, nous avons plutôt procédé par tranche d'âge pour les cabinets à propriétaire unique. On observe que 29 % des répondants ont plus de 60 ans tandis que 37 % sont âgés de 50 à 59 ans.

En ce qui concerne le nombre d'années d'existence, nous observons que la moyenne d'âge des cabinets est de 29 ans et que 44 % des cabinets ont entre 11 et 30 ans d'existence. De plus, près de 10 % existent depuis plus de 50 ans, dont quelques-uns ayant plus de 100 ans.

TABLEAU 13
Années d'existence du cabinet

1 à 10 ans	18,14 %
11 à 20 ans	21,29 %
21 à 30 ans	23,03 %
31 à 40 ans	18,45 %
41 à 50 ans	9,15 %
Plus de 50 ans	9,78 %
NSP/NRP	0,16 %

TABLEAU 14
Nombre d'employés dans le cabinet

1 à 10 employés	72,83 %
11 à 20 employés	12,01 %
21 à 30 employés	6,64 %
31 à 40 employés	2,69 %
41 à 50 employés	1,58 %
Plus de 50 employés	3,95 %
NSP/NRP	0,32 %

Au niveau de la taille des cabinets, on constate une dominance des petits cabinets puisque 73 % ont entre un et dix employés, 52 % des cabinets ont cinq employés ou moins et 13 % ont deux employés, soit le nombre le plus fréquemment signifié à cette question.

Lorsque interrogés sur le nombre d'employés possédant le titre de courtier d'assurance agréé (C.d'Ass.A.), 59 % des répondants précisent qu'un employé ou plus possèdent ce titre, 27 % en indiquant un seul.

TABLEAU 15**Nombre d'employés possédant le titre de Courtier d'Assurance Agréé**

Aucun	40,03 %
Un seul	27,35 %
Deux à cinq	24,22 %
Plus de cinq	7,74 %
NSP/NRP	0,66 %

Pour ce qui est du nombre de propriétaires ou d'actionnaires dans les cabinets constitués en corporations ou sociétés non-incorporées, il semble somme toute restreint puisque 68 % des répondants signalent un ou deux propriétaires/actionnaires, 85 % en ayant moins de cinq. Il y a toutefois plus de 10 % des cabinets ayant 25 propriétaires/actionnaires ou plus. De son côté, le nombre de clients est inférieur à 2 000 dans 45 % des cas, bien que quelques-uns en aient plus de 25 000. Le mode du nombre de clients est de 3 000. Les réponses relatives au nombre d'employés, au nombre de propriétaires/actionnaires et au nombre de clients montrent un réseau de cabinets de courtage québécois de petite taille avec une minorité de cabinets plus imposants, situation susceptible de favoriser la concurrence.

TABLEAU 16**Nombre de propriétaires ou actionnaires du cabinet**

1	38,94 %
2	29,33 %
3	10,10 %
4	4,09 %
5 à 25	6,73 %
26 à 50	3,85 %
Plus de 50	5,05 %
NSP/NRP	1,92 %
Total	100,00 %

TABLEAU 17**Nombre de clients desservis par le cabinet**

Moins de 1000	16,29 %
1001 à 2000	29,07 %
2001 à 3000	15,34 %
3001 à 4000	8,63 %
4001 à 5000	5,11 %
Plus de 5000	18,37 %
NSP/NRP	7,19 %

Attributs des cabinets de courtage

Le taux de conservation de la clientèle lors du renouvellement semble relativement bon. La moyenne du taux de conservation est de 89 %. Aussi, 68 % des répondants considèrent que leur taux de conservation se situe entre 86 % et 95 % et près de 11 % l'estiment à plus de 95 %. On peut donc en conclure que les

clients sont relativement fidèles à leur cabinet de courtage. Du fait que les cabinets soient de petite taille, on peut penser qu'une bonne proportion de leur clientèle ait été acquise par contacts personnels et par personnes interposées, ce qui est susceptible de stimuler un lien de confiance et une relation d'affaires durable.

TABLEAU 18
Taux de conservation de la clientèle

Moins de 76 %	3,02 %
76 à 80 %	4,29 %
81 à 85 %	10,49 %
86 à 90 %	33,55 %
91 à 95 %	34,66 %
Plus de 95 %	10,81 %
NSP/NRP	3,18 %

Enfin, deux questions relatives à l'importance de la relève ont été posées dans le but de cerner le profil et la vision de l'entreprise face au futur. La majorité (près de 58 %) des cabinets ont répondu que la relève est assez ou très prioritaire pour eux, tandis qu'un peu plus de 40 % répondaient que la relève était peu ou pas du tout prioritaire. De plus, 44 % des répondants ayant qualifié la relève de prioritaire prévoient que ce sont les enfants qui sont les plus susceptibles d'assumer ce rôle tandis que 27 % croient que ce sera un partenaire. Un bon nombre de cabinets de courtage franchiront donc

la barrière des générations au sein d'une même famille.

TABLEAU 19
Priorité de la relève

Très prioritaire	33,23 %
Assez prioritaire	24,57 %
Peu prioritaire	13,54 %
Pas du tout prioritaire	26,30 %
Ne sait pas	2,36 %

TABLEAU 20
Relève escomptée

Enfants	44,44 %
Partenaires	27,10 %
Autres	14,36 %
Ne sait pas	14,09 %

En conclusion à cette première section, nous retenons que les cabinets de courtage IARD au Québec sont majoritairement formés en corporation et de petite taille, tant au plan du nombre de propriétaires/actionnaires que du volume de clientèle. La clientèle de cette industrie paraît fidèle du fait que les taux de conservation observés sont élevés et, finalement, plusieurs répondants sont soucieux de la préparation de la relève qui sera le plus souvent les enfants.

Les outils marketing

Les cabinets ont été interrogés sur la priorité qu'ils attribuaient

au marketing, de même que sur les services marketing qu'ils ont utilisé au cours des deux dernières années et ceux qu'ils prévoient utiliser dans un proche avenir. Ces divers services étaient l'analyse de marché, l'analyse de la clientèle, le télémarketing, le marketing direct, la publicité et la présence à des événements. De plus, nous leur avons demandé s'ils utilisaient ou avaient déjà utilisé les services marketing d'une compagnie d'assurance. Une question cherchait à savoir quelle était selon eux la nécessité pour les cabinets de courtage de faire du marketing pour leur survie. Finalement, nous avons sondé leur intérêt pour l'utilisation de certains services-conseils. Les tableaux 21 à 39 présentent les réponses à ces questions.

Tout d'abord, pour 69 % des cabinets le marketing est assez ou très prioritaire. On constate donc que le marketing est un concept généralement priorisé par les cabinets de courtage.

Les services ou les outils marketing qui ont été les plus souvent utilisés dans les deux dernières années sont la publicité (35 %), le marketing direct (17 %) et le télémarketing (16 %).

En ce qui a trait aux différents outils marketing que nous avons proposé aux répondants, près de 46 % ont répondu qu'il est probable qu'ils effectuent une analyse de marché dans les deux prochaines années, tandis que

TABLEAU 21
Priorité du marketing

Très prioritaire	32,13 %
Assez prioritaire	37,17 %
Peu prioritaire	20,79 %
Pas du tout prioritaire	9,45 %
NSP/NRP	0,47 %

TABLEAU 22
Services ou outils marketing utilisés dans les deux dernières années (premier énoncé)

Publicité	34,81 %
Marketing direct	17,23 %
Télémarketing	15,63 %
Publicité	13,85 %
Analyse de marché	9,24 %
Présence à des événements	9,24 %

50 % nous ont répondu que cela est peu probable. Aussi, 55 % ont affirmé qu'il est assez ou très probable qu'ils effectuent une analyse de la clientèle tandis que 46 % disent qu'il est probable qu'ils utilisent le télémarketing. Au niveau du marketing direct et de la présence à certains événements, les probabilités sont très partagées. Finalement, 64 % affirment qu'il est assez ou très probable qu'ils fassent de la publicité d'ici deux ans. Les services ou les outils les plus susceptibles d'être utilisés sont donc la publicité et l'analyse de la clientèle.

TABLEAU 23

Probabilité d'utiliser des services d'analyse de marché au cours des deux prochaines années

Très probable	25,83 %
Assez probable	19,69 %
Peu probable	25,51 %
Pas du tout probable	24,25 %
NSP/NRP	4,72 %

TABLEAU 26

Probabilité d'utiliser des services de marketing direct au cours des deux prochaines années

Très probable	32,44 %
Assez probable	19,06 %
Peu probable	18,11 %
Pas du tout probable	25,67 %
NSP/NRP	4,72 %

TABLEAU 24

Probabilité d'utiliser des services d'analyse de la clientèle au cours des deux prochaines années

Très probable	33,70 %
Assez probable	21,26 %
Peu probable	19,84 %
Pas du tout probable	22,05 %
NSP/NRP	3,15 %

TABLEAU 27

Probabilité d'utiliser des services de publicité au cours des deux prochaines années

Très probable	46,93 %
Assez probable	17,01 %
Peu probable	13,70 %
Pas du tout probable	19,53 %
NSP/NRP	2,83 %

TABLEAU 25

Probabilité d'utiliser des services de télémarketing au cours des deux prochaines années

Très probable	28,35 %
Assez probable	17,48 %
Peu probable	18,58 %
Pas du tout probable	29,92 %
NSP/NRP	5,67 %

TABLEAU 28

Probabilité d'être présent à des événements (expositions, salons) au cours des deux prochaines années

Très probable	29,61 %
Assez probable	17,17 %
Peu probable	17,01 %
Pas du tout probable	32,60 %
NSP/NRP	3,62 %

Les résultats montrent également que 33 % des cabinets utilisent ou ont déjà utilisé les services marketing d'une compagnie d'assurances. Aussi, la majorité des cabinets, c'est-à-dire 73 %, croient que le marketing est assez ou très nécessaire à leur survie.

TABEAU 29

Nécessité du marketing pour la survie des cabinets de courtage

Très nécessaire	34,96 %
Assez nécessaire	38,43 %
Peu nécessaire	17,64 %
Pas du tout nécessaire	6,30 %
NSP/NRP	2,68 %

Les différents types de services-conseils qui ont été suggérés sont les suivants: la réingénierie ou la réorganisation des opérations, le développement de marché, l'amélioration du service à la clientèle, l'amélioration de la productivité, les bureaux sans papier, la technologie, la gestion des ventes, la diminution des coûts d'opérations, une meilleure connaissance des clients et une meilleure connaissance du marché. De ces services, ceux qui ont intéressé une plus grande proportion de cabinets sont la diminution des coûts d'opérations (71 %), la technologie (68 %), le développement des marchés (67 %), l'amélioration de la productivité (65 %) et l'évaluation ou l'amélioration du service à la clientèle (62 %). De

façon générale chacun des services suggérés intéressait une majorité de cabinets.

TABEAU 30

Intérêt envers les services-conseils de réingénierie ou réorganisation des opérations

Très intéressé	19,37 %
Assez intéressé	27,09 %
Peu intéressé	19,21 %
Pas du tout intéressé	30,55 %
NSP/NRP	3,78 %

TABEAU 31

Intérêt envers les services-conseils de développement de marché

Très intéressé	29,45 %
Assez intéressé	39,21 %
Peu intéressé	12,13 %
Pas du tout intéressé	16,85 %
NSP/NRP	2,36 %

TABEAU 32

Intérêt envers les services-conseils d'évaluation ou amélioration du service à la clientèle

Très intéressé	33,23 %
Assez intéressé	28,98 %
Peu intéressé	14,17 %
Pas du tout intéressé	21,73 %
NSP/NRP	1,89 %

TABLEAU 33**Intérêt envers les services-conseils
d'amélioration de la productivité**

Très intéressé	34,17 %
Assez intéressé	31,18 %
Peu intéressé	12,44 %
Pas du tout intéressé	20,63 %
NSP/NRP	1,57 %

TABLEAU 36**Intérêt envers les services-conseils
de gestion des ventes**

Très intéressé	29,92 %
Assez intéressé	30,39 %
Peu intéressé	12,44 %
Pas du tout intéressé	24,41 %
NSP/NRP	2,83 %

TABLEAU 34**Intérêt envers les services-conseils
de bureau sans papier**

Très intéressé	30,87 %
Assez intéressé	25,35 %
Peu intéressé	14,65 %
Pas du tout intéressé	26,46 %
NSP/NRP	2,68 %

TABLEAU 37**Intérêt envers les services-conseils
de diminution des coûts d'opérations**

Très intéressé	42,68 %
Assez intéressé	28,03 %
Peu intéressé	9,76 %
Pas du tout intéressé	17,64 %
NSP/NRP	1,89 %

TABLEAU 35**Intérêt envers les services-conseils
en technologie**

Très intéressé	37,32 %
Assez intéressé	30,71 %
Peu intéressé	12,60 %
Pas du tout intéressé	17,48 %
NSP/NRP	1,89 %

TABLEAU 38**Intérêt envers les services-conseils
de connaissance de la clientèle**

Très intéressé	29,29 %
Assez intéressé	26,77 %
Peu intéressé	12,91 %
Pas du tout intéressé	29,45 %
NSP/NRP	1,57 %

TABLEAU 39
Intérêt envers les services-conseils
de connaissance du marché

Très intéressé	31,02 %
Assez intéressé	27,24 %
Peu intéressé	12,91 %
Pas du tout intéressé	27,09 %
NSP/NRP	1,73 %

L'impression qui ressort de ce groupe de questions est donc que le marketing a la faveur des cabinets de courtage, les outils utilisés étant principalement la publicité, le marketing direct et le télémarketing. Les intentions futures sont toutefois partagées et seulement une minorité utilisent les services marketing des assureurs. Enfin, une majorité croient en la nécessité du marketing pour la survie des cabinets.

Les fusions et les acquisitions

Un autre groupe de questions portait sur les fusions et les acquisitions. Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient effectué une fusion ou une acquisition au cours des deux dernières années et leur niveau de satisfaction par rapport à la rentabilité de l'opération. Pour ceux qui n'ont pas effectué de fusion ou d'acquisition dernièrement, nous voulions vérifier leurs intentions à cet égard pour les deux prochaines années.

Parmi les cabinets interrogés, 26 % ont fait une fusion ou une acquisition au cours des deux dernières années, ce qui nous semble élevé compte tenu du laps de temps considéré. Les cabinets qui ont effectué des fusions ou des acquisitions qualifient l'opération de profitable dans une proportion de plus de 88 %.

Finalement, près de 42 % ont répondu qu'il est assez ou très probable qu'ils procèdent à une fusion ou à une acquisition dans les deux prochaines années. Les fusions et les acquisitions semblent donc avoir été très fréquentes au cours des dernières années et d'après les intentions des courtiers, il semble que la tendance se maintiendra dans les années à venir.

TABLEAU 40
Rentabilité des transactions de fusion ou d'acquisition réalisées au cours des deux dernières années

Très profitable	49,11 %
Assez profitable	39,05 %
Peu profitable	5,33 %
Pas du tout profitable	0,59 %
NSP/NRP	5,92 %

TABLEAU 41
Probabilité de procéder à une fusion ou acquisition dans les deux prochaines années

Très probable	21,26 %
Assez probable	20,31 %
Peu probable	24,41 %
Pas du tout probable	27,40 %
NSP/NRP	6,61 %

TABLEAU 42
Satisfaction relative à l'utilisation de services de facturation et de perception des comptes-clients offerts par les assureurs

Très satisfait	46,60 %
Assez satisfait	44,34 %
Peut satisfait	5,18 %
Pas du tout satisfait	0,65 %
NSP/NRP	3,24 %

Les services de facturation et de perception des comptes-clients

Nous avons demandé aux répondants s'ils utilisaient les services de facturation et de perception des comptes-clients offerts par les assureurs, s'ils en étaient satisfaits, avec combien d'assureurs ils faisaient affaire pour ce service et la probabilité qu'ils l'utilisent dans les deux prochaines années.

La proportion de cabinets qui utilisent le service de facturation et de perception des comptes-clients est pratiquement la même que celle des non-utilisateurs. Une légère majorité, c'est-à-dire 51 %, utilisent le service et 91 % de ces derniers en sont assez ou très satisfaits.

Pour les cabinets qui n'utilisent pas les services de facturation et de perception des comptes-clients, seulement 20 % prévoient y avoir recours dans les deux prochaines années.

TABLEAU 43
Probabilité d'utiliser des services de facturation et de perception des comptes-clients dans les deux prochaines années

Très probable	5,76 %
Assez probable	14,24 %
Peu probable	23,64 %
Pas du tout probable	51,82 %
NSP/NRP	4,55 %

On constate que les cabinets font affaire avec un nombre restreint d'assureurs pour les services de facturation des comptes-clients, soit de un à cinq assureurs dans 79 % des cas, ce qui constitue la grande majorité. 14 % utilisent les services de six à dix assureurs. La moyenne du nombre d'assureurs est de quatre alors que le nombre le plus souvent exprimé est deux. On constate donc une certaine concentration vers un nombre limité d'assureurs.

TABLEAU 44**Nombre d'assureurs utilisés pour la facturation de comptes-clients**

1 à 5	79,08 %
6 à 10	14,05 %
11 à 15	3,59 %
16 à 20	1,31 %
Plus de 20	0,33 %
NSP/NRP	1,63 %

En résumé, l'échantillon est partagé presque également entre utilisateurs et non-utilisateurs de services de facturation et de perception des comptes-clients. Les utilisateurs, concentrés auprès de moins de cinq assureurs, sont fortement satisfaits et seulement une minorité de non-utilisateurs prévoient recourir à ces services dans le futur.

Conclusion

Il ressort donc de l'examen des réponses aux questions relatives à l'état du réseau et à l'administration des cabinets que les courtiers perçoivent une diminution de leur part de marché, que les cabinets sont de petite taille, que le marketing est important, que la tendance marquée aux fusions et acquisitions se maintiendra, et que l'usage des services de facturation et de perception des comptes-clients donne satisfaction à leurs utilisateurs.

Passons maintenant au second bloc de thèmes à partir desquels certaines conclusions peuvent être tirées, directement ou indirectement, quant à la place relative du service dans les cabinets de courtage.

■ THÈMES POUVANT ÊTRE ASSOCIÉS AU SERVICE

Bien que les thèmes suivants décrivent certains aspects du réseau de courtage ne s'adressant pas directement au service, nous les avons regroupés sous cette rubrique parce que des éléments de réponse fournissent des indications quant à l'importance, pour les courtiers, du service à leurs clients.

Les thèmes présentés ci-dessous sont les regroupements de courtiers, les systèmes informatiques spécialisés, l'interface et les écrans dédiés, la concentration des primes et les produits complémentaires à l'assurance de dommages.

Les regroupements de courtiers

Nous avons demandé aux répondants s'ils faisaient partie d'un regroupement, lequel et pourquoi ils y avaient adhéré. Pour les cabinets ne faisant partie d'aucun regroupement, nous les avons interrogés sur leurs

intentions futures à cet égard. Enfin, les cabinets ont dû indiquer leur degré d'accord par rapport à une série d'énoncés relatifs aux regroupements. Ces énoncés portaient sur la mise en commun des forces, le développement des marchés, l'accès aux fournisseurs, la crédibilité, les frais, la technologie, la rapidité d'action, l'augmentation des revenus, la réduction des coûts d'opérations et les services que procurent les regroupements.

Selon les résultats du sondage, 40 % des cabinets font partie d'un regroupement, principalement Ultima (18 %) et Assurexpert (10 %). Les cabinets semblent apprécier leur regroupement car 86 % sont assez ou très satisfaits et seulement 7 % se sont dits peu ou pas du tout satisfaits.

TABLEAU 45
Regroupement auquel le cabinet est affilié

Ultima	17,69 %
Assurexpert	10,38 %
Courtiers Unis	4,23 %
Groupassur	4,23 %
Assurplus	2,69 %
Autres	54,62 %
NSP/NRP	6,15 %

TABLEAU 46
Satisfaction des cabinets faisant partie d'un regroupement

Très satisfait	61,18 %
Assez satisfait	25,10 %
Peu satisfait	5,88 %
Pas du tout satisfait	0,78 %
Ne sait pas	7,06 %

Des cabinets qui ne font pas partie d'un regroupement, seulement 8 % ont l'intention d'en joindre un éventuellement. Il semble donc que le nombre de cabinets faisant partie d'un regroupement n'augmentera que faiblement dans les années à venir.

Relativement aux différents énoncés qui étaient présentés en regard des regroupements, 77 % des répondants disent que les regroupements permettent la mise en commun des forces, 69 % croient qu'ils amènent un développement plus efficace des marchés et 76 % pensent que cela permet un accès à un plus grand nombre de fournisseurs. Par contre, 51 % croient que les regroupements n'augmentent pas la crédibilité. Les tableaux 47 à 56 présentent en vrac la perception des cabinets de courtage face à divers énoncés.

L'opinion des répondants est très partagée en ce qui a trait au fait que les regroupements donnent accès à de meilleures technologies et que ceux-ci limitent

la possibilité d'action rapide. L'affirmation à l'effet que les regroupements exigent des frais trop importants est appuyée par 45 % des cabinets contre 37 %. De plus, la moitié des répondants croient que faire partie d'un regroupement n'augmente pas les revenus contre 37 % qui soutiennent que cela peut avoir un effet positif. Enfin, le pourcentage des répondants qui croient que les regroupements permettent de diminuer les coûts d'opérations est très semblable à celui des répondants qui n'y croient pas.

Finalement, seulement 27 % des répondants sont d'accord avec le fait que les regroupements n'offrent pas suffisamment de services. Il semble donc que les services offerts soient suffisants, ce qui confirme le fort taux de satisfaction dont nous avons discuté plus tôt.

TABLEAU 47

Les regroupements permettent la mise en commun des forces de chacun

Tout à fait d'accord	28,19 %
D'accord	48,50 %
En désaccord	11,18 %
Tout à fait en désaccord	4,88 %
NSP/NRP	7,24 %

TABLEAU 48

Les regroupements permettent un développement de marché plus efficace

Tout à fait d'accord	25,51 %
D'accord	43,46 %
En désaccord	17,95 %
Tout à fait en désaccord	5,35 %
NSP/NRP	7,72 %

TABLEAU 49

Les regroupements donnent accès à un plus grand nombre de fournisseurs

Tout à fait d'accord	35,12 %
D'accord	40,94 %
En désaccord	13,23 %
Tout à fait en désaccord	4,72 %
NSP/NRP	5,98 %

TABLEAU 50

Les regroupements améliorent la crédibilité du cabinet face aux clients

Tout à fait d'accord	12,91 %
D'accord	27,56 %
En désaccord	38,58 %
Tout à fait en désaccord	12,76 %
NSP/NRP	8,19 %

TABLEAU 51**Les regroupements exigent des frais trop importants**

Tout à fait d'accord	20,63 %
D'accord	24,57 %
En désaccord	27,56 %
Tout à fait en désaccord	9,61 %
NSP/NRP	17,64 %

TABLEAU 54**Les regroupements augmentent substantiellement les revenus**

Tout à fait d'accord	9,13 %
D'accord	27,87 %
En désaccord	37,48 %
Tout à fait en désaccord	12,28 %
NSP/NRP	13,23 %

TABLEAU 52**Les regroupements donnent accès à une meilleure technologie**

Tout à fait d'accord	15,91 %
D'accord	33,39 %
En désaccord	33,07 %
Tout à fait en désaccord	8,82 %
NSP/NRP	8,82 %

TABLEAU 55**Les regroupements offrent insuffisamment de services**

Tout à fait d'accord	6,46 %
D'accord	20,16 %
En désaccord	33,86 %
Tout à fait en désaccord	15,28 %
NSP/NRP	24,25 %

TABLEAU 53**Les regroupements limitent la possibilité d'action rapide**

Tout à fait d'accord	12,13 %
D'accord	26,61 %
En désaccord	35,12 %
Tout à fait en désaccord	11,02 %
NSP/NRP	15,12 %

Les cabinets font donc partie de regroupements à 40 %, et ceux ne faisant pas partie de regroupements n'ont que peu l'intention de modifier leur état, cela malgré que le taux de satisfaction observé en regard des regroupements soit très élevé (86 %).

Bien que ce ne soit que de façon très indirecte, on peut interpréter certaines réponses sous l'angle du service. Ainsi, il est intéressant de noter que les motivations principales des regroupements sont la mise en commun des forces, le développement des marchés et surtout un

TABLEAU 56
Les regroupements permettent de
réduire les coûts d'opérations

Tout à fait d'accord	11,81 %
D'accord	28,66 %
En désaccord	33,23 %
Tout à fait en désaccord	12,91 %
NSP/NRP	13,39 %

accès à un plus grand nombre de fournisseurs, ce qui peut être interprété comme consistant avec un désir d'offrir un meilleur service aux clients.

Il est aussi intéressant de noter que les courtiers ne croient pas que les regroupements permettent de réduire les coûts, augmentent les revenus ou donnent accès à une meilleure technologie. Ainsi, la volonté de se regrouper n'est pas motivé par une réduction des coûts ou une augmentation des revenus, mais bien par un désir d'offrir plus aux clients.

Les systèmes informatiques spécialisés

Le prochain bloc de questions s'adressait à l'utilisation de systèmes informatiques spécialisés. Nous avons demandé aux entreprises si elles disposaient de tels systèmes, l'année d'installation, le fournisseur du système et le nombre de personnes ayant accès à celui-ci. Pour ceux qui n'utilisaient pas de systèmes informa-

tiques spécialisés, nous leur avons demandé s'ils avaient l'intention d'en faire l'acquisition dans les deux prochaines années.

Plus de 82 % des cabinets possèdent un système informatique spécialisé, 21 % de ces systèmes ayant été installés après 1995 et 29 % entre 1991 et 1995. Une minorité de systèmes ont plus de dix ans, 16 % ayant été installés entre 1981 et 1985 et 6 % avant 1981. Le mode de cette distribution est l'année 1997 laissant sous-entendre qu'un bon nombre de systèmes sont récents. En ce qui a trait aux cabinets ne disposant pas de tels systèmes, plus de 29 % ont l'intention d'en faire l'acquisition dans les deux prochaines années.

TABLEAU 57
Année d'installation du système
informatique spécialisé

Avant 1981	6,40 %
1981 - 1985	16,09 %
1986 - 1990	25,97 %
1991 - 1995	29,46 %
Après 1995	21,12 %
NSP/NRP	0,97 %

TABEAU 58
Nom du fournisseur actuel de
système informatique spécialisé

Veilleux (CGI)	19,31 %
Télglobe - TABS (CGI)	10,52 %
Télglobe - SIGNASSURE (CGI)	1,53 %
CGI	7,65 %
TAM-2000	17,21 %
Système maison	9,75 %
MDI	9,37 %
Ultima	4,59 %
Ranmar	1,91 %
Autres	18,16 %

Les fournisseurs de systèmes informatiques spécialisés les plus présents semblent être Veilleux (CGI) avec 19 % et TAM-2000 avec 17 %. Finalement, 11 % utilisent Télglobe et 10 % ont des systèmes maisons.

En conclusion, une bonne majorité de cabinets possèdent des systèmes informatiques spécialisés, généralement récents, et aucun fournisseur de système informatique spécialisé ne semble se démarquer particulièrement sinon que les trois fournisseurs les plus utilisés accaparent 47 % du secteur.

Ici encore on peut penser que l'utilisation de systèmes informatiques récents et spécialisés par les cabinets de courtage témoigne de leur désir d'être compétitifs au niveau du service,

et qu'il existe donc un lien indirect avec la préoccupation du service chez les courtiers.

L'interface et les écrans dédiés

La section suivante traitait des questions portant sur l'interface et les écrans dédiés. Nous avons demandé aux répondants s'ils faisaient de l'interface avec des assureurs, s'ils utilisaient des écrans dédiés et enfin s'ils étaient courtiers émetteurs. Dans chacun des cas, advenant une réponse négative, les répondants ont été interrogés quant à leurs intentions futures.

D'après les résultats de l'étude, 60 % des cabinets ne font pas d'interface avec les compagnies d'assurance. De ces derniers, 45 % ont l'intention de faire de l'interface d'ici deux ans tandis que 44 % ne partagent pas cette volonté. On constate que les intentions des cabinets qui ne font présentement pas d'interface sont partagées quant à l'intégration et l'utilisation de cet outil dans leur entreprise à court terme.

Par ailleurs, 33 % des cabinets interrogés possèdent des écrans dédiés et 25 % de ceux qui n'en possèdent pas prévoient s'en munir d'ici les deux prochaines années. Près de la moitié des cabinets disposeront donc de ce type d'écran dans un proche avenir.

Enfin, 40 % des répondants ont affirmé être courtiers émetteurs tandis que ceux qui ne le sont pas ont l'intention de le devenir dans 23 % des cas.

En résumé, seulement une minorité de cabinets de courtage utilisent présentement des facilités d'interface ou d'écrans dédiés, et bien que les non-utilisateurs soient partagés, les intentions d'intégration future des outils d'interface semblent supérieures à celles des écrans dédiés. Une minorité de cabinets sont courtiers émetteurs et seulement une faible proportion prévoient le devenir.

Bien que ces résultats ne soient pas, encore ici, reliés directement au service, ils vont dans le sens de la préservation de l'indépendance des courtiers par rapport aux assureurs, et de l'offre aux assurés d'un plus grand nombre d'assureurs potentiels, ce qui est consistant avec le désir d'offrir un meilleur service.

La concentration des primes

Dans cette section de l'étude, nous avons vérifié si les cabinets avaient l'intention de concentrer leurs primes vers un assureur au cours des deux prochaines années, dans quelle proportion et pour quelles raisons. Les cabinets ont indiqué leur degré d'accord par rapport à une série d'énoncés relatifs à la concentration des primes.

80 % des cabinets ne prévoient pas concentrer leurs primes vers un assureur particulier au cours des deux prochaines années. Par contre, 15 % ont l'intention de le faire et ce, à un taux de concentration moyen de 73 %, le taux le plus fréquemment observé étant 90 %. Parmi ceux qui prévoient se concentrer, 35 % veulent le faire à moins de 71 %, 25 % veulent se concentrer à un seuil se situant entre 71 % et 80 % et, finalement, une proportion de 24 % désirent le faire pour 81 % à 90 % du volume de primes. Les cabinets qui ont l'intention de concentrer leurs primes sont principalement motivés par la diminution des coûts et l'augmentation de leur performance. Les tableaux 59 à 64 rapportent sommairement les résultats obtenus.

TABLEAU 59

Taux de concentration des primes pour les cabinets ayant cette intention pour les deux prochaines années

Moins de 71 %	35,29 %
De 71 % à 80 %	24,71 %
De 81 % à 90 %	23,53 %
Plus de 90 %	12,94 %
NSP/NRP	3,53 %

TABLEAU 60

Principales raisons qui incitent les cabinets à se concentrer vers un assureur en particulier

Augmenter la performance du cabinet	19,79 %
Réduire les coûts	16,67 %
Avoir une meilleure rémunération	4,17 %
Concurrencer les assureurs directs	4,17 %
Autre	47,92 %
Ne sait pas	7,29 %

Quatre énoncés étaient finalement soumis aux cabinets. 65 % des répondants se sont dits en désaccord avec l'affirmation que la concentration des primes favorise le client, alors que 54 % sont d'accord avec l'affirmation qu'elle favorise plutôt le courtier. De plus, 55 % croient que la concentration n'est pas nécessaire pour concurrencer les assureurs directs, et 69 % qu'elle n'est pas nécessaire à la survie de leur cabinet.

TABLEAU 61

La concentration des primes auprès d'un assureur favorise le client

Tout à fait d'accord	8,66 %
D'accord	20,63 %
En désaccord	42,52 %
Tout à fait en désaccord	22,05 %
NSP/NRP	6,14 %

TABLEAU 62

La concentration auprès d'un assureur favorise le courtier

Tout à fait d'accord	15,12 %
D'accord	39,21 %
En désaccord	27,56 %
Tout à fait en désaccord	12,91 %
NSP/NRP	5,20 %

TABLEAU 63

La concentration des primes auprès d'un assureur est nécessaire pour concurrencer les assureurs directs

Tout à fait d'accord	13,23 %
D'accord	26,93 %
En désaccord	35,75 %
Tout à fait en désaccord	19,37 %
NSP/NRP	4,72 %

TABLEAU 64

La concentration des primes auprès d'un assureur est nécessaire pour la survie du cabinet

Tout à fait d'accord	8,19 %
D'accord	19,06 %
En désaccord	41,42 %
Tout à fait en désaccord	27,87 %
NSP/NRP	3,46 %

Nous retenons donc de cette section qu'une forte majorité de cabinets ne prévoient pas concentrer leurs primes auprès d'un assureur dans un futur immédiat. D'ailleurs, la concentration n'est pas perçue comme nécessaire à la survie du cabinet ou pour concurrencer les assureurs directs.

Nous avons ici une indication claire de l'importance du service aux assurés pour les cabinets. En effet, bien que la majorité des cabinets croient que la concentration des primes favorise les courtiers plutôt que les clients, 80 % ne prévoient pas concentrer leurs primes auprès d'un assureur. Ils indiquent ainsi que le service au client est prédominant par rapport à l'intérêt financier du cabinet.

□ Les produits complémentaires à l'assurance de dommages

Un cinquième groupe de questions avait trait à la diversité des produits offerts par les cabinets. Nous leur avons demandé s'ils offraient des produits autres que l'assurance de dommages et s'ils avaient l'intention d'en offrir de nouveaux dans le futur. Finalement, nous leur avons demandé si, selon eux, il est nécessaire pour la survie des cabinets de courtage d'offrir des produits complémentaires à l'assurance de dommages.

Une forte majorité, c'est-à-dire 77 %, des cabinets de cour-

tage offrent des produits complémentaires à l'assurance de dommages. Le produit qui vient en premier lieu est l'assurance-vie. Plus avant, 31 % de tous les cabinets ont l'intention d'offrir de nouveaux produits dans les deux prochaines années, 39 % de ceux-ci ayant indiqués vouloir offrir des prêts hypothécaires. Les autres produits ont été mentionnés dans des proportions variant entre 6 % et 11 %. On constate donc un intérêt certain pour la diversification des produits. Cette tendance est confirmée par les réponses relatives à l'affirmation selon laquelle l'offre de produits complémentaires est nécessaire à la survie des cabinets, au tableau 67, où 67 % des répondants reconnaissent cette nécessité.

TABLEAU 65

Produits ou services complémentaires présentement offerts en plus de l'assurance de dommages (premier énoncé)

Assurance-vie	83,03 %
Planification financière	4,91 %
Produits de placement	2,25 %
Prêt hypothécaire	1,43 %
REER	1,43 %
Planification successorale	0,41 %
Autres	6,34 %
NSP/NRP	0,20 %

TABLEAU 66

Intention d'offrir d'autres produits ou services complémentaires dans les deux prochaines années (premier énoncé)

Assurance-vie	9,60 %
Planification financière	10,61 %
Produits de placement	11,11 %
Prêt hypothécaire	39,39 %
REER	5,56 %
Planification successorale	0,51 %
Autres	16,67 %
Aucun autre	6,57 %

TABLEAU 67

Nécessité de l'offre de produits complémentaires à la survie des cabinets de courtage

Très nécessaire	31,02 %
Assez nécessaire	36,38 %
Peu nécessaire	19,21 %
Pas du tout nécessaire	8,98 %
NSP/NRP	4,41 %

Il ressort de ce groupe de questions que la majorité des cabinets de courtage offrent des produits complémentaires à l'assurance de dommages, principalement en assurance-vie, et que plus de 31 % des cabinets ont l'intention de diversifier davantage les produits offerts dans les deux prochaines années, principalement via les services de prêts hypothécaires.

Tout comme à la section précédente, traitant de la concentration des primes, ce groupe de questions sur l'offre de produits complémentaires à l'assurance de dommages fournit des indications claires quant à l'importance du service pour les cabinets de courtage. En effet, les courtiers ont fortement exprimé leur désir d'offrir des produits complémentaires. Ils considèrent même qu'offrir de multiples services est essentiel à la survie de leur cabinet.

Conclusion

Bien que les cinq thèmes étudiés ci-dessus n'abordaient pas directement le service, ils ont été regroupés sous la rubrique « Thèmes pouvant être associés au service » en raison du fait que certaines de leurs conclusions fournissent des indications quant à l'importance accordée au service par les courtiers.

Ainsi, les motivations de regroupement peuvent être interprétées comme consistantes avec un désir d'offrir un meilleur service aux assurés, via un plus grand accès aux assureurs et un regroupement des forces.

On peut aussi penser que les systèmes informatiques spécialisés récents utilisés par les cabinets de courtage témoignent du désir des cabinets d'être compétitifs au niveau du service.

Pour ce qui est de l'interface et des écrans dédiés, et de la

concentration des primes, les résultats indiquent que les courtiers désirent maintenir leur indépendance face aux assureurs et offrir à leurs clients un plus grand choix d'assureurs. Il est important de noter que le comportement des cabinets semble fortement motivé par le service aux assurés : ils n'ont pas l'intention de concentrer leurs primes auprès d'un assureur et croient qu'une telle pratique ne bénéficierait pas à la clientèle, bien qu'ils admettent que cela serait bénéfique pour les courtiers.

Enfin, la majorité des cabinets offrent des services complémentaires à l'assurance de dommages, une proportion non négligeable désirent accroître davantage la gamme de services déjà offerts, et soutiennent majoritairement que l'offre de services complémentaires est nécessaire à leur survie.

■ CONCLUSION GÉNÉRALE

L'industrie de l'assurance est en pleine mutation. Au niveau des compagnies d'assurances l'heure est aux acquisitions, à l'internationalisation et aux démutualisations. Les modes de distribution des produits n'échappent pas à ces turbulences et on peut se demander ce qu'il advient du réseau de courtage qui subit les assauts de la distribution directe des produits

d'assurance. L'étude réalisée en 1998 par la Chaire en assurance L'Industrielle-Alliance, dont les principaux résultats sont présentés dans cet article, répond à cette question en fournissant une image précise de l'état du réseau et des orientations futures qu'entendent prendre les cabinets de courtage.

Majoritairement formés en corporations, comptant un nombre restreint de propriétaires et affichant un fort taux de conservation de la clientèle, les répondants considèrent la préparation de la relève comme prioritaire. 40 % des cabinets songent à une fusion ou acquisition dans les deux prochaines années, et autant font partie de regroupements.

Les répondants affichent un fort taux de satisfaction face aux regroupements et sont concentrés auprès d'un nombre restreint d'assureurs pour les services de facturation et de perception des comptes-clients. Une majorité de cabinets possèdent des systèmes informatiques spécialisés, sans pour autant disposer de facilités d'interface et d'écrans dédiés, jugent nécessaire l'offre de produits complémentaires et semblent prioriser l'utilisation de divers outils marketing.

Enfin, une majorité de cabinets croient que les volumes de primes des assureurs directs continueront d'augmenter dans les prochaines années, jugent les changements actuels dans

l'industrie inquiétants ou agressants, et croient que la concentration des primes n'est pas nécessaire à la survie de leur cabinet ni à la concurrence des assureurs directs.

En plus de fournir une image précise de l'état du réseau de courtage, certaines réponses vont dans le sens d'une préoccupation importante des courtiers vis-à-vis du service qu'ils offrent à leur clientèle. Ces constatations tendent à confirmer les prédictions des modèles théoriques qui suggèrent que l'existence d'un réseau de courtage doit être justifiée par la qualité de ses services, qui viendraient compenser pour des coûts de distribution supérieurs à ceux des assureurs directs.

□ Bibliographie

- A. M. Best Company, *P/C Agents Feel Squeeze As Direct Sales Increase*, Best's Review, Property/ Casualty Edition, Février 1998, p. 74.
- A. M. Best Company, *Wich Companies Offer Better Service ?*, Consumers Reports, Octobre 1988, p. 626-629.
- BARRESE, James, Helen I. DOERPINGHAUS et Jack M. NELSON, *Do Independant Agent Insurers Provide Superior Service ? The Insurance Marketing Puzzle*, The Journal of Risk and Insurance, Vol. 62 (2), p. 297-308.
- BARRESE, James et Jack M. NELSON, *Independant and Exclusive Agency Insurers : A Reexamination of the Cost Differential*, The Journal of Risk and Insurance, 1992, Vol. LIX (3), p. 375-397.
- BOUCHER, Guylaine, *Les « directs » en 1996 : la plus forte croissance depuis les quatre dernières années*, Journal de l'assurance, Octobre 1997, p. 8, 10.
- CUMMINS, J. David et Jack VANDERHEI, *A note on the relative efficiency of property-liability insurance distribution systems*, The Bell Journal of Economics, 1979, Vol. 10, p. 709-719.
- DOERPINGHAUS, Helen I., *An Analysis of Complaint Data in the Automotive Insurance Industry*, The Journal of Risk and Insurance, 1991, Vol. 58, p. 120-127.
- ETGAR, Michael, *Service Performance of Insurance Distributors*, The Journal of Risk and Insurance, Avril 1976, p. 487-499.
- JOHNSON, Joseph E., George B. FLANIGAN et Steven N. WEISBART, *Retruns to Scale in the Property and Liability Insurance Industry*, The Journal of Risk and Insurance, 1981, Vol. 48, p. 18-45.
- KIM, Won-Joong, David MAYERS et Clifford W. SMITH, Jr., *On the Choice of Insurance Distribution Systems*, The Journal of Risk and Insurance, 1996, Vol. 63 (2), p. 207-227.
- MAYERS, David et Clifford W. SMITH, Jr., *Contractual Provisions, Organizational Structure, and Conflict Control in Insurance Markets*, Journal of Business, 1981, Vol. 54 (3), p. 407-434.
- PAULY, Mark, Howard KUNREUTHER et Paul KLEINDORFER, *Regulation and Quality Competition in the U.S. Insurance Industry*, The Economics of Insurance Regulation, 1986, p. 65-107.
- SASS, Tim R. et Micha GISSER, *Agency Cost, Firm Size, and Exclusive Dealing*, Journal of Law and Economics, Octobre 1989, Vol. XXXII, p. 381-400.

FAITS D'ACTUALITÉ

par Rémi Moreau

1. De Georges...

L'ouragan Georges, qualifié d'extrêmement dangereux par les météorologistes, – (classé 4, générant des vents de 250 km/h) – a commencé son périple meurtrier dans les Caraïbes, le 20 septembre dernier, puis se déchaîna sur le littoral du golfe du Mexique et menaça enfin les côtes américaines, une semaine plus tard.

En République dominicaine, l'ouragan aura fait au moins six fois plus de morts que ne l'a prétendu le gouvernement de ce pays. En effet, 6 000 personnes auraient effectivement perdu la vie en raison de l'ouragan et de la crue des eaux, dont 1 000 morts dans la seule ville de Mesopotamia. L'ouragan a détruit 80 000 maisons et endommagé 200 000 autres. Il aurait fait ensuite 27 morts en Haïti et 4 morts à Cuba et dévasté Porto Rico.

Mentionnons que les littoraux de Floride, d'Alabama, du Mississippi et de Louisiane ont été soumis à des vents déchaînés et à des pluies diluviennes, affectant plus de 400 000 personnes. Plus de 1,5 million de personnes ont reçu l'ordre de quitter la région, la plus grande opération d'évacuation jamais entreprise aux États-Unis.

La facture de l'ouragan Georges pourrait atteindre 3 milliards de dollars (US) au titre des dommages assurables, un montant largement inférieur à celui de 15 milliards de dollars engendré par l'ouragan Andrew en 1992. Ce chiffre s'explique par le fait que Georges a surtout produit des dégâts dans la zone des Caraïbes, beaucoup moins assurée que celle du littoral américain.

2. ... à Mitch

L'ouragan Mitch dépasse de loin l'ouragan Georges, sur le plan des victimes (morts et sans abri) et de la dévastation. On a

compté des millions de sinistrés en Amérique centrale, notamment aux quatre coins du Honduras et du Nicaragua, au Salvador et au Guatemala, au Costa Rica et au Mexique, abandonnés à eux-mêmes, sans toit, sans aliment, sans eau, dans un océan de boue et de ruines, causant au moins trente mille morts ou disparus. Une vision d'apocalypse !

Au Nicaragua, où les premiers recensements faisaient état de plus de 11 000 morts, des centaines de corps en état de décomposition, abandonnés çà et là, ont fait craindre à une explosion d'épidémies et de maladies infectieuses. Des centaines de cas de choléra, de dengue, de malaria et de diarrhée ont été diagnostiqués. Le Nicaragua souffrait déjà d'une économie anémique. En l'espace de quelques jours, le cyclone a fait disparaître près de 70 % du grenier agricole (café, tabac, coton, banane, soja, orange). Les cultures de crevettes, la seconde industrie d'exportation en importance après celle du café, ont été enterrées par les coulées de boue et les sédiments. Mitch n'a pas seulement décimé les familles et emporté avec lui l'économie du pays, il pourrait aussi rouvrir les plaies encore vives de la guerre civile des années 1980.

Le Honduras aurait connu les pires pertes de vie: 15 000 morts. Le problème aigu posé par ce cyclone apocalyptique fut le danger de famine, l'eau et la nourriture étant des denrées extrêmement rares.

Sur le plan des dégâts matériels, il semble que c'est aussi au Honduras que les pertes ont été les plus importantes. L'aéroport de San Pedro de Sula, inauguré tout récemment, était entièrement submergé, tout comme les routes, les ponts et les bananeraies, au nord du pays. Plus de la moitié de la production agricole du Honduras et du Nicaragua a été emportée par l'ouragan.

Pour ce qui est des infrastructures, on parle déjà d'un recul de vingt ans en trois jours, dans ces deux pays, qui ont besoin de 3,2 milliards de dollars pour réparer les dégâts causés par Mitch. Au Honduras, quelque 200 000 bâtiments ont été détruits, dont 2 500 écoles.

Les économistes affirment que cet ouragan a fait perdre un demi-siècle de développement en Amérique centrale, qui a un besoin urgent de l'aide internationale et des capitaux de la Banque mondiale, du FMI, mais encore d'un plan d'aide massif, similaire au plan Marshall de l'après-guerre, qui a permis de reconstruire l'Europe ravagée. Un plan onusien est déjà amorcé.

En outre, individuellement, divers pays ont annoncé initialement leur soutien. Les États-Unis ont d'abord promis une aide de 70 millions de dollars, la France a annoncé qu'elle annulait les dettes du Nicaragua et du Honduras (6,5 et 4 milliards de dollars respectivement), et dépêché sur les lieux plus de 34 tonnes de fret, en denrées, combustibles et médicaments. Même alertée et mobilisée, l'aide internationale demeure fatalement inadéquate, face à une détresse aux dimensions insaisissables.

L'aide gouvernementale canadienne, quant à elle, se chiffrait par quelque 10 millions de dollars, à la mi-novembre.

Le passage de Mitch témoigne douloureusement que la pauvreté en Amérique centrale est directement associée aux mesures déficientes de prévention et de contrôle en matière d'urbanisme, de construction domiciliaire et de sécurité des infrastructures.

D'ores et déjà, les scientifiques n'ont pas manqué de faire un lien direct entre la recrudescence des ouragans tropicaux et les nouvelles conditions climatiques et leurs conséquences sur le réchauffement de la planète. En outre, la déforestation massive qui prévaut dans plusieurs pays de l'Amérique centrale, qui va à l'encontre de la Convention sur la diversité biologique, n'a pas été sans aggraver les pertes de vie et les dommages matériels, car la friabilité des sols fut la cause directe des coulées de boue générées par Mitch.

3. Annonce de fusion entre La Mutuelle du Canada et La Métropolitaine du Canada

La Mutuelle entend fusionner ses activités avec celles de La Métropolitaine, qu'elle avait acquise en juillet dernier, devançant ainsi un mariage prévu pour 1999. Le président directeur général de La Mutuelle explique cette fusion par la nécessité d'éliminer au plus tôt les dépenses administratives liées à l'exploitation de deux sociétés distinctes.

Suite à l'acquisition de La Métropolitaine, La Mutuelle s'était hissée au deuxième rang au Canada sur le plan des primes d'assurance vie individuelles, détenant une part de marché de 15,2 %. Les activités combinées des deux sociétés présentent un chiffre d'affaires d'environ 3 milliards de dollars, desservant 3 millions de clients au Canada, dont 885 000 au Québec. Les deux groupes comptent 5 500 employés. Cette annonce ne prévoyait pas de suppressions d'emplois à court terme.

4. L'Industrielle-Alliance acquiert Seaboard

L'Industrielle-Alliance a annoncé, en septembre dernier, l'achat des opérations canadiennes de la compagnie Seaboard de la Côte Ouest, moyennant un montant de 265 millions de dollars. Cette acquisition lui permettrait de passer du dixième au septième rang des assureurs de personnes au Canada. L'actif consolidé a ainsi augmenté de 15 %, à 12 milliards de dollars, et les revenus annuels de primes ont augmenté de 200 millions de dollars pour atteindre 1,8 milliard de dollars.

On se souviendra que le plan de démutualisation annoncé par l'Industrielle-Alliance, en février dernier, a été présenté récemment au conseil d'administration en vue de transformer l'entreprise en compagnie à capital-actions. On sait que Manuvie, Sun Life, Canada Vie et La Mutuelle ont déjà agi dans cette direction (voir la chronique n° 10).

5. Les cinq premiers assureurs IARD canadiens

Au 31 octobre 1998, la première position est toujours occupée par Groupe General Accident (Groupe CGU). L'assureur a renforcé sa position au Canada, en 1998, à la suite de la fusion de ses activités avec l'Union Commerciale. La seconde position revient au Groupe ING Canada, suite à l'achat, le 1^{er} septembre dernier, du portefeuille canadien de Guardian. Cet assureur occupait le quatrième rang au début de l'année 1998.

Voici la liste des cinq premiers assureurs canadiens IARD avec mention de leur part de marché respective (ces cinq assureurs contrôlaient, au 31 octobre 1998, 40,46 % du marché) :

<u>assureurs</u>	<u>parts de marché</u>
Groupe CGU	12,42 %
ING Canada	9,5 %
Groupe Co-Operators	6,88 %
Groupe Royal&Sun Alliance	6,7 %
Groupe AXA Assurances	4,96 %

Source : *Le Journal de l'assurance* (octobre 1998)

Pour ce qui est de leur positionnement au Québec, c'est ING Canada qui occupe la première place, suivi de AXA Assurances, de Société de portefeuille Desjardins, du Groupe CGU et du Groupe Promutuel. Ceux-ci contrôlent 51,62 % du marché québécois.

6. Les dix premiers courtiers mondiaux en 1997

Depuis deux ans, le courtage international a subi un véritable séisme dont l'épicentre est à Chicago: il se somme Aon. L'entreprise, dirigée par Patrick Ryan, imposa d'abord sa marque en 1996 et n'a cessé, depuis lors, d'accumuler les acquisitions de grands cabinets à l'échelle planétaire. On se souviendra de l'achat de Sodarcan en juin 1997. Aon comptait, en 1997, 40 000 salariés, répartis dans 550 bureaux et filiales dans plus de 110 pays.

Face à ce nouveau géant, le duel est de taille car le courtage international était et reste encore dominé par un autre ogre, Marsh & McLennan, présidé par A.J.C. Smith, qui regroupe plus de 36 000 employés dans ses 40 bureaux et filiales dans une centaine de pays.

À eux seuls, ces deux mégacourtiers réalisent 71 % du chiffre d'affaires des dix premiers courtiers mondiaux. Qu'on en juge par ce tableau des 10 grands courtiers internationaux en 1997.

	Chiffres d'affaires (M\$)	Effectifs
1. Marsh & McLennan (USA)	6 008	36 400
2. Aon (USA)	5 750	40 000
3. Sedgwick (GB)	1 589	15 985
4. Willis Corroon (GB)	1 061	9 000
5. Arthur G. Gallagher (USA)	412	3 700
6. Jardine Lloyd Thompson (GB)	371	5 400
7. Accordia (USA)	343	3 076
8. Gras Savoye (FRA)	244	1 896
9. Heath (GB)	217	3 350
10. Lambert Fenchurch	151	2 570

Source : La Tribune de l'assurance

Le monde du courtage n'a pas encore fini de se décomposer et de se recomposer. On parlait, au début de l'année 1998, d'un rapprochement entre Willis Corroon et Sedgwick, mais c'est Marsh & McLennan qui, à la mi-novembre, absorba Sedgwick. On a aussi anticipé un intérêt de General Electric dans le capital de Marsh & McLennan. M & M peut actuellement se vanter d'avoir atteint un chiffre d'affaires de plus de 7,5 milliards de dollars et de compter au-delà de 55 000 collaborateurs.

Et les fusions ont continué en 1998, permettant aux deux premières compagnies de réaliser des économies d'échelle, mais les fragilisant sur les marchés financiers. En effet, certains analystes ont estimé que la Bourse pourrait réagir à leurs endettements répétés et à la dilution de leur capital.

Acquisitions en 1998

M & M	AON
San Sigorta (Turquie)	Grieg Insurance (Norvège)
Interbrokers (Finlande)	Le Blanc de Nicolay (France)
Kessler et Cie (Suisse)	Gil y Carvajal (Espagne)
Brockman Schuh Group (Mexique)	
AB Max Mathiesen (Suède)	
Bonnor et Cie (Danemark)	
Sedgwick	

Source : *La Tribune de l'assurance*

Du côté du courtage de réassurance, après avoir englouti ses proies américaines en 1996 et celles du vieux continent en 1997, Aon devançait largement M & M. Son chiffre d'affaires, en début d'année, représentait le double de celui de Guy Carpenter (Marsh & McLennan), celui du premier étant de 600 millions de dollars, celui du second de 293 millions de dollars.

7. Holà aux fusions de banque

Un comité du caucus libéral recommandait au gouvernement fédéral, au début de novembre, de mettre le holà au désir de certaines banques de se fusionner, estimant qu'il serait prématuré d'autoriser telles fusions sans s'assurer, au préalable, qu'une saine compétition est en place, à l'avantage des consommateurs canadiens.

8. Deutsche Bankers Trust devient la première banque mondiale

La fusion entre la Deutsche Bank (la première banque allemande) et Bankers Trust (la huitième banque américaine), qui deviendra effective le 1^{er} avril 1999 si elle reçoit l'aval des deux tiers des actionnaires de Bankers Trust, donnerait naissance au premier groupe bancaire mondial avec 850 milliards de dollars en total de bilan. Deutsche Bankers Trust détrônerait ainsi la banque suisse

UBS, née cette année de la fusion de l'Union des banques suisses et de la Société de banque suisse.

9. Les compagnies de réassurance cherchent à se diversifier

Après leur rencontre annuelle de Monte-Carlo, en septembre, il semble qu'un sérieux coup de barre devra être donné par les réassureurs de la planète pour contrer la mauvaise conjoncture qui les a atteint, dont la détérioration de leurs résultats d'exploitation (troisième année consécutive de baisse des taux) et le tassement à venir des revenus causés par la crise financière et boursière. Sur le plan de la souscription, les ratios sinistres à primes ont augmenté, même en ne prenant pas en compte les catastrophes naturelles majeures, sous l'effet d'un regain de la fréquence des petits sinistres.

Il faut aussi mentionner la rencontre annuelle de Baden-Baden. Les assureurs présents dans la ville thermale ont pressenti un retournement du cycle (phase haussière) dès l'entrée du nouveau millénaire. Bien que la remontée des taux ne soit pas encore amorcée, les conditions de rétrocessions se durcissent d'ores et déjà. Chose certaine, la spirale baissière est enrayée.

On a aussi évoqué, comme facteur de retournement du cycle, la reprise de la sinistralité, bien que l'ampleur des sinistres n'est pas encore susceptible d'avoir un effet immédiat.

Du côté des grands sinistres, les réassureurs semblent être moins préoccupés, grâce aux outils qu'ils ont mis en place pour leur permettre de se mettre à l'abri, en cas d'événements naturels majeurs. Cependant, les catastrophes sont toujours à craindre, que ce soit dans les branches maritimes, aériennes ou terrestres. À l'échelle mondiale, elles ne cessent de se manifester, certaines touchant peu l'industrie de l'assurance (par exemple, l'ouragan Mitch, dont les coûts de reconstruction sont estimés à 4 milliards de dollars), alors que d'autres vont coûter cher aux assureurs (par exemple, dans le cas de l'ouragan Georges, on estime à plus de 3 milliards de dollars les dommages assurés). La tempête canadienne de verglas au début de l'année 1998 risque aussi de laisser des traces dans les comptes.

Et, puis, il faut mentionner le bogue de l'an 2000, un autre exemple de péril qui laisse les grands joueurs dans l'expectative. Certains observateurs ont prédit que les traités de réassurance non sinistrés seront renouvelés aux mêmes conditions, alors qu'on anticipait une hausse sur les autres. Au début de décembre, la Réserve

fédérale américaine a fait imprimer des billets bancaires pour un montant de 50 milliards de dollars en vue d'éviter toute panique au passage de l'an 2000.

Sur le plan de leurs opérations et des orientations, les grands joueurs en réassurance semblent donc avoir opté pour une stratégie de diversification, soit par le biais des solutions alternatives de risques, soit par des engagements en assurance directe, soit par une croissance interne.

Après les acquisitions massives des années antérieures, les grands fauves que sont les réassureurs internationaux digèrent leur proie. Les millésimes 1997 et 1998 semblent être des années de réorganisation et de restructuration en profondeur.

Voici les dix plus importants réassureurs mondiaux :

	primes émises en 1997 (M\$)	capitalisation boursière (M\$)
Munich Ré (Allemagne)	24 667	41 500
Suisse de Ré (Suisse)	10 850	36 000
Employers Re (USA)	5 814	100 % General Electric
General Re (USA)	8 334	nc
Assicurazioni Generali (Italie)	3 652	Dpt Generali
Hanover Re (Allemagne)	4 277	2 778
Gerling Globale Re (Allemagne)	2 667	—
Zurich Ré (Suisse)	2 636	filiale Zurich
Scor (France)	2 303	2 400
Axa Ré (France)	1 200	100 % AXA

Source : *La Tribune de l'assurance*

10. Le processus de démutualisation des sociétés d'assurance est enclenché

Après six ans d'attente, le gouvernement fédéral a finalement déposé, au début de décembre, un projet de loi visant à autoriser et à encadrer le processus de transformation des grandes mutuelles d'assurance en sociétés par actions. Durant les deux premières années, les sociétés transformées en mutuelles doivent demeurer largement détenues par les souscripteurs, c'est-à-dire que personne ne pourra détenir plus de 10 % d'une même catégorie d'actions.

Cette restriction touchant la protection des souscripteurs sera réexaminée suite au délai de deux ans après l'entrée en vigueur du règlement sur la démutualisation. C'est en 1992 qu'Ottawa avait entrepris cette réforme de la *Loi sur les sociétés d'assurance*, mais elle ne s'appliquait alors qu'aux petites sociétés, celles dont l'actif au Canada était inférieur à 7 milliards de dollars.

Actuellement, cinq grands assureurs canadiens se sont engagés dans un processus de démutualisation : la Mutuelle du Canada, Manuvie, l'Industrielle-Alliance, Sun Life et Canada-Vie. Ces sociétés regroupent plus de deux millions et demi de souscripteurs canadiens portant sur des contrats d'une valeur totale de 15 milliards de dollars.

II. Les résultats du deuxième trimestre de 1998 des assureurs IARD

L'industrie de l'assurance IARD canadienne a généré des primes nettes totalisant 4,8 milliards de dollars, au cours du deuxième trimestre de l'année 1998, par rapport à 5,0 milliards de dollars au cours du trimestre correspondant de l'année 1997. Les revenus nets après impôt ont totalisé 487 millions de dollars par rapport à 576 millions de dollars l'an dernier pour le même trimestre, soit une baisse de 89 millions de dollars. Voyons les résultats tirés du dernier *Quarterly Report* :

DEUXIÈME TRIMESTRE – 1998 (en millions de dollars)

	1998	1997
Primes nettes émises	4 844	5 087
Primes gagnées	4 511	4 589
Sinistres nets	3 129	3 120
Rapport sinistres à primes net	69,4 %	68,6 %
Frais encourus	1 495	1 450
Gains techniques avant impôt	- 95	6
Rapport combiné	102,5 %	100,5 %
Rapport de souscription	- 2,1 %	0,1 %
Revenus de placement avant impôt	538	558
Gains de capital	176	252
Revenus d'opération après impôt	487	576

Source : *The Quarterly Report* – 2nd Quarter 1998

12. Métier : Risk Manager

La 36^e conférence annuelle de la *Risk & Insurance Management Society Inc.* (RIMS), tenue à San Diego cet été, a permis aux gestionnaires de risques des grandes entreprises d'envisager l'avenir avec confiance, grâce aux nouvelles opportunités que leur offre le Risk Management tant sur les fronts technologiques qu'éducatifs.

Dans le cadre d'un panel spécialement constitué pour discuter des grands mouvements de fusions et d'acquisitions dans l'industrie de l'assurance et de l'intermédiation, les différents intervenants ont conclu que les plus gros joueurs actuels dans le marché (assureurs ou courtiers) n'offraient pas nécessairement et systématiquement les meilleurs services face aux besoins de leur clientèle (*the big is not necessarily the best*).

Cette conférence a aussi permis de rendre publique une enquête sur la perception des gestionnaires face aux assureurs (*Quality Score Card Survey*).

13. Le crash du MD 11 de Swissair

Le crash du MD 11 de Swissair, le 2 septembre 1998, au large des côtes de la Nouvelle-Écosse, devrait rester dans les annales aéronautiques comme l'un des pires drames humains et écologiques et l'un des sinistres les plus coûteux. Deux cent vingt-neuf personnes, soit le total des passagers et des membres de l'équipage du vol 111 – New-York, Genève – sont décédées dans des circonstances encore étranges. On apprenait récemment qu'un feu dans le cockpit fut la cause du crash, mais on ignorait encore, au moment où ces lignes étaient imprimées, l'origine de cet incendie. Deux oeuvres d'art, dont un tableau de Picasso, intitulé *Le Peintre*, estimé à 1,5 million de dollars, (l'autre n'étant pas encore identifié), ainsi que 50 kg de billets de banque et deux kilos de diamants, se trouvaient à bord. La facture pourrait atteindre, selon les spécialistes, 770 millions de dollars, un sinistre d'une telle ampleur qu'il grugerait substantiellement les primes collectées en 1998 dans la branche aviation. L'indemnisation moyenne par passager (comptant une quinzaine de fonctionnaires internationaux et une majorité d'Américains, des Français, des Suisses et des Britanniques) avoisinerait les 3 millions de dollars. Le total des indemnités, tous préjudices et dommages confondus, s'élèverait à 650 millions de dollars.

L'indemnisation des dégâts matériels, incluant la perte de l'appareil, dont la valeur serait de 126 millions de dollars, ne

constituerait qu'environ 15 % de cette facture. Les deux oeuvres d'art disparues n'ayant pas été assurées spécialement auprès de Swissair, la responsabilité du transporteur serait limitée à quelques dollars par kilo.

La convention de Varsovie de 1929 a, jusqu'ici, servi de base aux règlements. Le sinistre de Swissair sera réglé pour la première fois selon le nouveau système d'indemnisation de IATA, lequel établit les liens juridiques qui permettront aux familles des victimes d'assigner la compagnie aérienne et de déterminer les tribunaux qui seront compétents. Du fait des liens qui rattachent ce sinistre aux États-Unis, la loi et les instances judiciaires devraient être d'émanation américaine. De plus, le système IATA n'est plus limité, sur le plan du montant d'indemnisation, comme l'était la convention de Varsovie, dont le plafond s'avérait trop bas.

Une aide d'urgence a d'abord été consentie par le transporteur à concurrence d'une somme de 20 000 dollars par famille. Ensuite, un montant de 15 millions de dollars a été collecté dans les jours qui ont suivi le drame auprès des assureurs et des réassureurs de contrats de responsabilité civile. Cette catastrophe devrait voir l'implication de nombreux assureurs et réassureurs : ceux du transporteur Swissair (assurances de dommages et assurances de responsabilité), ceux du transporteur Delta Airlines (car il s'agissait d'un vol conjoint, Delta ayant vendu une cinquantaine de billets), ceux des constructeurs McDonnell Douglas et Boeing, voire même ceux de certains de leurs sous-traitants, ceux des passagers ou propriétaires du fret (assurance de dommages) et enfin ceux des éventuels transitaires et commissionnaires (assurance de responsabilité).

La police d'assurance émise pour Swissair semble être très complexe, notamment sur le plan des participations et des rétrocessions. Il s'agit d'un contrat groupé KSSAF, rassemblant l'assurance aviation de plusieurs compagnies aériennes (KLM, SAS, Austrian Airways, Finnair et bien sûr Swissair). Les courtiers Aon et J & H / Marsh & McLennan ont participé à son émission. Le risque a d'abord été placé dans la captive de Swissair et de KLM, dénommée Polygon, installée à Guernsey, qui a souscrit 100 % du risque brut mais qui n'en a conservé qu'une faible partie. L'excédent a été réparti entre des assureurs suisses (Winterthur et Zurich), et français (pool AFA, AXA Global Risks/Aviafrance, GERA et Réunion Aérienne). Sur le plan de la réassurance, l'apériteur est le Lloyd's, via le syndicat Ace Aviation.

Sur le plan des mesures de contrôle et de prévention, cette catastrophe nous enseigne qu'il serait utile que les deux boîtes

oranges (appelées communément « boîtes noires »), qui sont la mémoire de l'appareil, l'une relative aux composantes techniques, l'autre aux données générales du vol, soient dotées d'une alimentation électrique indépendante du système électrique de l'appareil.

14. Requête en recours collectif de 10 milliards de dollars au Québec contre quatre fabricants de cigarettes

Trois fumeurs ont demandé à la Cour supérieure, en septembre dernier, l'autorisation d'intenter un recours collectif au nom de quelque deux millions de Québécois, qui sont ou ont été dépendants de la nicotine, contre les fabricants Imperial Tobacco, Rothman, Benson & Hedges et RJR-Macdonald. La compensation demandée fut de 5 000 dollars pour chaque Québécois et Québécoise qui a souffert de cette dépendance à la nicotine dans les produits du tabac. Elle représente, au total, un montant de 10 milliards de dollars.

Les poursuites contre les manufacturiers de tabac sont encore plus lourdes aux États-Unis, risquant même d'obérer irrémédiablement leur situation financière. D'où l'accord intervenu entre les industriels du tabac et plusieurs États, une affaire de 206 milliards de dollars sur une période de 25 ans. L'accord, ratifié par 46 États qui acceptent de retirer leur plainte, est destiné à éviter les procès qui projetaient une ombre gigantesque sur l'industrie du tabac.

Quatre États (Mississippi, Floride, Texas et Minnesota) ont déjà réglé judiciairement ce problème avec l'industrie du tabac.

15. Les conjoints de même sexe sont reconnus devant le tribunal

Un jugement de la Cour supérieure du Québec, rendu le 13 novembre dernier, a conclu que deux articles de la *Loi sur la Régie des rentes* sont discriminatoires quant à l'orientation sexuelle et elle a ordonné à la Régie des rentes du Québec de modifier ses règles de façon à ce que les conjoints de même sexe puissent dorénavant toucher la rente de conjoint survivant à la suite d'un décès de l'autre conjoint, comme cela se fait quand il s'agit de conjoints de sexe opposé.

16. La sécurité sur Internet fait défaut

Plusieurs études, dont celle de Claire Dimont (*L'Argus* du 30 octobre 1998) démontrent qu'il en coûte plus cher présentement de

mettre en place des systèmes de sécurité fiables que d'assumer les coûts de la fraude. Les lacunes sur le plan de la sécurité atténuent l'intérêt de la vente de contrats d'assurance par Internet.

À date, seuls quelques assureurs et agents utilisent le site Web pour vendre avec Internet. Faute de système de sécurité fiable, de pied en cap, avec mot de passe et cryptage, il vaut mieux éviter d'envoyer les informations sensibles sur le Web.

Enfin, les échanges de données informatisées posent encore des problèmes de preuve en cas de contestation des messages car, en l'absence de législation appropriée sur l'acceptation d'un document électronique tenant lieu d'écrit, seul le support papier fait foi, lors de l'émission d'un document.

17. Une pêche miraculeuse

L'Argus du 13 novembre 1998 nous apprend qu'un assureur peut parfois faire une pêche miraculeuse. Procédant à l'assèchement d'un canal, longeant la Durance (le fit-il par hasard ?), il découvrit un véritable cimetière de voitures jetées à l'eau, plus de 600, par des braqueurs ou des escrocs. Si l'assureur peut prouver la fraude à l'assurance commise délibérément par certains assurés, qui ont été indemnisés pour la perte de leur véhicule volé non retrouvé, il pourrait dès lors leur réclamer le remboursement, à condition que le délai triennal de prescription (trois ans à compter de la découverte) ne soit pas expiré.

18. Le bilan mondial du phénomène climatique El Niño

Selon l'Organisation météorologique mondiale (OMM), qui a son siège à Genève, El Niño, qui a son origine dans le déplacement d'une immense étendue d'eau chaude entre les côtes Ouest et Est de l'océan Pacifique, et qui serait directement responsable de la venue mais aussi de l'ampleur de nombreux ouragans et cyclones, a tué plus de 21 000 personnes, blessé 120 000 autres et provoqué plus de 33 milliards de dollars de dégâts matériels dans 27 pays en 1997 et 1998.

Par ailleurs, un récent rapport de l'organisme américain *Insurance Services Office Inc.*, présenté en octobre dernier, révèle que les catastrophes naturelles relatives aux trois premiers trimestres de l'année 1998 (neuf mois) ont provoqué, strictement aux États-Unis, des dommages matériels assurés s'élevant à 8,3 milliards de dollars, par rapport à 2,6 milliards de dollars pour la même période en 1997.

Selon un récent rapport de l'organisation écologiste Worldwatch et de Munich Re, les cat nat, toutes pertes confondues, s'élèveraient à 89 milliards de dollars en 1998, un nouveau record par rapport à l'année 1996, qui affichait des pertes de plus de 60 milliards de dollars.

Selon Worldwatch, El Niño, perçu comme un bouc émissaire, n'en serait pas le seul responsable. Il souligne aussi que l'homme, véritable apprenti-sorcier de l'environnement, a une lourde part de responsabilité relativement à l'ampleur de ces catastrophes. Un cocktail explosif de déforestation et de changements climatiques liés à la pollution serait à l'origine cette année de nombreuses catastrophes : l'ouragan *Mitch*, en Amérique centrale, les crues du Yangsté en Chine et les inondations au Bangladesh.

On doit surtout en tirer un enseignement judicieux : cesser de remettre au lendemain les politiques de développement durable, sous prétexte que la relation cause/effet des catastrophes est difficile à mesurer, que le public n'est pas préoccupé à ce point par les limites de la biosphère et la fragilité des systèmes écologiques. La procrastination ne fait qu'accentuer le problème. L'ampleur des désastres justifie que des changements majeurs soient entrepris le plus tôt possible afin d'éviter que les effets catastrophiques appréhendés par les scientifiques ne viennent poser aux générations futures des problèmes insolubles.

19. Le ministre Martin dit non aux banques

Au moment d'aller sous presse, le ministre Martin venait d'annoncer qu'il refusait de donner le feu vert aux projets de fusion des grandes banques canadiennes car ils amèneraient un niveau inacceptable de concentration du pouvoir économique entre les mains d'un nombre restreint de très grandes banques. Le souci de maintenir la concurrence et l'intérêt des consommateurs ont été, selon le ministre, des facteurs déterminants dans cette décision.

CHRONIQUE ACTUARIELLE

par Louise Labrèche

RENTES AUX CONJOINTS SURVIVANTS DE MÊME SEXE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Après quelques années de lents progrès, les tribunaux et plusieurs provinces semblent avoir perdu patience à l'égard de la position gouvernementale fédérale en matière de reconnaissance des droits des conjoints de même sexe. En 1998, les canadiens ont déjà pu observer un certain nombre de changements ou de propositions de changements législatifs de même que des décisions judiciaires qui pourraient forcer Ottawa et les provinces à modifier leurs législations respectives et permettre aux conjoints homosexuels de recevoir les mêmes prestations de survivants que les conjoints hétérosexuels.

Les faits saillants de 1998...

Le 10 mars 1998

– Un arbitre ordonne à Chrysler Canada d'accorder tous ses avantages sociaux (à l'exception du régime de retraite) aux conjoints de même sexe de ses employés. Selon l'arbitre, la question du régime de retraite devra être revue à la lumière de la décision prochaine de la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire *Rosenberg*.

Le 2 avril 1998

– Dans l'affaire *Vriend c. Alberta*, la Cour Suprême du Canada décrète que l'orientation sexuelle doit constituer un critère de discrimination interdit selon le *Human Rights, Citizenship and Multiculturalism Act* de l'Alberta. La Cour est d'avis que

L'auteure :

Louise Labrèche, F.I.C.A., F.S.A., est vice-présidente du Groupe-conseil Aon inc.

l'omission du terme « orientation sexuelle » de la liste des critères de discrimination interdits par la loi prive les individus de droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Le 23 avril 1998

– La Cour d'appel de l'Ontario rend sa décision dans *Rosenberg c. Canada (Procureur général)*. Cette importante affaire avait débuté en 1992 alors que le Syndicat canadien de la fonction publique décide d'amender la définition de conjoint de son régime de retraite afin d'accorder des prestations de survivants aux conjoints de même sexe. Par une requête préliminaire soumise à Revenu Canada, le syndicat veut savoir si une telle modification serait acceptable pour enregistrement. Revenu Canada répond par la négative car un tel amendement ne serait pas conforme à la définition de « conjoint » contenue dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*, qui prévoit que les conjoints doivent être de sexe opposé. En 1995, la Cour de l'Ontario (Division Générale) statue qu'une telle dérogation aux droits à l'égalité est justifiée. Elle rejette donc la requête du syndicat visant à faire déclarer inconstitutionnelle cette définition. Après avoir entendu l'appel en octobre 1997, la Cour d'Appel de l'Ontario, s'inspirant de la décision de *Vriend*, déclare que la définition de « conjoint » contenue dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*, lorsqu'elle s'applique à l'enregistrement de régimes de retraite, est inconstitutionnelle. La Cour indique que l'exclusion des conjoints de même sexe de cette définition constitue une entrave à la notion d'égalité et qu'elle ne peut être raisonnablement justifiée ou démontrée. La Cour statue que l'expression « ou de sexe opposé » doit être lue dans la définition de « conjoint » au paragraphe 252(4) de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Le 25 mai 1998

– Le Gouvernement de la Nouvelle-Écosse règle deux cas de droits de la personne en annonçant que les régimes de retraite des employés et des professeurs du secteur public doivent accorder des prestations de survivants aux conjoints de même sexe des participants à compter du 1^{er} juillet 1998.

Le 11 juin 1998

– L'Île-du-Prince-Édouard devient la dernière province à amender la *Loi sur les droits de la personne* pour inclure l'orientation sexuelle parmi les critères interdits de discrimination. Les gays et les lesbiennes sont dorénavant protégés contre une telle discrimi-

nation dans toutes les juridictions canadiennes, à l'exception de celle des Territoires du Nord-Ouest.

Le 18 juin 1998

– Le Québec annonce son intention d'accorder aux conjoints de fait, de sexe opposé ou de même sexe, les mêmes droits que ceux dont se prévalent actuellement les conjoints mariés. Des consultations publiques doivent être tenues avant d'effectuer quelque changement législatif que ce soit.

Le 22 juin 1998

– Le gouvernement fédéral annonce qu'il n'ira pas en appel de la décision de la Cour de l'Ontario dans l'affaire *Rosenberg* (voir capsule « Le 23 avril 1998 »).

– Le gouvernement de la Colombie-Britannique présente le Projet de loi 38, intitulé *Pension Statutes Amendment Act (No. 2), 1998*. Cette province devient ainsi la première à introduire une loi obligeant les régimes de retraite du secteur publique à accorder les mêmes prestations de survivants à l'ensemble des conjoints admissibles, peu importe leur orientation sexuelle. Ce projet de loi reçoit la sanction royale le 30 juillet 1998. Le gouvernement indique par ailleurs qu'une révision des régimes de retraite du secteur privé serait souhaitable.

Le 29 juin 1998

– Le Nouveau-Brunswick annonce que les conjoints de même sexe des employés du secteur publique provincial seraient admissibles à recevoir des prestations de survivants.

Juillet 1998

– La division des régimes enregistrés de Revenu Canada confirme verbalement qu'elle accepte d'enregistrer des régimes ou des amendements accordant, à compter du 23 avril 1998, des prestations de survivants aux conjoints de même sexe. Elle indique que Finances Canada envisage également la possibilité d'amender la définition de « conjoint » dans le cadre des régimes enregistrés d'épargne-retraite (REÉR).

Où en sommes-nous ?

À la suite de l'amendement à la *Loi sur les droits de la personne* de l'Île-du-Prince-Édouard ainsi qu'aux décisions judiciaires

récentes, toutes les juridictions canadiennes, à l'exception de celle des Territoires du Nord-Ouest, classent l'orientation sexuelle parmi les critères de discrimination interdits.

La situation évolue rapidement pour les promoteurs de régimes de retraite. Même si la *Loi de l'impôt sur le revenu* n'a pas encore été modifiée pour se conformer à la décision de *Rosenberg*, Revenu Canada accepte l'enregistrement de régimes et d'amendements accordant des prestations de survivants aux conjoints de même sexe à compter du 23 avril 1998. Il ne s'agit toutefois que d'un changement de directive administrative, Revenu Canada ayant simplement accepté d'administrer la loi comme si elle avait été modifiée.

Par ailleurs, les législations provinciales et fédérale en matière de régimes de retraite n'ont pas été modifiées; les régimes de retraite doivent néanmoins s'y conformer.

Or, à titre d'exemple, pour la Commission des services financiers de l'Ontario, c'est le statu quo. La définition de conjoint contenue dans la loi ontarienne n'a pas été modifiée et la Commission n'accepte pas d'enregistrer des régimes ou des amendements accordant des prestations de survivants aux conjoints de même sexe. L'Alberta et le Manitoba ont adopté la même règle de conduite.

Le Bureau du Surintendant des institutions financières accepte pour sa part de reconnaître des conjoints de même sexe pour les régimes de juridiction fédérale, mais seulement dans les cas où il n'existe pas de conjoint rencontrant la définition contenue dans la loi. Ainsi, les prestations de conjoint survivant payable au décès d'un homosexuel marié qui n'aurait pas dissout ses liens matrimoniaux mais qui vivrait maritalement avec un conjoint de même sexe depuis plusieurs années, devraient être accordées au conjoint marié au participant, peu importe l'union de fait subséquente. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick, Terre-neuve et la Nouvelle-Écosse ont elles aussi indiqué qu'elles accepteraient l'enregistrement de nouveaux régimes ou d'amendements accordant des prestations de survivants aux conjoints de même sexe, à condition que ces régimes et amendements respectent intégralement leurs définitions respectives de conjoint.

Au Québec, la loi n'a pas à être modifiée pour inclure le droit des conjoints de même sexe puisqu'elle fait uniquement référence à la notion de « vie maritale ». Cette expression doit être interprétée à la lumière de la jurisprudence qui évolue vers la reconnaissance des conjoints de même sexe. De plus, la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec, modifiée en 1995, n'inclut pas l'orientation

sexuelle parmi les motifs permis de discrimination en matière d'avantages sociaux. La Régie des rentes du Québec a donc confirmé qu'elle enregistrerait des amendements ou des régimes accordant des prestations de survivants aux conjoints de même sexe.

Quelles sont les prochaines étapes ?

Cela signifie-t-il que tous les régimes de retraite au Canada doivent maintenant accorder des prestations de survivants aux conjoints de même sexe ? La question n'est pas facile à résoudre pour un promoteur de régime privé. Il ne fait aucun doute que les promoteurs qui n'accorderont pas de prestations aux conjoints de même sexe pourraient s'exposer à des plaintes auprès d'une commission des droits de la personne. Toutefois, à ce jour on dénombre peu de telles plaintes dans le secteur privé.

Revenu Canada accepte désormais les modifications visant à accorder des prestations de survivants aux conjoints de même sexe mais de telles modifications pourraient ne pas être acceptées par toutes les autorités compétentes en matière de régimes de retraite.

Par contre, au Québec, où il n'existe plus d'empêchement légal particulier en la matière, il serait plus prudent de modifier les régimes de retraite couvrant les participants de cette province pour inclure des prestations de survivants aux conjoints de même sexe. À défaut, on pourrait aller jusqu'à évoquer l'illégalité.

Dans d'autres juridictions, et ce, jusqu'à ce que les lois relatives aux régimes de retraite soient modifiées, il est probable que seuls les promoteurs les plus avant-gardistes... ou les employeurs qui font l'objet d'une plainte auprès d'une commission des droits de la personne, amenderont leur régime de retraite pour inclure les conjoints de même sexe. Dans tous les autres cas, il serait peut-être plus sage d'attendre que la question ait été clairement réglée par voie législative ou judiciaire.

LES TRAVAUX DES CHAIRES EN ASSURANCE

par Georges Dionne

LES TRAVAUX DE LA CHAIRE DE GESTION DES RISQUES (HEC) 1997-1998

Introduction

La Chaire de gestion des risques, créée en juin 1996 par l'École des HEC dans le but d'attirer des professeurs de réputation internationale et pour accentuer la recherche et la formation d'étudiants dans le domaine de la gestion des risques, a une mission en trois volets :

– La formation de gestionnaires et de chercheurs de première qualité qui seront capables d'affronter la concurrence internationale et aspireront à devenir des chefs de file;

– le développement des connaissances par la réalisation de projets de recherche définis en collaboration avec des partenaires industriels engagés dans la gestion des risques;

– le transfert d'outils de gestion des risques dans des entreprises de différents marchés.

La Chaire est également responsable de la gestion de la revue *Assurances*, qui constitue un instrument privilégié à la Chaire et qui lui permet de diffuser le résultat de ses travaux de recherche sur les problèmes d'assurance et de gestion des risques dans différents milieux.

Principales activités durant l'année 1997-1998

La première activité de l'année a été de consolider la présence de la Chaire à l'École. Une série de séminaires a été mise de l'avant en collaboration avec le GReFI et des professeurs du service de l'enseignement de la finance. Voici la liste des conférenciers invités :

– Jean-Charles Rochet, professeur, Université de Toulouse, « La politique économique des systèmes d'assurance santé publics », 5 juin 1997.

– Jean Roy, professeur de finance, HEC, « La réglementation des activités financières: pour une évolution dynamique et prudente », 8 octobre 1997.

– Jean-Guy Simonato, professeur de finance, HEC, « L'évaluation d'options Américaines GARCH par une chaîne Markov », 15 octobre 1997.

– Martin Boyer, professeur de finance, HEC, Déjeuner d'Archimède: « Taxation optimale de l'assurance en présence de fraude », 29 octobre 1997.

– Richard Chung, professeur de finance, Université Concordia, « Are the Market Effects Association with Index Revisions Robust? », 12 novembre 1997.

– Simon Gervais, professeur de finance, Wharton School, « Apprendre à être optimiste », 12 novembre 1997.

– Christian Gouriéroux, directeur, Laboratoire Finance-Assurance CREST, « L'économétrie des frontières efficientes (de choix de portefeuille), 11 février 1998.

– Germain Montagner, vice-président, Head of Structured Derivatives Credit Agricole-Indosuez, New York, « Credit Risk », 20 mars 1998.

En collaboration avec le service d'enseignement des sciences comptables, de la revue *Assurances* et de commanditaires, la Chaire a participé à l'organisation d'une conférence sur la gestion des risques et les implications comptables des produits dérivés. Une quinzaine de conférenciers du Canada, des États-Unis et de l'Europe ont été invités à cette conférence. Un numéro thématique de la Revue publiera les articles des conférenciers qui auront été évalués, au préalable, par des experts.

La deuxième activité principale de la Chaire a été de consolider le développement de la revue *Assurances* au sein de l'École et de lui assurer un bon fonctionnement. Afin de maintenir différentes activités de la Revue, dont son rôle de diffusion auprès de l'industrie, tout en modifiant sa mission pour tenir compte du fait qu'elle était maintenant publiée dans un milieu universitaire, il a été décidé de produire deux types d'articles: des articles évalués par des arbitres externes et des articles généraux évalués par le directeur et le rédacteur en chef de la Revue. La Revue publiera un plus grand

nombre de numéros thématiques. Deux numéros de la récente année contenaient des articles provenant du Colloque sur l'assurance automobile organisé par la Chaire en avril 1997. En juillet 1998, la Revue a traité de l'avenir du secteur des services financiers au Canada et, en octobre 1998, elle a traité de différents régimes d'indemnisation et de l'assurance automobile. Rémi Moreau, le rédacteur en chef de la Revue, a publié, en juillet 1998, le compte rendu du Colloque tenu à l'Université Laval en juin 1998 sur ce thème.

Madame Sandrine Speater, une stagiaire postdoctorale, a séjourné à la Chaire durant l'année académique 1997-1998 pour effectuer des recherches sur les risques environnementaux. Elle a complété ses études doctorales à l'Université de Strasbourg en 1997. Son stage à Montréal était financé par le RCM₂. Elle a effectué sa recherche sur les contrats bancaires optimaux en présence de risques environnementaux. En particulier, elle a étudié les relations d'arbitrage entre les contrats d'assurance et les contrats de dette contingents ainsi que les conséquences d'étendre la responsabilité des risques environnementaux aux banques qui financent les projets d'investissements. Elle a produit trois documents de recherche durant son séjour à la Chaire. Elle occupe maintenant un poste de maître assistant à l'Université de Strasbourg.

Trois nouveaux cours ont été créés en finance, en collaboration avec la Chaire : un au M.B.A., « Gestion des risques et assurances », et deux au Certificat, « Gestion et analyse des assurances personnelles et calcul des rentes » et « Gestion des risques et assurances d'entreprises ». Le cours du M.B.A. a été enseigné par Georges Dionne en juin 1998 et les deux autres sont donnés, durant l'année 1998-1999, par Claude Savard et Denis Glaude.

La Chaire a continué de gérer le concours des bourses de l'École en gestion des risques à la maîtrise. Quatre bourses de 4 500 \$ ont été attribuées en janvier 1998. La Chaire a financé deux étudiants de doctorat. De plus, trois étudiants de maîtrise et deux étudiants de doctorat de Georges Dionne ont complété leurs études durant l'année. Actuellement, le directeur de la Chaire dirige cinq étudiants de maîtrise et six étudiants de doctorat.

Comme indiqué ci-après, la Chaire a produit des cahiers de recherche. Ces cahiers sont distribués dans soixante institutions au Canada, aux États-Unis et en Europe.

N°	Titre	Auteurs
97-02	Analyse de l'effet des règles d'obtention d'un permis de conduire au Québec (1991) sur la sécurité routière	G. Dionne C. Laberge-Nadeau U. Maag D. Desjardins S. Messier
97-03	Risque de santé, médecine préventive et médecine curative	L. Eeckhoudt P. Godfroid M. Marchand
97-04	Développement d'un système expert de détection automatique de la fraude à l'assurance automobile	E.B. Belhadji G. Dionne
97-05	The Non-Optimality of Deductible Contracts Against Fraudulent Claims: An Empirical Evidence in Automobile Insurance	G. Dionne R. Gagné
97-06	Development of an Expert System for the Automatic Detection of Automobile Insurance Fraud	E.B. Belhadji G. Dionne
97-07	Le consentement à payer et les méthodes de réduction du risque	P. Godfroid
97-08	Détermination des prix et des quantités d'équilibre contingents : application à des fonctions d'utilité usuelles	P. Godfroid
97-09	Diffidence Theorem and State Dependent Preferences	G. Dionne M.G. Ingabire
97-10	Insurance Taxation and Insurance Fraud	M.M. Boyer
97-11	Increases in Risk and Optimal Portfolio	G. Dionne F. Gagnon K. Dachraoui
98-01	Offre d'assurance non vie : une revue de la littérature récente	G. Dionne
98-02	The Informational Content of Household Decisions with Applications to Insurance Under Adverse Selection	G. Dionne C. Gouriéroux C. Vanasse
98-03	Information Structure, Labour Contracts and the Strategic Use of Debt	K. Dachraoui G. Dionne
98-04	Over-Compensation as a Partial Solution to Commitment and Renegotiation Problems: the Case of Ex-Post Moral Hazard	M.M. Boyer

98-05	A Rationale for Borrowing More than Needed	M.M. Boyer
98-06	Analysis of the Economic Impact of Medical and Optometric Driving Standards on Costs Incurred by Trucking Firms and on the Social Costs of Traffic Accidents	G. Dionne C. Dionne-Nadeau D. Desjardins S. Messier U. Maag
98-07	The Estimation of Deposit Insurance with Interest Rate Risk	J.C. Duan J. G. Simonato
98-08	Portfolio Response to a Shift in a Return Distribution: Comment	K. Dachraoui G. Dionne
98-09	Evidence of Adverse Selection in Automobile Insurance Markets	G. Dionne C. Gouriéroux C. Vanasse
98-10	Réflexions sur l'optimalité des contrats d'assurance	S. Spaeter

Durant sa première année, la Chaire a été impliquée dans l'organisation d'un colloque international. Un livre regroupant les vingt-deux présentations a été préparé cette année. Il a été publié en automne 1998 par la maison d'édition Kluwer Academic Press : « Automobile Insurance: Road Safety, New Drivers, Risks, Insurance Fraud and Regulation ». Georges Dionne et Claire Laberge-Nadeau sont les directeurs de cette publication.

Le titulaire de la Chaire a donné plusieurs conférences internationales dont voici la liste :

- 97-06-20 Sardaigne (Italie), « The Role of Memory and Saving in Long-Term Contracting with Moral Hazard: An Empirical Evidence in Automobile Insurance ».
- 97-09-19 FFSA-Chaires d'assurance (Paris) « Résultats de recherches sur la fraude à l'assurance ».
- 97-09-22 Geneva Association Meetings for European Insurance Economists (Paris), « The International Content of Household Decisions with Application to Insurance Under Adverse Selection ».
- 97-11-26 Séminaire conjoint GREFI/Chaire de gestion des risques, HEC, « Accroissements de risque et portefeuille optimal ».
- 97-12-15 Université de Paris I, « Accroissements de risque et portefeuille optimal ».
- 97-12-16 Université de Paris-X-Nanterre, « Un test empirique du modèle Rotschild-Stiglitz ».

- 98-01-04 North American Econometric Society Meetings (Chicago), « The Role of Memory and Saving in Long-Term Contracting with Moral Hazard: An Empirical Evidence in Automobile Insurance ».
- 98-03-11 Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal, « PLU 6011 – Séminaire d'intégration interdisciplinaire sur la sécurité routière ».
- 98-05-07 Société canadienne de Science économique (Québec), allocution présidentielle : « La mesure empirique des problèmes d'information ».
- 98-05-07 Société canadienne de Science économique (Québec), « La fraude planifiée : évidence, empirique du marché de l'assurance automobile » (avec Robert Gagné).
- 98-05-07 Société canadienne de Science économique (Québec), « Risques environnementaux et investissement financier dans la prévention : le cas à responsabilité limitée » (avec Sandrine Speater).
- 98-05-07 Société canadienne de Science économique (Québec), « Détermination simultanée des structures de capital et des contrats de travail : évidence empirique dans le marché français » (avec Kaïs Dachraoui).
- 98-05-08 Société canadienne de Science économique (Québec), « Antisélection et classification des risques » (avec Christian Gouriéroux et Charles Vanasse)
- 98-05-08 Société canadienne de Science économique (Québec), « Les accroissement de risque et la séparation des portefeuilles financiers optimaux », (avec Kaïs Dachraoui).
- 98-05-13 Economics Department, University of Chicago, « Evidence of Adverse Selection in Automobile Insurance Markets ».

De plus, voici la liste des articles publiés et acceptés à des fins de publication :

– G. Dionne et C. Vanasse, « Une évaluation empirique de la nouvelle tarification de l'assurance automobile au Québec », *L'Actualité économique*, 1997, vol. 73, 1, 2, 3, p. 47-80, reproduit dans *Économétrie appliquée*, C. Montmarquette, C. Gouriéroux (eds), Economica, France, 1997.

– G. Dionne, « Offre d'assurance non vie et gestion des risques », dans *Encyclopédie de l'Assurance*, F. Ewald, J.H. Lorenzi (eds), Economica, France, 1997, reproduit dans la revue *Assurances*, 1998, vol. 65, no 4, p 561-588 et dans la revue belge *Principium*, 1998, no 6, p. 4-14.

– G. Dionne, C. Laberge-Nadeau, U. Maag, D. Desjardins, S. Messier, « New Drivers: First Year of Driving Experience and Their Crash Rates », *Assurances*, 1997, vol. 65, no 3, p. 417-430.

– G. Dionne, R. Gagné, F. Gagnon, C. Vanasse, « Debt Moral Hazard and Airline Safety: An Empirical Evidence », *Journal of Econometrics*, 1997, vol. 79, p. 379-402.

– G. Dionne, C. Laberge-Nadeau, U. Maag, D. Desjardins, S. Messier, « Analyse de l'effet des règles d'obtention d'un permis de conduire au Québec (1991) sur la sécurité routière », à paraître dans *L'Actualité économique*.

– G. Dionne, R. Gagné, F. Gagnon, C. Vanasse, « Inferring Technological Parameters From Incomplete Panel Data », à paraître dans *Journal of Econometrics*.

– G. Dionne, « La mesure empirique des problèmes d'information », à paraître dans *L'Actualité économique*.

Enfin, voici la liste des subventions de recherche :

Subventions obtenues :

« Tarification optimale de l'assurance automobile en présence d'asymétrie d'information : modélisation théorique et tests empiriques », CRSH, 60 000 \$ (96-04 à 99-04).

« Gestion sociale des risques d'accidents », FCAR-Soutien aux équipes de recherche, G. Dionne, D. Demougin, C. Fluet, R. Gagné et P. Lanoie, 205 447 \$ (96-06 à 99-05).

« Le non-respect du code de la sécurité par les conducteurs professionnels en fonction des caractéristiques des individus, des transporteurs et de l'environnement routier », FCAR, G. Dionne, C. Laberge-Nadeau, et U. Maag, 30 000 \$, (96-11 à 98-04).

« L'évaluation du risque d'accidents des transporteurs en fonction de leur secteur d'activités, de la taille de leur flotte et de leur dossier d'infractions », FCAR, 75 000 \$ (96-11 à 98-10).

Participation au réseau RCM₂ de Montréal: 40 000 \$ pour financer un étudiant de doctorat et une stagiaire post-doctorale.

Demandes de fonds préparées pour l'action concentrée FCAR-SAAQ-MTQ :

« La perception du risque d'être arrêté chez les camionneurs et les transporteurs routiers », montant demandé: 70 000 \$, 98-06 au 00-06 ».

« Les téléphones cellulaires et le risque d'accidents », montant demandé: 156 000 \$, 98-06 au 00-06.

« Étude comparative des nouveaux conducteurs selon qu'ils ont suivi ou pas un cours de conduite et ce, en accordant une attention particulière à la propension à prendre des risques », montant demandé: 46 600 \$, 98-06 au 00-06.

Autres demandes de fonds :

Participation à la création d'un réseau national de mathématique financière avec la Fields Institute de Toronto et CIBC, 160 000 \$, 1998 à 2002.

LE MONDE VIRTUEL DE L'ASSURANCE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Nous avons visité le site Web de la Croix Bleue du Québec

<http://www.qc.croixbleue.ca>

L'Association d'Hospitalisation du Québec, mieux connue sous le nom de Croix Bleue du Québec, organisme sans but lucratif et entité juridiquement indépendante, se définit comme le spécialiste de l'assurance santé et de l'assistance au Québec, tant sur le plan individuel que collectif.

La présentation corporative de cet organisme est divisée en cinq volets :

Mission : Assurer la santé et porter assistance.

Historique : Créée en 1942, elle offrait d'abord l'assurance santé et hospitalisation. En 1959, elle élargissait son champ d'action à l'assurance vie et l'assurance invalidité. Suite à l'étatisation de l'assurance hospitalisation en 1961 et à la création du régime public d'assurance maladie en 1970, elle se tourna rapidement vers l'offre de produits d'assurance santé complémentaire. À partir de 1995, elle se retira de certains secteurs pour se concentrer à l'assurance santé et l'assistance, incluant les services aux voyageurs.

Raison d'être : La Croix Bleue du Québec est d'abord et avant tout un fournisseur de produits et services d'assurance doté d'une excellente santé financière.

Philosophie : L'entreprise propose une approche globale des besoins de ses clients.

Organigramme : Les différentes sociétés et pourcentage de participation.

Le site Web de la Croix Bleue comprend aussi les rubriques suivantes :

Situation financière : brève analyse et faits saillants

Réforme de la santé au Québec : description et assistance personnalisée

Produits et services : collectif, individuel, voyage, assistance

Communiqués de presse : résumé de divers communiqués

Liens avec nos partenaires

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 Québec Blue Cross

<http://www.qc.croixbleue.ca>

The Québec Hospital Service Association, better known as Québec Blue Cross, a non-profit association and legally independent organization, describes itself as Quebecer leading health insurance and assistance provider, on a group or individual basis.

The message from management presents five items:

Mission: Our prime concern: your well-being.

Background: Established in 1942, initially offering health insurance and hospitalization insurance, it added life insurance and disability insurance in 1959. The company made complementary health insurance programs the focus of its operations after the government took over control of hospitalization insurance in 1961 and the public health insurance plan introduced in 1970. In 1995, it withdrew from certain sectors to focus on health insurance and assistance, including services for travelers.

Raison d'être: Québec Blue Cross is first and foremost a provider of insurance products with excellent financial stability.

Philosophy: The Company take a global approach to its clients' needs.

Organizational chart: The different companies and the percentage of their participation.

The Blue Cross Web site has also the following sections:

Financial situation: brief analysis and highlights

Health-care reform in Québec: description and personalized assistance

Products and services: group insurance, individual insurance, travel, assistance

News releases: several news' releases

Effective partnership

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.

ROYAL &  SUNALLIANCE

Un avenir rassurant depuis 1710^{cc}

**UNE
TRADITION
D'EXCELLENCE**

DESMARAI PICARD GARCEAU PASQUIN

AVOCATS

Michel P. Desmarais, LL.L.

Michel Garceau, LL.L.

Philippe Pagé, LL.L.

Pierre Boulanger, LL.L.

Georges Pagé, LL.L.

Lucie B. Tétreault, LL.B.

Luc Lapierre, LL.B.

Isabelle Desmarais, LL.B.

Paul Picard, LL.L.

André Pasquin, LL.L.

Pierre Viens, LL.L.

Jean Rivard, LL.L.

Yves St-Arnaud, LL.L.

Geneviève Derigaud, LL.L.

Pierre Bazinet, LL.B.

204, Place d'Youville
Montréal (Québec) H2Y 2B4
Téléphone : (514) 845-5171
Télécopieur : (514) 845-5578

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 Insurance-News
Canadian Insurance Law Service
General Insurance Register – Canada's National
Insurance Directory
Life Insurance Tables/Tables d'assurance vie
Brown Chart Report/L'annuaire brun – données
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
Jean-François L. Denis

Le bâtonnier Guy Pepin, C.R.
Émilien Vallée
Gaétan H. Legris
André Cadieux
Anne Jacob
Yves Carignan
Guylaine Mallette
Stéphanie Robillard
Vlad Zolia

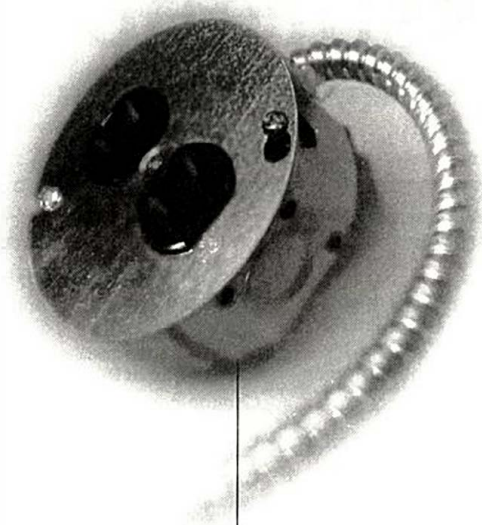
Robert J. Lafleur
Daniel Letourneau
Michel Beauregard
Charles E. Bertrand
Suzanne Cadieux
Pascale Caron
Gilbert Hourani
Marie-Christine Hivon
Érik P. Masse

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



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 GAUCHETIÈRE 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 DUMOULIN HOWARD GERVAIS

AVEC BUREAUX À TORONTO, VANCOUVER, CALGARY, MONTRÉAL ET LONDRES.

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, Répère 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 8¹/₂" 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, Répère 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, 1¹/₂-spaced, on 8¹/₂" 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.co

Québec - Montréal - Ottawa - Toronto - Hamilton - London - Thunder Bay
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.

