

# Assurances

revue d'assurance et de gestion des risques

juillet 1999 ■ no 2

## SOMMAIRE

### **LES LEÇONS DES INONDATIONS SURVENUES AU SAGUENAY À L'ÉTÉ 1996**

Roger Nicolet

### **EARTHQUAKE'S INSURABILITY**

Christopher J. Robey

### **LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS**

Geneviève Faribault

### **LES MARCHÉS ALTERNATIFS**

Rémi Moreau

### **UNE ANALYSE DES SYSTÈMES BONUS-MALUS EN ASSURANCE AUTOMOBILE**

Jean Pinquet

### **DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME EXPERT DE DÉTECTION AUTOMATIQUE DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE**

El Bachir Belhadji et Georges Dionne

## 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 travailler à l'hôtel, 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.  
Solaire 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, Louis Haeck, 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

67<sup>e</sup> année, numéro 2, juillet 1999

## ARTICLES GÉNÉRAUX

### LES LEÇONS DES INONDATIONS SURVENUES AU SAGUENAY À L'ÉTÉ 1996

par Roger Nicolet ..... 153

### EARTHQUAKE'S INSURABILITY

by Christopher J. Robey ..... 167

### LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS

par Geneviève Faribault ..... 177

### LES MARCHÉS ALTERNATIFS

par Rémi Moreau ..... 215

### UNE ANALYSE DES SYSTÈMES BONUS-MALUS EN ASSURANCE AUTOMOBILE

par Jean Pinquet ..... 241

## ARTICLE ÉVALUÉ

### DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME EXPERT DE DÉTECTION AUTOMATIQUE DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE

par El Bachir Belhadji et Georges Dionne ..... 251

## CHRONIQUES

### COMPTE RENDU DU SYMPOSIUM SUR LE VOL AUTO TENU À L'ÉCOLE DES HEC LES 15 ET 16 JUIN 1999, par Rémi Moreau

..... 275

**CHRONIQUE JURIDIQUE**, par Michèle Bernier ..... 279

Quelques jugements récents en matière d'assurance

**FAITS D'ACTUALITÉ**, par Rémi Moreau ..... 289

1. Les règlements sous la loi 188 furent adoptés le 20 juin 1999 – 2. Nouvelles avenues pour gérer le risque d'inondation au Canada – 3. Les fruits de la démutualisation – 4. La Bourse de Montréal se spécialise dans les instruments financiers dérivés – 5. Reconnaissance des conjoints de même sexe – 6. La réforme des services financiers – 7. Les résultats du quatrième trimestre de 1998 des assureurs IARD canadiens – 8. La loi fédérale sur la démutualisation est adoptée au Sénat – 9. Le point sur la réassurance

mondiale, selon la compagnie Suisse de Ré – 10. Tableau des catastrophes naturelles en 1998 – 11. L'industrie canadienne de l'assurance de personnes et les technologies de l'information – 12. Statistiques sur l'industrie de l'assurance de personnes (1998) – 13. La Convention de Montréal succède à la Convention de Varsovie – 14. Le point sur le bogue de l'an 2000 – 15. Face au grand sinistre, au soir du 31 décembre, penser au plan d'urgence – 16. Service d'assistance psychologique – 17. Aegon achète Transamerica – 18. Les trois premiers assureurs allemands – 19. La création de compagnies captives s'accroît – 20. Le rapport de l'année 1998 de l'Inspecteur général des institutions financières

<b>NEWS FROM IBC / NOUVELLES DU BAC</b> , by various IBC's contributors / par différents collaborateurs du BAC .....	301
<b>CHRONIQUE ACTUARIELLE</b> , par Louise Labrèche .....	311
Les conséquences du tabagisme pour les employeurs et les programmes antitabac	
<b>ÉTUDES TECHNIQUES</b> , par Rémi Moreau .....	315
Les systèmes de protection des assurés en cas de faillite : une étude comparative	
<b>GARANTIES PARTICULIÈRES</b> , par Daniel Labadie et Jocelyne Douville .....	323
Fonds distincts et fonds de placement	
<b>LA PAGE DE L'INTERNAUTE/THE INTERNET SURFER PAGE</b> .....	333
La Chaire en assurance L'industrielle-Alliance / The Industrielle-Alliance Chair in Insurance	

# LES LEÇONS DES INONDATIONS SURVENUES AU SAGUENAY À L'ÉTÉ 1996

par Roger Nicolet

## RÉSUMÉ

En sa qualité de président de l'Ordre des ingénieurs du Québec et de la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages, l'auteur est bien placé pour faire part de ses réflexions, autant sur le rôle important que joue l'ingénieur dans le domaine de la prévention des sinistres et de la réduction des pertes qui en découlent.

Il oriente cette réflexion sur trois pôles : l'analyse et la gestion des risques en génie; la responsabilité de l'ingénieur; la communication des risques.

Sur les leçons à tirer d'un drame comme celui des inondations de 1996 au Saguenay, l'auteur conclut en souhaitant une meilleure communication, une concertation à tous les niveaux, un cadre juridique clair, des mesures de prévention appropriées, le tout soutenu par des budgets en conséquence.

## ABSTRACT

*As President of the Order of Quebec Engineers and the Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages, the author is well positioned to evaluate the role of his profession in the area of loss prevention and loss mitigation.*

*Three major points are examined: risk analysis and risk management from the stand-point of engineer; liability of engineers; and risks communication.*

*After having drawn the conclusions following the 1996 Saguenay flood, the author orients his recommendations on the following aspects: a better communication, a clear legal frame, some appropriate prevention measures, all of these must be consequently supported by budgets.*

---

### L'auteur :

Roger Nicolet est président de l'Ordre des ingénieurs du Québec.

Allocution prononcée à Montréal, le 12 mai 1999, à l'occasion du Colloque sur les inondations organisé par le Bureau d'assurance du Canada en collaboration avec l'Institut de prévention des sinistres catastrophiques.

À titre de président à la fois de l'Ordre des ingénieurs du Québec et de la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages, commission mise sur pied à la suite des inondations du Saguenay de l'été 1996, je suis doublement concerné par les questions qui touchent la protection du public.

Cette tribune me donne l'occasion de vous faire part de ma réflexion sur les leçons à tirer de tels événements. Elle portera donc autant sur le rôle important que joue l'ingénieur dans le domaine de la prévention des sinistres et la réduction des pertes qui en découlent. Il m'est apparu que des représentants d'organismes concernés au premier chef par ces problèmes trouveraient intéressant que l'on tente de baliser certains aspects de la pratique de notre profession en regard des risques appréhendés en cas de sinistre.

Je me permettrai donc, avant d'entrer dans le vif du sujet, de mentionner que l'Ordre des ingénieurs du Québec, dont la mission principale est la protection du public, encadre la pratique professionnelle de quelque 42 000 ingénieurs. Dès la fin des années quatre-vingt, l'Ordre a décidé de renforcer ce mandat de protection du public que lui a confié l'État, en contribuant à l'éclairage des choix de société sur des sujets qui font appel à l'expertise des ingénieurs, notamment la technologie et l'environnement.

Par ses interventions, l'Ordre des ingénieurs du Québec s'est imposé auprès des pouvoirs publics comme partenaire dans ces champs d'expertises. L'Ordre a multiplié ses prises de position et ses actions sous différentes formes : participation à des consultations publiques, à des commissions parlementaires et présentation de mémoires à l'intention des autorités publiques.

## ■ LE CONTEXTE

Donc, les événements du Saguenay de juillet 1996, le « déluge » comme on l'a nommé alors, commençait à peine à s'estomper de notre mémoire collective, que la moitié de la population du Québec était affectée par une nouvelle situation catastrophique. Cette fois-ci, il s'agissait d'une tempête de verglas qui, tout comme les inondations de l'été 1996, a eu un impact profond sur l'opinion publique québécoise, canadienne et même internationale. En mettant à nu bien des sensibilités, ces catastrophes ont modifié les consciences et amené plus d'un à percevoir très différemment notre environnement



naturel et social. Subitement, la nature a cessé d'être un grand jardin auquel on pouvait être parfois indifférent, pour devenir une réalité dure avec laquelle il fallait désormais compter.

Le rapport de la Commission sur le Saguenay a été déposé en janvier 1997. Douze mois plus tard, je recevais du gouvernement la responsabilité d'une nouvelle commission. Aujourd'hui que le rapport de cette deuxième commission a été rendu public, je souhaite qu'aucun autre événement du genre ne nous amène trop prochainement à requérir une autre étude sur de telles circonstances tragiques. Je vous dirais, toutefois, que ma participation à ces travaux n'a fait que confirmer les réflexions que je me propose de partager avec vous.

Mais laissons de côté le sinistre glacial de janvier 1998 et portons notre attention sur les inondations, véritable thème de ce colloque. Nos concitoyens se sont senti interpellés par la catastrophe Saguenay comme ils ne l'avaient jamais été auparavant par les désastres en tous genres qui défilent sur nos écrans de télévision.

## ■ POURQUOI?

La proximité du sinistre a joué évidemment. Être touché chez soi, sur son sol, connaître des personnes qui souffrent, ou leur entourage, agit autrement sur la conscience que la vision d'un lointain drame. Mais il y a autre chose. Rarement, je crois, a-t-on assisté en direct à un déferlement de tels volumes d'eau dont la violence malmenait tous les ouvrages et technologies censés les maîtriser. L'idée longuement inculquée que la science et la technologie constituaient un efficace rempart contre les assauts de la nature était mise à mal dans l'esprit de plusieurs. Et, il est ironique qu'à peine deux ans plus tard, une situation analogue, tout aussi « exceptionnelle », soit à nouveau vécue par la population.

Assister, totalement impuissants, au spectacle de la force de l'eau balayant les ouvrages de l'homme comme fétus de paille, nous rappelait le côté dérisoire de nos prétentions à domestiquer les forces de la nature.

Jamais notre vulnérabilité en tant que collectivité, celle de nos infrastructures et de nos organisations, ne nous était apparue aussi réelle.

Nous tous, spectateurs fascinés, avons développé un véritable attachement à la petite maison blanche du Quartier du Bassin à Chicoutimi, qui résistait mieux aux vagues successives que les lourds ouvrages de la technologie moderne. En quelque sorte, cette modeste habitation était devenue un symbole d'ouvrage *prétechnologique*. Elle constituait en quelque sorte le reflet du courage humain désarmé.

J'ai eu le « privilège » d'être au cœur de la longue démarche d'analyse qui a suivi ces événements. Pour un ingénieur comme moi dont la profession traite justement de l'exploitation des ressources et de la mise en valeur des forces naturelles comme l'eau et le vent, le désastre du Saguenay est une remise en question de nos méthodes de travail. Aussi, il est un aspect qui ressort et dont j'aimerais plus particulièrement vous exposer dans cet article : celui des communications entre le professionnel et les autorités publiques et la population.

Il m'a semblé intéressant d'orienter cette présentation sur la notion des risques associés à l'exploitation des ressources naturelles, à toute entreprise de construction et à en faire comprendre la portée et l'importance par les autorités, les maîtres d'ouvrages, mais aussi par la population qui y est exposée.

## ■ L'ANALYSE ET DE LA GESTION DES RISQUES EN GÉNIE

La gestion des risques comprend les phases suivantes :

- l'identification des risques et leur analyse;
- l'évaluation;
- le contrôle;
- la communication;
- les mesures d'urgence.

On pourrait raffiner cette définition de l'analyse et de la gestion des risques, mais je crois que, pour l'essentiel, cela suffira pour soutenir la réflexion et insister sur des dimensions de la problématique souvent escamotées.

Les ouvrages d'ingénierie ne sont pas que des modèles mathématiques idéaux, ils existent dans leur réalité physique. Fruits d'une pensée rigoureuse, ces ouvrages sont donc soumis à d'imprévisibles phénomènes naturels dont la récurrence se situe en dehors de l'échelle humaine individuelle.

Dans son analyse des risques, le concepteur est appelé à intégrer des phénomènes aléatoires dans les règles mathématiques qu'il maîtrise pour déterminer les facteurs de sécurité qu'il recherche. Il doit déterminer que des facteurs dits extraordinaires ou rarement observés sont susceptibles d'affecter la stabilité d'une structure ou le bon fonctionnement d'un système. Il doit également mesurer les conséquences des défaillances appréhendées. Cette démarche vise à nous prémunir contre des risques clairement identifiés. Elle permet de quantifier une marge de protection contre une situation qui peut se produire et dont les effets sur l'environnement, la santé publique, la sécurité des populations et la propriété sont plus ou moins importants, selon le cas.

Ceci implique que, plus les conséquences appréhendées sont graves, plus les facteurs de sécurité doivent être élevés. Toutefois, cette volonté de se prémunir contre tous les risques a ses limites. N'oublions pas qu'aucune activité humaine n'est entièrement sans risque. La conception, l'entretien et le suivi des ouvrages de retenue des eaux, même réalisés avec la plus grande rigueur possible, ne nous garantissent pas que tous les risques ont été éliminés. Nous avons beau élargir nos connaissances, inclure dans nos mémoires toutes les données disponibles, concevoir des méthodes de travail qui déjouent nos habitudes mentales : nous demeurons fragiles face à l'imprévisibilité de la nature. Cette fragilité même nous impose de nous préparer mieux à y faire face.

La situation de risque qu'il s'agit de prévenir se révèle souvent comme le produit d'une conjugaison de facteurs, chacun d'eux bien identifiable mais jugé improbable à divers degrés. Ces facteurs relèvent autant de paramètres associés à des phénomènes naturels – les précipitations en l'occurrence –, de l'erreur humaine comme l'a été la gestion des évacuateurs de crues de certains barrages dans notre cas d'espèce, que d'agencements systémiques, comme le couplage d'ouvrages de retenue des eaux d'un bassin. La combinaison de ces trois éléments, conjuguée au délai de réaction lorsque les événements improbables se réalisent, rend délicate la prise de décision en matière de gestion des risques.

Le cas du Saguenay illustre le fait que, si cette synergie n'est pas maîtrisée, si elle est incomprise ou sous-estimée, les conséquences peuvent devenir importantes au point de ne plus pouvoir y faire face.

L'ingénieur prend ses décisions au moment de la conception de l'ouvrage en se basant sur des données existantes et en réalisant des calculs appropriés, basés sur l'expérience acquise dans des

situations similaires. Tout scientifique qu'il soit, il ne travaille pas en vase clos. La réalité l'oblige en outre à tenir compte du « climat socio-économique » ambiant. Les opinions et les « a priori » qui prévalent dans la société sont autant de limites concrètes faisant obstacle à l'anticipation d'événements extrêmes.

Même une conception parfaite, du point de vue théorique, ne peut garantir à 100 % la sécurité d'un ouvrage. Avec le temps qui passe, les paramètres qui ont présidé à la réalisation de l'ouvrage s'estompent dans l'esprit des administrateurs qui en auront successivement la garde.

Il en est ainsi de la calibration des modèles de gestion des ouvrages sur les cours d'eau qui ne repose plus sur une connaissance des calculs de dimensionnement originaux. On utilise plutôt les informations disponibles concernant les précipitations validées antérieurement par les gardiens, et maintenant par les gestionnaires qui surveillent barrages et vannes. Un certain déphasage s'établit ainsi entre le contexte d'utilisation prévu initialement par le concepteur de l'ouvrage et les paramètres jugés appropriés plusieurs années plus tard par ses gestionnaires.

Les responsables des opérations des barrages touchés n'avaient évidemment pas anticipé des précipitations extrêmes comme celles de 1996. Les statistiques disponibles ne leur étaient d'aucun secours. Concernant le bassin de la rivière Sault-aux-Cochons, les précipitations maximales sur une période de 120 ans étaient de 122 mm en 48 heures alors que celles de 1996 ont atteint 164 mm.

Par ailleurs, il y a le problème de l'usage qui est fait des installations. Les ouvrages installés sur les rivières de la région du Saguenay remplissent trois fonctions. Ils servent à la production d'énergie, à la régulation des crues et aux activités de récréation. Quant à savoir comment harmoniser ces trois fonctions tout en respectant les impératifs de sécurité, c'est une autre affaire puisque les objectifs de chaque type d'usage peuvent être contradictoires à certaines saisons.

De façon générale, on remplit les réservoirs en automne pour maintenir la production d'énergie au cours de l'étiage d'hiver. En été déjà, les villégiateurs veulent que les niveaux d'eau des bassins soient haussés afin de leur permettre d'utiliser les quais pour leurs embarcations de plaisance. Les réservoirs ne disposent alors d'aucune marge pour absorber – ou « laminer » selon l'expression consacrée – les crues estivales comme celle de juillet 1996. Par ailleurs, rappelons que, à la fonte des neiges, les crues printanières ne posent pas ce type de problèmes puisque les réservoirs sont alors à leur niveau le plus bas à la suite de l'étiage d'hiver.

Dans ce contexte, il n'est pas du tout facile de concevoir un ouvrage dont les fonctions sont multiples et qui changent avec le temps alors que les différents acteurs concernés et le public modifient leurs besoins. Il n'est pas du tout évident non plus, pour chaque propriétaire d'ouvrage, d'intégrer dans ses décisions tous les usages qui doivent être pris en compte et la manière de le faire.

Ceci m'amène au second point de ma réflexion.

## ■ LA RESPONSABILITÉ DE L'INGÉNIEUR

Il faut tout d'abord l'énoncer clairement : les interrogations sur le rôle de l'ingénieur soulevées par les situations que je viens d'évoquer ne se règlent pas par la simple consultation du Code de déontologie.

On le sait maintenant, notre profession mène à des champs de pratique les plus variés, de la technologie d'application à la conception de pointe, de la recherche en sciences appliquées à l'administration à tous les niveaux, que ce soit du domaine public ou du domaine privé.

Idéalement, à chaque situation particulière devraient correspondre des règles de comportement propres et clairement définies. La réalité est autrement complexe. Très souvent le professionnel doit s'en remettre à sa seule conscience pour choisir une ligne de conduite.

En l'absence d'un cadre de référence précis, il se trouve presque inévitablement conduit à devoir trancher lui-même. Ce qui ne signifie nullement qu'il soit libre de ses choix. Au contraire, il doit mettre en balance les responsabilités qui lui incombent de par sa fonction et les contraintes d'intégration à la culture d'entreprise que dictent les conditions de travail et le respect des intérêts à court terme de son client.

Pour illustrer ce propos, revenons aux situations concrètes évoquées précédemment qui mettent en évidence les difficultés signalées. Prenons, par exemple, le cadre d'intervention d'ingénieurs responsables de la gestion et de l'entretien de barrages. Nous en avons rencontré plusieurs tout au long des audiences publiques en 1996.

Les conditions de travail varient énormément d'une entreprise à l'autre. Au risque de simplifier, rappelons que le champ d'exercice de la profession s'étend sur un large éventail.

Examinons d'abord le cadre établi par le propriétaire d'un petit ouvrage, qu'il soit public ou privé. Contrairement aux grandes entreprises, ce dernier dispose rarement des ressources humaines et financières adéquates pour structurer une équipe technique intégrée. Les revenus des petites centrales dont il est question ici ne suffisent que rarement à justifier des importants programmes de travaux.

Les décisions et les actions que pourraient envisager les ingénieurs responsables de ces installations s'en trouvent nécessairement affectées. Quel que soit leur degré d'expérience et leur niveau d'autorité au sein de l'administration de la corporation propriétaire d'un ou de plusieurs ouvrages de retenue d'eaux, la marge de manœuvre dont ils jouissent et le libre arbitre dont ils disposent pour arrêter des décisions qui relèvent de leur domaine de compétence divergent considérablement.

La grande majorité des ingénieurs, toutefois, qui œuvrent dans ce domaine le font pour le compte des quelques grandes corporations propriétaires de parcs de barrages. Au premier regard, le cadre d'intervention que leur offrent ces entreprises semble plus adéquat. Ces entreprises se sont dotées de services de génie bien structurés, soutenus par des allocations budgétaires appropriées et qui s'avèrent donc efficaces et compétents. On pourrait conclure que, en apparence du moins, la position de ces ingénieurs employés est exempte de contraintes professionnelles.

Nous avons constaté cependant que la taille de l'entreprise était loin d'être une garantie suffisante de l'existence d'un cadre d'intervention qui favorise l'exercice de responsabilités techniques complexes.

Malgré une bonne volonté incontestable, l'administration de certaines de ces corporations voit l'exploitation et l'entretien des barrages comme des fonctions auxiliaires, connexes à un processus manufacturier qui constitue l'objet premier de l'activité industrielle. Je pense bien sûr, dans le cas qui nous occupe, à certaines pape-tières qui, dans un souci de rentabilité, n'ont pas de personnel professionnel suffisamment formé pour assumer les nombreuses tâches qu'implique leur responsabilité de propriétaire de barrage.

Et confier des mandats ponctuels à des firmes d'ingénieurs-conseils n'apporte pas une solution entièrement satisfaisante à cette carence en compétences spécialisées, puisque, d'une part, les mandats externes sont limités, par définition, et que, d'autre part, le personnel de l'entreprise n'est pas pour autant préparé et équipé pour assumer le suivi des travaux réalisés en sous-traitance.

De plus, pour des raisons budgétaires ou autres, ces travaux exécutés par des firmes extérieures sont même parfois définis de manière tellement limitative que des pans entiers d'une vérification périodique ou d'une remise à jour de certains éléments, partie intégrante de l'équipement, sont omis du contrat.

Le professionnel en entreprise devrait-il être soumis aux mêmes règles administratives que tout autre membre du personnel? L'ingénieur employé qui serait en mesure d'apprécier la portée de la responsabilité implicitement dévolue à la corporation propriétaire de barrage n'est souvent pas en mesure d'obtenir les allocations budgétaires nécessaires à l'engagement du personnel technique, à la formation de celui-ci, à l'exécution d'études et de travaux de réfection, à la mise en œuvre de politiques de gestion de l'ouvrage. Son pouvoir de décision est trop souvent limité par la place qu'il occupe dans l'organigramme. En d'autres termes, il faut bien conclure que le bon fonctionnement de la corporation propriétaire impose une hiérarchie administrative qui parfois est difficilement conciliable avec les impératifs du jugement du professionnel.

Quant à l'ingénieur dans la fonction publique, peu importe le palier de gouvernemental, il se trouve souvent dans une situation à peine différente. Dans tous ces cas, la question reste la même : que faire? Une même interrogation donc, à laquelle nous devrions pouvoir répondre.

Dans mon domaine d'activité, c'est-à-dire le génie-conseil, je puis vous assurer que les questions de marge d'interprétation du mandat se posent trop souvent à notre gré. Le choix qui incombe à l'expert entre son jugement, son évaluation d'une réalité technique et les responsabilités professionnelles qui en découlent et, d'autre part, l'intérêt financier pressant, immédiat, de son client, est souvent très difficile.

Il semblerait donc que l'ingénieur doive se contenter, et ce, malgré les connaissances spécialisées qu'il est seul à détenir, du rôle restreint qui lui est accordé dans les faits par son employeur ou son client. La question est de savoir si une telle conception de son rôle est souhaitable dans une société moderne et préoccupée au plus haut point par la sécurité des personnes et des biens?

Cette discussion nous mène au troisième et dernier sujet que je voulais aborder.

## ■ LA COMMUNICATION DES RISQUES

En mars 1997, les médias se sont fait l'écho des déceptions exprimées par certains de nos collègues du Saguenay. Ceux-ci, en

dépît des nombreuses démarches et prises de position pour tenter de sensibiliser l'opinion publique et les autorités locales, s'étaient heurtés à l'indifférence générale. Ironiquement, on accordait plus d'importance à l'expression de leurs ressentiments qu'aux informations préoccupantes qu'ils avaient voulu communiquer.

Malgré leurs tentatives répétées d'expliquer la situation particulière des différents bassins versants, personne ne semblait comprendre la nécessité de prendre des mesures préventives. Les mentalités n'étaient pas préparées à entendre ce type de message. La réalité des enjeux évoqués semblait nébuleuse aux yeux de la population et d'un intérêt médiocre pour les médias.

Il faut parfois bien des années et de nombreux incidents fâcheux pour que l'on décide enfin de mettre en place les mesures préventives appropriées. J'en prends pour exemple le nombre d'inondations qui ont eu lieu avant que l'on réglemente la construction en zone inondable. Sur une période de vingt ans, les seuls déboursés de l'État dans ce domaine représentent quelque 50 millions de dollars. Pourtant, en dépit des millions dépensés et malgré les règlements en vigueur, un peu partout au Québec en 1996 on tolérait encore la construction dans des zones à risque.

Comment expliquer cette réaction, ce réflexe d'indifférence? Tout simplement parce que la réalité du risque décrit est mise en doute. Il faut d'abord souligner que des événements extraordinaires comme les crues de juillet 1996 ont un taux de récurrence très bas. Pour appréhender des phénomènes rares, il importe de comprendre comment l'individu acquiert une perception du risque et des circonstances qui l'occasionnent.

L'expérience vécue par les populations potentiellement affectées par des sinistres se définit et se mesure selon une tout autre échelle de temps. La conscience humaine n'embrasse guère que l'espace d'une vie ou, dans certains cas, des quelques générations précédentes qui ont transmis leur compréhension des problèmes virtuels. Les risques associés aux événements météorologiques extrêmes sont donc souvent réduits à une vue de l'esprit, sans importance en regard des agréments immédiats à vivre à proximité d'un cours d'eau.

Les perceptions du public, empreintes d'optimisme, sont la plupart du temps partagées par les élus qui, sauf en cas de sinistre – mais il est alors trop tard –, ne disposent pas de meilleures sources d'information. Il n'est donc personne qui soit en mesure d'infléchir ces perceptions. Des données sont ainsi évacuées sans appel parce qu'elles ne sont pas jugées significatives et qu'elles deviennent ainsi, bien à tort, non pertinentes.



Et l'ingénieur dans tout cela? Précisément, il doit faire sentir sa présence. Je m'adresse ici bien évidemment aux questions d'intérêt public dans un sens plus large, et non pas aux problèmes qui relèvent des relations avec son employeur. J'aimerais insister sur le constat que, dans de nombreux cas, les ingénieurs peuvent et doivent sortir du domaine technique dans sa définition stricte et rigoureuse. Ce rôle de spécialiste de la technologie n'interdit pas, bien au contraire, de jouer pleinement celui de citoyen. Parce qu'il détient un savoir qui lui est exclusif, l'ingénieur peut et doit participer au débat social, et ce, d'une multitude de manières. L'apport qu'il est en mesure de faire ne peut que s'avérer enrichissant, tant pour lui-même que pour la cause qu'il est appelé à servir.

Il faut déplorer, j'en suis convaincu, que souvent les scientifiques sont pratiquement absents de la gestion des affaires publiques. Non seulement seraient-ils en mesure d'apporter au débat un bagage important de connaissances et de compétences, mais surtout ils pourraient, par leur structure mentale à la fois concrète et rigoureuse, contribuer à infléchir les orientations, les discussions et les méthodes d'intervention des autorités publiques ou des décideurs privés. Les ouvrages conçus par les ingénieurs ont une incidence certaine sur la santé et la sécurité du public, il serait donc pleinement justifié que leurs concepteurs participent aux décisions qui concernent leur utilisation et leur entretien.

La communication des risques est un domaine indissociable de la conception. Parce qu'elles sont très techniques, les informations communiquées sont sans doute plus difficiles à assimiler par le public. Il n'en demeure pas moins qu'elles sont un apport essentiel à la tenue de débats sains. Elles ne doivent en aucun cas être occultées. Les probabilités, même les plus faibles, constituent une réalité qui ne peut être ignorée.

Je l'ai souligné précédemment, la responsabilité première de l'ingénieur est de déterminer les risques de défaillance. Là ne s'arrête pas son rôle. Il doit aussi faire part des résultats, expliquer leurs implications et vulgariser les informations à l'intention des autorités publiques et de la population. J'insiste : il ne faut pas confondre communication des risques et relations publiques.

Il ne s'agit pas de soigner une image mais de contribuer utilement, dans la mesure de ses connaissances, aux enjeux de la collectivité en fournissant des informations pertinentes aux débats. La distinction est importante et elle doit se traduire par un degré accru d'implication des populations dans les décisions elles-mêmes, et ce avant que les catastrophes ne se produisent. C'est ce que j'appelle la culture du risque.

D'ailleurs, en ce qui a trait à la participation du public, je peux vous dire que mon expérience en commission a été extrêmement positive. Lors des audiences publiques, j'ai constaté la capacité de nos concitoyens à porter un jugement très sain lorsque les enjeux sont concrètement expliqués en dehors d'une situation déjà devenue catastrophique. J'appréhendais beaucoup la réaction des personnes concernées directement par la divulgation des résultats détaillés des simulations de ruptures d'ouvrages. Il n'en a rien été. L'attitude des témoins entendus en audiences publiques a été empreinte d'un haut niveau de réflexion. Ces personnes disaient avoir bien saisi la portée de telles études. Pour la plupart, il est accepté qu'un ouvrage bien conçu ne cède pas lorsqu'il est sollicité par des circonstances prévisibles de gestion.

En d'autres termes, il faut élargir le débat sur la notion de risque acceptable et permettre au public de réfléchir sur cette problématique. Je suis persuadé que beaucoup de concepteurs souhaiteraient partager avec d'autres la responsabilité de déterminer ce qu'est un risque socialement acceptable.

Le véritable défi de l'ingénieur est sans doute l'obligation devant laquelle il se trouve maintenant de franchir le mur des incompréhensions. La principale difficulté est, je crois, d'expliquer au public, aux responsables de la gestion d'équipements publics ou privés, voire à nos propres clients et employeurs, l'importance de se prémunir contre des risques qui ne se mesurent qu'en notions probabilistes de faible ou très faible récurrence.

La situation vécue pendant des inondations du Saguenay indique que nous devrions apprendre à travailler avec les médias. À l'époque, ces derniers ont fait une large place à l'analyse des conséquences de rupture hypothétique d'ouvrages malgré le fait, comme je le soulignais précédemment, que les populations concernées portaient un jugement tout à fait différent. Il faut attribuer cette situation, je crois, à un manque de transparence des gestionnaires d'ouvrages. En s'appuyant sur une philosophie de gestion qui tend à isoler l'entreprise du milieu social où elle s'implante, ces gestionnaires ont, dans les faits, privé les populations avoisinantes d'informations qui peuvent s'avérer essentielles. Les résultats des simulations commandées par ces entreprises ont en effet presque systématiquement été gardés comme une information d'ordre privé. On jugeait ces données si confidentielles qu'elles n'étaient même pas divulguées aux autorités responsables de la sécurité civile. Saura-t-on pourquoi ? Il aurait été intéressant, vous en conviendrez, que l'information ait été disponible auparavant...

Je dirais qu'en situation d'urgence, la grande priorité est d'établir un lien structuré avec les médias pour diffuser, dans des délais appropriés, l'information nécessaire à la sécurité des populations et, si possible, à la protection de leurs biens matériels.

La gestion des risques devient plus problématique lorsqu'il s'agit d'installations mises en place depuis plusieurs années comme c'était le cas au Saguenay. Comme si une longue période sans problème inversait les probabilités! L'habitude qu'on a d'un risque tend à en atténuer la conscience : comme ces habitations construites au pied d'une falaise malgré une connaissance largement répandue des risques d'éboulis ou de glissement de terrain.

Heureusement, la perception du public et notre propre vision des risques comme professionnel évoluent avec le temps. Ce qui était un risque acceptable à une époque peut devenir tout à fait inacceptable en d'autres temps. Ce qui semblait acceptable dans l'esprit de bien des gens avant les événements du Saguenay l'est-il encore aujourd'hui ?

Avant de terminer, je voudrais souligner que la gestion des risques reliés aux ouvrages de retenue des eaux requiert un cadre juridique clair.

Mes collègues de la Commission et moi-même, avec l'aide de juristes, avons constaté au cours de nos travaux que le domaine de l'eau est souvent source de conflit de pouvoir. Cela est d'autant vrai que le cadre juridique n'est pas toujours limpide. Sous certains aspects, il doit même être qualifié de désuet. La Commission a formulé des recommandations précises à ce sujet dans son rapport.

Sans une clarification de la Loi sur le régime des eaux, la sécurité des ouvrages de retenus des eaux dépend encore essentiellement de la conscience des responsables de leur mise en œuvre, et il pourrait y avoir encore des situations où la confusion servirait de prétexte à l'inaction et à l'incompétence.

En conclusion, si je devais résumer en quelques mots les leçons à tirer d'un drame comme celui des inondations de 1996 au Saguenay, ce serait ainsi :

- une meilleure communication;
- une concertation à tous les niveaux;
- un cadre juridique clair;
- des mesures de prévention;
- le tout soutenu par des budgets en conséquence.

En effet, il importe de prendre des décisions qui peuvent sauver des vies et épargner l'environnement et les biens, parmi les populations soumises aux situations à risques.

Comme ingénieurs, nous voulons assumer pleinement cette responsabilité découlant du mandat que nous a confié l'État et agir dans le meilleur intérêt du public tout comme les professionnels de l'assurance que vous êtes. Les communautés que nous devons desservir n'attendent pas moins de notre part.

# EARTHQUAKE'S INSURABILITY

by Christopher J. Robey

## ABSTRACT

In the following pages, Mr. Robey introduces his subject by saying that we know the earthquake event will occur and will cause important damage, but we do not know when it will happen. Because we know its realisation, we can keep the damage to a minimum. Since we know for sure that the earthquake will happen, cushioning the economic impact and speeding recovery afterwards are just as important, and this is where the insurance industry comes in.

The author retraces the origin of protection against earthquake. He explains that the trouble with earthquake insurability is determining a scientific model, making that catastrophe event difficult to be rated and to be transferred to the reinsurance market. He is questioning what the insurance industry does after such an event and also the role it can play in loss mitigation.

## RÉSUMÉ

*Dans les pages qui suivent, M. Robey commence par mentionner que le risque de tremblement de terre est bien connu et qu'il va se manifester de façon certaine et provoquer des dommages importants. La seule inconnue est que nous ignorons la date exacte de cette manifestation. Sachant en toute certitude qu'ils vont se produire, nous pouvons donc maintenir les dommages au minimum, en modélisant leur impact économique et les mesures subséquentes de recouvrement en toute célérité. Tel est l'objet de l'assurance.*

*L'auteur retrace les origines de l'assurance des tremblements de terre. Il explique que le problème de l'assurabilité de ce risque est de déterminer un modèle scientifique à la mesure d'un tel événement scientifique difficile à évaluer et à transférer au marché de la réassurance. Finalement, il s'interroge sur ce que peut faire l'industrie de l'assurance suite à la réalisation du risque de tremblement de terre et du rôle qu'elle peut jouer en minimisant les pertes.*

---

### The author:

Christopher J. Robey is President of Aon Re Canada. Speech presented at the Earthquake Symposium, Institute for Catastrophic Loss Reduction, Vancouver, March, 1999.

Earthquakes are not like other events we insure, and not just because of the amount of damage they cause. We know we will have fires and burglaries and negligence claims, and we know that, throughout the country, we shall have many thousands of them every year. What we do not know is exactly where they will happen. A fire will strike one building, but leave the building next door untouched. A month later, the building next door may burn. For the most part, it is haphazard.

On the other hand, we know that an earthquake will hit Vancouver and we know that there will be at least some damage to the building on this site or its contents. We also know that, once we have had that earthquake, and its aftershocks, we will not get another one for many years afterwards. What we do not know is when that earthquake will happen. It may be this afternoon, it may not be in our lifetime. But we do know it will happen and we cannot stop it. All that we can do is keep the damage the earthquake does to a minimum. It is too late to move everyone out of Vancouver, Montreal and Quebec City, so the work of the Institute for Catastrophic Loss Reduction, our sponsors today, is important. Keeping the damage to a minimum through efforts before the earthquake is an important part of the equation. However, since we know for sure that the earthquake will happen, cushioning the economic impact and speeding recovery afterwards are just as important, and this is where the insurance industry comes in.

Insurers have been providing protection against earthquake for many years now. Lloyd's cemented its reputation as a non-marine insurer following the San Francisco earthquake of 1906. It was after that event that Cuthbert Heath, a leading Lloyd's underwriter at the time and a pioneer in such insurance, brushed aside a debate over coverage by instructing his agent to "pay all our policyholders in full irrespective of the terms of their policies".

The trouble with earthquakes from an insurance point of view, apart from the damage they do, is that they do not lend themselves to deterministic modeling. They do not happen very often and no insurer has ever paid a loss from a major earthquake in Canada, so the insurer has trouble estimating what the loss would be if it did happen. This in turn makes it difficult to know what to charge.

Fortunately, advances in earthquake science and modeling have enabled the insurer to get a much better idea of what its loss from an earthquake might be.

Probably the first model which enabled an insurer to come up with much more than a guess of its earthquake probable maximum

loss was developed by the Munich Re and became available for Canada at the beginning of this decade. Next came the first IRAS model designed by Risk Management Solutions, which was introduced in Canada in 1991 and began to obtain wide acceptance in 1993. There are a variety of other models now available – Applied Insurance Research, EQE, EQ Canada and a number of others, but the IRAS model is the most common.

Although we have made tremendous advances in the last ten years in estimating earthquake probable maximum losses, we have always to remember that we are still dealing with estimates and have not had the event which will test how good those estimates are. The models rely for their accuracy on two things – the quality of the science in their design and the quality of the information fed in by the user.

I am not qualified to comment on the quality of the science, but we must always remind ourselves that it is still developing and the models therefore are still evolving. The latest version of IRAS reduced PML's in Vancouver on average by about 50% compared to the previous version, a huge difference considering the role the model plays in the planning of reinsurance protection by many insurers.

Given the number of models available and the varying results they produce, a multi-model approach has much to be said for it. Looked at in isolation, the cost of modeling may seem high, but compared to the cost of catastrophe reinsurance, it is quite small, and compared to the cost of a catastrophe loss, it is infinitesimal, so using more than one model would seem to be a good investment.

The second important aspect is the quality of data being fed into a model. Our company has done a lot of work on this and has a team on staff which specializes in cleaning up the data before it is used. Our experience has not been encouraging.

First, there is junk coding, which is usually easy to find. An example is the use of A1A 1A1 when the actual postal code is not available. Unusually high exposures in Newfoundland, or any exposure in Newfoundland for a company which does not operate there, is fairly easy to detect.

Second is mis-coding – a simple input error which can have a variety of effects, depending on the error. An error in the address can shift a risk from one postal code to another and be difficult to identify. Another problem arises when a policy covers values at more than one location, but captures only the address of the insured.

Entry errors in the sum insured also occur. Entering a \$1 billion instead of \$1 million is quite easy to detect, but \$1 million instead of \$100,000, or the reverse, is less evident and a number of such errors can accumulate into a significant difference in the model's output. Mistakes entering deductibles are also easy to make and difficult to detect, but with a potentially important impact on the final result.

Third is no coding at all, for example a commercial policy with multiple locations where only those of the highest values are coded. The uncoded values may not be important to the underwriting of the policy itself, but enough of them in certain parts of the country can make a significant difference to the quality of the output of the model.

All these things reduce the quality of the output, but let us remind ourselves again that despite all of this, what we have today is far superior to what we had available to us ten years ago. You have only to listen to the complaints about today's models to realize how true this is. We are now complaining about the fine-tuning of the models. Ten years ago, we did not have a model to complain about.

Even with the increased quality of the models, there are some things they do not do, and others they do not yet do well. The science underlying the modeling of shock losses is advanced, but modeling fire following is still an area where judgement plays a major role, and circumstances at the time of the quake have a major impact. How windy will it be and which way will the wind be blowing? Will there be enough water pressure? Will the fire trucks be able to get through the rubble to where they need to be? Modeling can deal with these issues, but what do we want to know? The most likely scenario or the worst possible?

Another issue is the use made of the model output. In Canada we have adopted as more or less standard the 250-year return period. This is the same as used in California, but it is used there because it represents the worst case scenario. The worst case in British Columbia has a 14,000-year return period. I am not suggesting we adopt that as our standard, but it does make one wonder what is special about 250 years. The Federal regulator is gradually moving to 500 years as the Canadian standard, but, although it is safer than 250 years, there is not really any more justification for picking it. The 14,000-year event could happen next week.

With the tremendous improvements over the last decade, insurers now realize that their exposure to earthquake is much



greater than they thought it was. Nonetheless, earthquake insurance is readily available in British Columbia and Quebec at an affordable price and there is no reason to believe that that will not continue.

This has also been a decade of tremendous change in the insurance market offering earthquake cover.

In 1990, the top ten insurers in British Columbia wrote 50% of the property premium.

Rank	Company Name	Direct Premium Written (000's)	% of Total	Cumulative %
1	Canadian Northern Shield	\$41,275	7.44%	7.44%
2	Lloyd's Non-Marine	\$32,100	5.78%	13.22%
3	Guardian Insurance Co. of Canada	\$29,774	5.36%	18.58%
4	Continental Canada Group	\$27,210	4.90%	23.48%
5	Wawanesa Mutual Insurance	\$27,028	4.87%	28.35%
6	Zurich Canada Group	\$26,853	4.84%	33.19%
7	Simcoe Erie Group	\$26,806	4.83%	38.02%
8	Wellington Insurance Company	\$24,645	4.44%	42.46%
9	Commercial Union Canada	\$22,413	4.04%	46.50%
10	Royal Canada Group	\$20,818	3.75%	50.25%

By 1997, the top ten wrote nearly 60% of that premium.

Rank	Company Name	Direct Premium Written (000's)	% of Total	Cumulative %
1	General Accident Group (Canada)	\$112,795	11.88%	11.88%
2	Canadian Northern Shield	\$69,877	7.36%	19.24%
3	ING Canada	\$62,853	6.62%	25.86%
4	Lloyd's	\$49,428	5.20%	31.06%
5	Wawanesa Mutual Insurance	\$48,397	5.10%	36.16%
6	Royal & Sunalliance Canada	\$45,654	4.81%	40.97%
7	Axa Canada Inc.	\$45,652	4.81%	45.78%
8	Dominion of Canada Gen.	\$44,933	4.73%	50.51%
9	British Columbia Insurance	\$43,388	4.57%	55.08%
10	Zurich Canada Group	\$41,727	4.39%	59.47%

By 2000 it will probably be 70%.

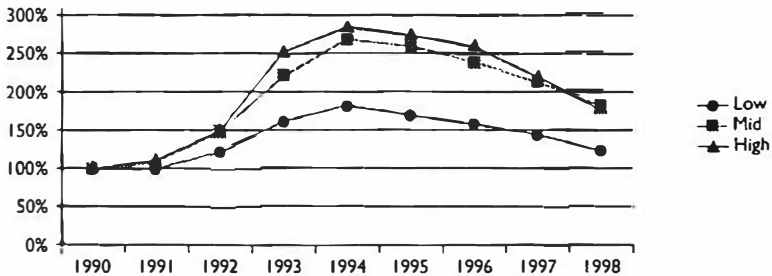
This consolidation is not a bad thing, when looking at the ability to provide earthquake protection. Although it concentrates the exposure in fewer hands, they are stronger hands. The largest writers

are all strong in their own right as well as being part of important foreign groups. And it is at the top end that the increase in market share for this group has come. The tenth largest in 1997 wrote 4.39% of the market, compared to 4.44% for the eighth largest in 1990. The largest in 1997 is almost 12%, compared to about 7.5% for the largest in 1990. In fact, 8 points of the 10-point increase in the market share of the top ten can be found in the top five, a share which went up from 28% to 36%.

This sort of concentration does make us more vulnerable to the decisions of a single insurer, but we should keep things in perspective. The current top estimate for the insured loss in a British Columbia earthquake is around \$10 Billion, only 20% of the likely insured loss from a major quake in Los Angeles or Tokyo or the worst case hurricane scenario for Florida. If we can find the capacity to protect against those disasters, we are not likely to have a problem finding the capacity needed in British Columbia or Quebec.

The reinsurance market, of course, provides much of the capacity currently used. In the eastern Canadian ice storm of 1998, the largest loss we have had in Canada at \$1.4 Billion, reinsurers paid two-thirds. In a \$10 Billion British Columbia earthquake, reinsurers would probably pay between 80% and 90%.

There have been substantial changes in the reinsurance market in Canada in the 1990's as well, some of them mirroring those of the insurance market, such as consolidation, but others which have a life of their own, for example, violent swings in catastrophe pricing. This chart shows the change in rates for catastrophe coverage in Canada, as calculated by Swiss Re Canada from a base year of 1990 to 1998.



The peak was reached in 1994, when the top layers of coverage were costing almost three times what they were costing in 1990. The prices have dropped substantially since then and, when 1999 is added, I would expect it to show that the trend of recent years has continued, although perhaps begun to flatten.

If we had a chart showing the catastrophe capacity available in Canada for the same period, it would look something like this one upside-down. Prices increased as capacity dried up, so that in 1993, we were looking at total capacity per reinsurance program of no more than \$500 Million. Today we could place \$1.5 Billion and the price per million would be at most two-thirds of what an insurance company would have paid for its \$500 Million five years ago.

A major difference is in the markets which would be used. A lot of the capacity today comes from reinsurers which did not exist at the beginning of the decade, mainly located in Bermuda. However, the market is still volatile, with a number of takeovers having happened in the Bermuda market. More dramatic has been the rise and fall of the Australian market. Hardly known as a catastrophe reinsurance market five years ago, a couple of years ago it had become one of the major catastrophe reinsurance centres in the world, but is now in the process of returning back to its pre-1995 state.

In addition to this huge conventional capacity available for Canadian insurers, there are a variety of alternatives or add-ons which would be available, were there any demand for them in Canada. They have been used in the United States, Europe and Japan and are developing rapidly in form as new ideas emerge and existing ones are customized for individual needs.

The convergence of the reinsurance and capital markets industries is occurring slowly and is still far from being well established. Even in those countries where capital markets products have been successfully used, there have not been enough for them to become a commodity, which is what has happened to catastrophe reinsurance over the last ten years. Each product is custom-made to the individual circumstances, rather than pulled off the shelf, so it is difficult to give generic examples of what can be done.

The products vary from small modifications to traditional reinsurance to products where reinsurance is not evident at all.

An example of the former would be multiple trigger reinsurance products. For example, catastrophe reinsurance can be structured so that, even if there is a catastrophe loss, there are no recoveries unless some other set of circumstances also prevails. This could be simply a requirement that the catastrophe loss, uncollected, would push the company's combined ratio over a certain level. After all, if an insurer makes a profit after collecting a catastrophe loss, part of that loss recovery will flow straight through to the taxman.

Another situation could be a company which believes it can survive a catastrophe loss so long as that is all that happens, but would have a problem if it happened in the same year as a collapse in the stock market. The catastrophe reinsurance could be structured so that it would only pay if a catastrophe occurred in a year when the value of a pre-determined stock index fell by a certain percentage. This is where both the reinsurance and capital markets can come into play on the same cover, since the reinsurer can take on the catastrophe risk and reduce its exposure by hedging against the drop in the stock index chosen. Similar structures can be used for other exposures, such as investment yield protection.

Capital market products not involving reinsurance, although sometimes looking like it, generally fall into either pre-funding or post-funding products. An example of a pre-funding product would be a catastrophe bond, which is sold by the insurer in the normal course of business, but contains a provision which would change the terms of the bond should a specified event occur, for example a British Columbia earthquake of 6 or greater on the Richter Scale. Such an event could relieve the insurer of the obligation to repay the bond, or delay repayment and give an interest holiday. Again, the actual form of the bond would be tailored to the specific needs of the insurer.

Bonds can also be used for post-funding, for example an insurer arranging in advance for an investor to buy bonds of a specific value at a pre-determined interest rate, should the catastrophic event occur. The advantage here is two-fold – first, guaranteed funds and second, an interest rate which could be considerably lower than what will be available after the event.

These approaches are based on replacing the capital lost in a catastrophe, while reinsurance is designed to protect the capital from erosion in the same event. Since capital replacement is the goal, it can be done through capital itself rather than bonds. The “Cat-E-Put” developed by Aon in the United States gives the insurer an option to issue preferred shares to an investor should the catastrophe take place. These preferred shares would be convertible to common shares after a certain period, but in practice the intention would be that they be redeemed by the insurance company before conversion takes place.

Again, since these products are custom-made to individual circumstances, there are a variety of other forms they take but the goal is still the same, and it is the original goal of catastrophe reinsurance – to permit the insurer to pay its losses and continue providing protection to the community.

In talking about the insurance industry, I have concentrated primarily on what it does after the event. However, it can also play a role in loss mitigation through its underwriting and pricing policies. It is unfortunate that the pricing for earthquake insurance is not as sophisticated as it has become for other forms of insurance. If we could achieve this, then differential pricing based on the exposure to earthquake loss could be used to encourage loss mitigation. Insurance premium credits could be given where buildings are retrofitted to improve their earthquake resistance, or where alternate suppliers are clearly identified to reduce the business interruption exposure. As with car insurance, those more likely to have a loss pay more, those less likely pay less. As a partner with others with a vested interest in loss mitigation, the insurance industry should be able to tailor such pricing initiatives towards the goal the community as a whole has set for itself.

To sum up, the news from the insurance industry, as far as concerns earthquake protection, is good. There is plenty of affordable insurance capacity available, backed up by plenty of affordable reinsurance capacity. If this should change, there are plenty of alternatives in the capital markets ready to fill the gap.

But we must be careful not to let this make us complacent. A major catastrophe somewhere else in the world, or a financial meltdown, perhaps in an over valued stock market, can change the picture quickly. Even if it does not change, we have to remember that values at risk are always increasing. Even if no new building were ever put up in Vancouver, the values inside the existing buildings would continue to rise. In factories, people, who are not insured by the property/casualty industry, are replaced by robots which are. In offices, workers who used to need a couple of dollars worth of pencils and pads now need \$5,000 worth of computer equipment.

So while the insurance industry can help us put things back together after an earthquake, and should be able to do so for many years to come, loss mitigation remains a much better solution than loss recovery.



# LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS

par Geneviève Faribault

## RÉSUMÉ

Dans ce texte, l'auteure rappelle les principes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* les plus susceptibles d'affecter les activités des assureurs et des institutions financières. Pour ce faire, elle a fréquemment fait appel à la jurisprudence. Elle espère que ce texte pourra aider les assureurs et les institutions financières à mieux comprendre certaines de leurs obligations et à les mettre administrativement en œuvre, sans pour autant augmenter les risques ni indisposer leurs clients.

## ABSTRACT

*In her article, the author draws the principals of the law governing the protection of personal information in the private sector, particularly those which would significantly affect the financial institutions or the insurers operations. To meet such an objective, she frequently call upon to the case law. She hopes that this study could be of help to the insurers and the financial institutions to better understand any of their obligations and to concretely manage them, in order not to increase risks nor to upset against their clientele.*

---

### L'auteure :

Geneviève Faribault est vice-directrice du contentieux à la compagnie d'assurance Standard Life.

## ■ INTRODUCTION

La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>1</sup> est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994. Cette loi impose aux entreprises des règles en matière de collecte, de détention, d'utilisation et de communication des renseignements personnels. Cependant, cette loi ne tient pas compte du contexte particulier dans lequel les assureurs exercent leurs activités. Il y a donc lieu d'interpréter la loi en fonction de ce contexte, tout en tenant compte de la jurisprudence fluctuante de la Commission d'accès à l'information.

Dans ce texte, nous vous rappelons les principes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* les plus susceptibles d'affecter les activités des assureurs et des institutions financières. Pour ce faire, nous avons fréquemment fait appel à la jurisprudence. Nous espérons que ce texte pourra aider les assureurs et les institutions financières à mieux comprendre certaines de leurs obligations et à les mettre administrativement en œuvre, sans pour autant augmenter les risques ni indisposer leurs clients.

## ■ DEMANDE D'ACCÈS ET APPLICATION DES RESTRICTIONS

En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, toute personne qui exploite une entreprise et détient un dossier sur autrui doit, à la demande de la personne concernée, lui en confirmer l'existence et lui donner communication des renseignements personnels la concernant<sup>2</sup>. Cependant ce droit est limité par les restrictions prévues aux articles 37 à 41 de la loi. À plusieurs reprises, les articles 37 et 39(2) ont été invoqués par les entreprises afin de refuser à une personne l'accès à son dossier. Ont également été invoqués l'article 41 de cette loi et l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>3</sup>. Dans ce chapitre, nous étudions chacune de ces restrictions.

Les articles 37 et 39 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* se lisent comme suit :

«37. Une personne qui exploite une entreprise de services professionnels dans le domaine de la santé peut refuser momentanément à une personne concernée la consultation du dossier qu'elle a constitué sur elle si, de l'avis d'un professionnel de la santé, il en résulterait un préjudice grave pour sa santé.



La personne qui exploite un autre type d'entreprise et détient de tels renseignements peut en refuser la consultation à une personne concernée à la condition d'offrir à celle-ci de désigner un professionnel du domaine de la santé de son choix pour recevoir communication de tels renseignements et de les communiquer à ce dernier.

Le professionnel du domaine de la santé détermine le moment où la consultation pourra être faite et en avise la personne concernée.»

«39. Une personne qui exploite une entreprise peut refuser de communiquer à une personne un renseignement personnel la concernant lorsque la divulgation du renseignement risquerait vraisemblablement :

1° de nuire à une enquête menée par son service de sécurité interne ayant pour objet de prévenir, détecter ou réprimer le crime ou les infractions à la loi ou, pour son compte, par un service externe ayant le même objet ou une agence d'investigation ou de sécurité conformément à la Loi sur les agences d'investigation ou de sécurité (L.R.Q., chapitre A-8);

2° d'avoir un effet sur une procédure judiciaire dans laquelle l'une ou l'autre de ces personnes a un intérêt.»

## Refus d'accès à un dossier médical

Le législateur a reconnu que, dans certains cas, il est préférable de refuser l'accès d'une personne à son dossier médical. En effet, il peut être préférable pour une personne de ne pas connaître tous les détails ayant trait à son état de santé. C'est pourquoi le législateur a adopté l'article 37 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

Les premières décisions de la Commission d'accès à l'information nous ont laissés perplexes<sup>4</sup>. En effet, la Commission a, à plusieurs reprises, déclaré que seul l'article 37 pouvait être invoqué dans les cas où une personne désirait avoir accès à son dossier médical. Selon la Commission, le second alinéa de l'article 37 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* a pour effet de créer un régime exclusif de restrictions à l'accès dans le domaine des renseignements de santé. Toujours selon la Commission, l'article 37 de la loi est une disposition spéciale; cet article traite spécifiquement des motifs que les entreprises peuvent invoquer lorsqu'une personne désire avoir accès à son dossier médical. Par conséquent, la Commission a conclu que l'article 39(2) ne pouvait pas être invoqué lorsqu'il s'agissait d'une demande d'accès

à un dossier médical<sup>5</sup>. La Commission fondait son raisonnement sur une règle d'interprétation des lois voulant qu'une disposition spéciale déroge à une disposition générale.

Heureusement, la tendance change en 1997 avec une décision de la Cour supérieure<sup>6</sup>. Il est intéressant de noter que, dans cette affaire, la Commission d'accès à l'information avait conclu que seul l'article 37 pouvait être invoqué lorsqu'il s'agissait d'une demande d'accès à un dossier médical. La Cour supérieure rejette cependant cette conclusion. La Cour supérieure note que l'article 37 de la Loi a été édicté pour la protection de la personne qui demande l'accès à son dossier médical. En effet, dans certains cas, il est préférable de ne pas révéler à une personne tous les détails ayant trait à son état de santé. Par conséquent, la restriction à l'accès prévue à l'article 37 de la Loi n'exclut pas le recours à la restriction prévue à l'article 39(2) quand il s'agit de renseignements médicaux. En fait, l'article 37 de la Loi est simplement une restriction particulière à l'accès pour un cas spécifique qui s'ajoute aux autres restrictions.

«De plus, l'article 39 de la loi ne fait aucune distinction quant à la nature des renseignements. Les restrictions indiquées concernent tout renseignement personnel. Il faut donc lui donner sa pleine extension et l'appliquer aux renseignements du domaine de la santé aussi bien qu'aux autres<sup>7</sup>.»

#### **Refus d'accès dans le cas d'une procédure judiciaire**

Il est possible pour une entreprise de refuser de communiquer à une personne un renseignement personnel (médical ou non) lorsque la divulgation du renseignement risque d'avoir un effet sur une procédure judiciaire. Ce droit est prévu à l'article 39 de la Loi.

La jurisprudence a établi que quatre conditions sont nécessaires pour permettre à l'entreprise d'invoquer l'article 39(2) de la Loi. Ces quatre conditions sont les suivantes :

1. Il doit s'agir d'un renseignement personnel relatif à la personne qui fait la demande d'accès.

L'expression «renseignement personnel» doit être prise dans son sens général. Il peut s'agir aussi bien d'un renseignement médical que d'un renseignement non médical.

2. Le refus doit être en relation avec des procédures judiciaires. Il a été reconnu fréquemment qu'il n'est pas nécessaire que la procédure judiciaire soit effectivement en cours au moment

où l'on invoque les restrictions. En fait pour pouvoir invoquer l'article 39(2), la procédure doit être prévisible, probable et imminente<sup>8</sup>.

Dans les circonstances suivantes, on a jugé qu'il y avait imminence d'une poursuite judiciaire.

- La personne qui demande l'accès à son dossier admet qu'il est possible qu'elle intente des procédures judiciaires<sup>9</sup>.
- Une mise en demeure envoyée à l'entreprise qui a refusé l'accès d'une personne à son dossier établit également le caractère imminent d'une poursuite<sup>10</sup>.
- Une procédure quasi judiciaire comme, par exemple, une plainte devant la Commission des normes du travail doit être considérée comme une procédure judiciaire au sens de l'article 39(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>11</sup>.

Par contre, quelques décisions démontrent que l'on a parfois refusé à l'entreprise d'invoquer l'article 39(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

- Une personne demande l'accès au rapport de l'enquêteur au sujet de dommages causés à son chalet. La Commission refuse à l'entreprise le droit d'invoquer l'article 39(2), car l'entreprise a permis à la personne de lire le rapport. L'entreprise cependant refuse de lui en remettre une copie. La Commission conclut que l'entreprise a tort de refuser de remettre une copie du rapport à la personne. En effet, cette dernière a vu ledit rapport et en a pris connaissance. Par conséquent, elle connaît déjà toutes les informations contenues dans le rapport<sup>12</sup>.
- Une personne demande à un assureur une indemnité pour les dommages subis à sa propriété à la suite d'un incendie. Dans le cadre de la demande d'indemnisation, la personne signe une autorisation en vertu de laquelle elle permet à l'assureur d'obtenir tout rapport de police relié à sa demande ainsi que tout rapport d'enquête sur sa situation financière. Cependant, sur les conseils de son avocat, la personne ajoute une condition à cette autorisation. En vertu de cette condition, tous les documents obtenus à la suite de la signature de cette autorisation doivent être expédiés à l'avocat de la personne. Selon la

Commission, l'assureur, en acceptant l'ajout de cette condition au texte de l'autorisation, renonce implicitement à invoquer l'article 39(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. L'assureur a donc l'obligation de transmettre à l'avocat de l'assuré tous les rapports obtenus dans le cadre de cette enquête<sup>13</sup>.

- Un assuré demande à un assureur un accès à tous les documents que celui-ci possède sur lui. La Commission ordonne à l'assureur de transmettre les documents en question, ce qui va à l'encontre de l'argument soulevé par l'assureur à l'effet que la divulgation de renseignements personnels risque d'avoir un effet sur une procédure judiciaire. La Commission choisit de croire l'assuré lorsque ce dernier déclare ne pas avoir l'intention de prendre action contre l'assureur. Dans le présent cas, la Commission conclut que l'existence d'une procédure judiciaire est purement théorique. Selon nous, cette décision semble douteuse car, du point de vue juridique, l'affirmation de l'assuré voulant qu'il n'ait pas l'intention de poursuivre ne doit pas en soi être déterminante<sup>14</sup>.
3. Il faut de plus que cette divulgation de renseignement risque vraisemblablement d'avoir un effet sur une procédure judiciaire<sup>15</sup>.

À ce sujet, les auteurs Dussault et Borgeat écrivent<sup>16</sup> :

«En ce qui concerne l'«effet» que doit avoir la divulgation de l'analyse sur la procédure judiciaire il n'est pas nécessaire, comme l'a déjà fait remarquer la Commission, qu'il soit déterminant, de façon favorable ou défavorable, sur l'issue de la procédure; un effet quelconque suffit. La restriction exige cependant qu'on fasse la preuve non seulement de la relation entre l'analyse et la procédure en question, mais aussi de son influence sur celle-ci.»

De son côté, la commissaire Hélène Grenier décide :

«La Commission est d'avis que l'article 39 précité ne requiert pas de l'entreprise qu'elle établisse l'effet préjudiciable de la divulgation pour justifier son refus. Cet article confère à l'entreprise le pouvoir de refuser, à sa discrétion, de communiquer à une personne un renseignement personnel la concernant lorsque la divulgation de ce renseignement risquerait vraisemblablement d'avoir un effet sur une procédure judiciaire dans laquelle l'une ou l'autre de ces personnes a un intérêt<sup>17</sup>.»

4. Enfin, le risque de procédures judiciaires et l'effet de la divulgation doivent être évalués au moment de la décision de l'entreprise de refuser l'accès au renseignement demandé<sup>18</sup>.

□ **Refus d'accès à l'administrateur de la succession, au bénéficiaire d'une assurance vie ou à l'héritier de la personne concernée**

De temps à autre, il arrive que l'administrateur d'une succession, le bénéficiaire d'une assurance vie ou l'héritier d'une personne décédée ait besoin d'avoir accès à un dossier contenant des renseignements personnels ayant trait à une personne décédée.

■ **Bénéficiaire d'une assurance vie**

Prenons un exemple : Marie et Pierre sont mariés. Pierre souscrit une assurance vie sur sa tête et désigne Marie bénéficiaire de l'assurance. Quelques mois plus tard, Pierre décède. L'assureur refuse de verser le capital assuré car, selon lui, Pierre a fait des fausses déclarations lors de la souscription de l'assurance. Dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur d'une police, l'assureur a le droit de demander l'annulation du contrat et de refuser de verser le capital assuré. Marie désire avoir accès au dossier que l'assureur détient sur son mari.

Nous avons répertorié dans la jurisprudence deux décisions ayant trait à des demandes d'accès de la part d'un bénéficiaire d'une assurance vie<sup>19</sup>.

Dans les deux dossiers, les procureurs des assureurs invoquent l'article 39(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* pour refuser au bénéficiaire l'accès au dossier de l'assuré. L'article 39(2) se lit comme suit :

«39. Une personne qui exploite une entreprise peut refuser de communiquer à une personne un renseignement personnel la concernant lorsque la divulgation du renseignement risquerait vraisemblablement :

1° ...

2° d'avoir un effet sur une procédure judiciaire dans laquelle l'une ou l'autre de ces personnes a un intérêt.»

Selon la jurisprudence, l'article 39(2) ne devrait pas être invoqué à l'encontre d'une demande d'accès faite par un bénéficiaire d'une assurance vie. En effet, l'article 41 est plutôt celui qui doit s'appliquer dans de telles circonstances. L'article 41 se lit comme suit :

«41. Toute personne qui exploite une entreprise et détient un dossier sur autrui doit refuser de donner communication d'un renseignement personnel à l'administrateur de la succession, au bénéficiaire d'une assurance-vie, à l'héritier ou au successeur de la personne concernée par ce renseignement, à moins que cette communication ne mette en cause les intérêts et les droits de la personne qui le demande, à titre d'administrateur, de bénéficiaire, d'héritier ou de successeur.»

Selon le commissaire Pierre Cyr, l'application simultanée des articles 39(2) et 41 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* apparaît difficilement concevable.

«En effet, je vois mal comment on peut prétendre, que, d'une part un bénéficiaire d'une assurance-vie peut se faire refuser l'accès au dossier de l'assuré lorsque sa divulgation risquerait vraisemblablement d'avoir un effet sur une procédure judiciaire à venir alors que, d'autre part, on lui reconnaît un droit d'accès lorsque cette communication met en cause ses intérêts et ses droits<sup>20</sup>.»

Avant que la commissaire Diane Boissinot n'ait rendu sa décision dans l'affaire Handfield<sup>21</sup>, Odette Jobin-Laberge critique cette façon d'interpréter les droits d'un bénéficiaire d'une assurance vie.

«Pour notre part, nous croyons que l'article 41 de la *Loi sur le secteur privé* ne saurait être interprété de manière à conférer un droit d'accès plus généreux au bénéficiaire d'une police d'assurance-vie qu'à l'assuré lui-même. Les tribunaux auront certes l'occasion de trancher cette question tôt ou tard<sup>22</sup>.»

Malheureusement pour les assureurs, la tendance semble s'être maintenue, et le commentaire d'Odette Jobin-Laberge n'a pas été retenu.

## ■ L'administrateur d'une succession

Dans une affaire<sup>23</sup>, le liquidateur d'une succession demande à la Banque tous les relevés des comptes bancaires du décédé. La Banque accepte de donner les relevés des comptes individuels du décédé. Elle refuse cependant de remettre les relevés des comptes conjoints. Selon la Banque, le droit du liquidateur d'avoir accès aux comptes conjoints apparaît entrer en contradiction avec l'obligation de confidentialité de la Banque à l'égard du codéposant. C'est pourquoi la Banque exige que le liquidateur obtienne le consentement du codéposant avant de transmettre l'information au liquidateur. Selon la Commission, l'obtention de ce consentement n'est pas nécessaire étant donné que le liquidateur a tous les pouvoirs que le défunt avait. Par conséquent, le liquidateur a accès au compte de banque conjoint et ce, sans avoir à obtenir le consentement du codéposant.

## □ Refus d'accès fondé sur le secret professionnel

Les entreprises ont, à quelques reprises, refusé l'accès d'une personne à son dossier en invoquant l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>24</sup>. Cet article se lit comme suit :

«9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.»

## ■ Secret professionnel de l'avocat

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, la jurisprudence ayant traité au secret professionnel de l'avocat semble maintenant avoir été établie.

En effet, on reconnaît à l'assureur<sup>25</sup> le droit de refuser l'accès aux documents émanant d'un avocat ou encore qui lui sont destinés dans l'éventualité d'un litige en vertu de l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>26</sup>.

Une décision à cet effet émane de la Cour supérieure<sup>27</sup>. Dans cette affaire, le juge Lebel critique la décision de la Commission d'accès à l'information, car celle-ci interprète de façon étonnante la notion du secret professionnel. Selon le commissaire, les avocats sont tenus de ne pas divulguer les renseignements confidentiels qui leur sont révélés en raison de leur état ou profession à moins qu'ils n'y soient autorisés. Selon le juge Lebel, un tel raisonnement nous fait conclure que le droit garanti par l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* correspond à l'obligation imposée par l'article 131 de la *Loi du Barreau*<sup>28</sup>. Cet article explique les droits et obligations de l'avocat. Toujours selon le juge Lebel, le commissaire a tort de ne pas considérer le libellé de l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, car cet article garantit le droit au secret professionnel. De plus, il est évident que le droit au secret professionnel inclut non seulement le droit de consulter un avocat, mais également la confidentialité des renseignements fournis à l'avocat pour obtenir son opinion et la confidentialité des renseignements et des conseils que l'avocat donne à son client. Dans cette

affaire, le commissaire avait conclu que le seul effet de l'obligation au secret professionnel est qu'on ne peut contraindre un avocat à divulguer des confidences qu'il reçoit en raison de sa profession. Par conséquent, le commissaire a accepté de donner accès à l'opinion juridique étant donné que la demande d'accès avait été adressée au client et non à l'avocat. Le juge Lebel rejette cette façon de penser, car

«De toute évidence, le droit au secret professionnel serait réduit à néant s'il suffisait de s'adresser au client pour le contraindre à divulguer ce que lui a dit ou écrit son avocat<sup>29</sup>.»

De plus, une interprétation aussi restrictive est contraire au libellé même de la *Charte des droits et libertés de la personne* qui prévoit que les droits garantis par la Charte ont préséance sur toute autre loi. Il a été souvent admis que le droit au secret professionnel existe, qu'il peut être invoqué par le client devant la Commission, et que ce droit a préséance sur les droits garantis par la *Loi d'accès à l'information* ou par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

## ■ Secret professionnel de l'expert en sinistres

Dans l'affaire Ferland<sup>30</sup>, la Cour du Québec devait déterminer si le rapport de l'expert en sinistres est confidentiel et, par conséquent, protégé par l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne*. La Cour du Québec n'a pas été tendre envers la Commission dans cette affaire. Selon le juge François Godbout :

«Il n'y a pas que les avocats qui puissent prétendre au secret professionnel, bien au contraire. Cette disposition de la charte protège plus généralement toutes les personnes qui se voient confier des renseignements confidentiels dans le cadre de leurs fonctions. En fait, il est reconnu depuis longtemps en jurisprudence que l'expert en sinistre bénéficie de cette protection pour les enquêtes qu'il mène pour le compte de compagnies d'assurances. La compagnie d'assurances a donc la responsabilité de s'assurer qu'elle protège la confidentialité des renseignements ainsi reçus par l'expert en sinistre qu'elle avait mandaté pour enquêter dans une affaire.

Le respect du secret professionnel est un droit fondamental qui ne doit pas être interprété comme une exception à un droit de se voir divulgué un dossier contenant des renseignements personnels. La protection que veut garantir l'article 9 de la charte au respect du secret professionnel lui donne un caractère prioritaire lorsqu'il vient en conflit avec un autre droit.

Malgré une jurisprudence constante et actuelle, la Commission semble encore se refuser à reconnaître à l'article 9 de la *Charte*



*des droits et libertés de la personne* le champ d'application déjà déterminé largement par cette jurisprudence et par la doctrine qui l'a interprétée et commentée<sup>31</sup>.»

Malgré la décision de la Cour du Québec, la Commissaire Diane Boissinot a rendu deux décisions par la suite qui vont à l'encontre de cette jurisprudence. Dans la première affaire<sup>32</sup>, l'assureur avait annulé un contrat d'assurance contre l'incendie, le vol et autres risques de perte de biens. Par la suite, l'assuré demande d'avoir accès à son dossier; l'assureur refuse, car selon lui, le dossier de l'expert en sinistres est protégé par le secret professionnel.

Selon la Commissaire Diane Boissinot :

«Seul celui à qui on a confié des renseignements confidentiels, en raison de sa profession ou de son état, est visé par le respect de l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne... Seule cette personne est tenue au secret. Elle doit refuser de répondre au sujet de ces confidences et doit refuser de communiquer les documents qui contiennent ces confidences. Toute autre personne, y compris celle qui s'est confiée, ne peut invoquer cet article de la Charte comme seul motif de se taire ou de refuser de répondre ou de soustraire à l'accès les documents qu'elle détient.

Rien dans le libellé de l'article 9 de la Charte n'a pour effet d'imposer à l'entreprise, maintenant détentrice des documents contenant des renseignements obtenus par une personne tenue au respect du secret professionnel, si l'expert en sinistre en est une, la responsabilité de protéger la confidentialité des renseignements reçus de cette dernière, à l'encontre de la personne concernée par ces renseignements.

L'entreprise, qui est ici détentrice des documents, n'est pas une personne visée par l'article 9 de la Charte<sup>33</sup>.»

Dans une affaire semblable<sup>34</sup>, la même Commissaire, à savoir Diane Boissinot, interprète encore une fois l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne* de façon restrictive malgré la décision de la Cour supérieure dans l'affaire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du papier et de la forêt<sup>35</sup>.

## ■ DÉLAI POUR RÉPONDRE À UNE DEMANDE D'ACCÈS

L'article 32 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* se lit comme suit :

«32. La personne détenant le dossier qui fait l'objet d'une demande d'accès ou de rectification par la personne concernée doit donner suite à cette demande avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de la date de la demande.

À défaut de répondre dans les 30 jours de la réception de la demande, la personne est réputée avoir refusé d'y acquiescer.»

À plusieurs reprises<sup>36</sup>, il est arrivé aux entreprises de ne pas répondre à la demande d'accès dans les 30 jours suivant la réception de la demande. Cela leur a causé bien des soucis, car la Commission leur a refusé d'invoquer l'article 39(2) de la Loi qui se lit comme suit :

«39. Une personne qui exploite une entreprise peut refuser de communiquer à une personne un renseignement personnel la concernant lorsque la divulgation du renseignement risquerait vraisemblablement :

1° ...

2° d'avoir un effet sur une procédure judiciaire dans laquelle l'une ou l'autre de ces personnes a un intérêt.»

Selon la Commission, l'article 39(2) doit être soulevé dans la réponse de l'entreprise à l'intérieur d'un délai de 30 jours. À défaut de quoi, l'entreprise est forclosée d'invoquer l'éventualité d'une procédure judiciaire pour justifier son refus. D'ailleurs la Commission est demeurée de glace devant les cas suivants :

- Une réponse en retard même d'une journée seulement empêche l'entreprise de soulever l'article 39(2)<sup>37</sup>.
- Le fait que la demande d'accès n'ait pas été adressée à une personne en particulier, mais à qui de droit, n'est pas une excuse valable pour expliquer le retard de l'entreprise à répondre dans les 30 jours de la réception de la demande<sup>38</sup>.
- Le fait que, pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, l'entreprise reçoive une demande d'accès n'est pas une excuse valable pour ne pas avoir respecté le délai prévu à l'article 32 de la Loi<sup>39</sup>.
- Le fait d'avoir pour l'entreprise un mauvais système de communication à l'interne, même durant la période des fêtes de fin d'année, n'est pas une excuse valable<sup>40</sup>.

Une décision de jurisprudence est venue modifier la jurisprudence antérieure de la Commission quant à la forclusion d'invoquer l'article 39(2) après l'expiration du délai de 30 jours<sup>41</sup>. Cependant cette décision n'est pas suivie par la jurisprudence puisque,

quelques mois plus tard, la Commission réaffirme le principe que l'article 39(2) ne peut pas être invoqué une fois écoulé le délai de 30 jours prévu à l'article 32 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>42</sup>.

## ■ RECTIFICATION OU SUPPRESSION D'UN RENSEIGNEMENT PERSONNEL

En matière de rectification, les droits d'une personne sont prévus à l'article 40 du *Code civil du Québec* et aux articles 28, 29, 42 et 43 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Ces articles se lisent comme suit :

«40. Toute personne peut faire corriger, dans un dossier qui la concerne, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques; elle peut aussi faire supprimer un renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier, ou formuler par écrit des commentaires et les verser au dossier.

La rectification est notifiée, sans délai, à toute personne qui a reçu les renseignements dans les six mois précédents et, le cas échéant, à la personne de qui elle les tient. Il en est de même de la demande de rectification, si elle est contestée.»

«28. Outre les droits prévus au premier alinéa de l'article 40 du Code civil, la personne concernée peut faire supprimer un renseignement personnel la concernant si sa collecte n'est pas autorisée par la loi.»

«29. Toute personne qui exploite une entreprise et détient des dossiers sur autrui doit prendre les mesures nécessaires pour assurer l'exercice par une personne concernée des droits prévus aux articles 37 à 40 du Code civil ainsi que des droits conférés par la présente loi. Elle doit notamment porter à la connaissance du public l'endroit où ces dossiers sont accessibles et les moyens d'y accéder.»

«42. Toute personne intéressée peut soumettre à la Commission d'accès à l'information une demande d'examen de mécontentement relative à l'application d'une disposition législative portant sur l'accès ou la rectification d'un renseignement personnel ou sur l'application de l'article 25.»

«43. Lorsque la mécontentement résulte du refus d'acquiescer à une demande ou d'une absence de réponse dans le délai accordé par la loi pour répondre, la personne concernée doit la soumettre à la Commission dans les 30 jours du refus de la demande ou de

l'expiration du délai pour y répondre à moins que la Commission, pour un motif raisonnable, ne la relève du défaut de respecter ce délai.»

Il est intéressant de noter que le *Code civil du Québec* semble établir une différence entre le droit à la rectification d'un renseignement personnel et le droit à la suppression d'un renseignement personnel. La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* ne semble pas retenir cette distinction. En fait, dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, le droit à la rectification comprend le droit à la suppression. Ainsi, une mécontente relative à une demande de rectification comprend une mécontente relative à une demande de suppression. Il en est de même pour le droit de faire examiner cette mécontente par la Commission en vertu des articles 42 et 43 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*<sup>43</sup>. Cela signifie donc que le fardeau de la preuve de l'entreprise détenant un dossier sur une personne physique est le même dans les cas d'examen de mécontente relative à une demande de rectification que dans les cas d'examen de mécontente relative à une demande de suppression. Le fardeau de la preuve de l'entreprise détentrice d'un dossier se trouve expliqué à l'article 53 du la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Ce dernier se lit comme suit :

«53. En cas de mécontente relative à une demande de rectification, la personne qui détient le dossier doit prouver qu'il n'a pas à être rectifié, à moins que le renseignement en cause ne lui ait été communiqué par la personne concernée ou avec l'accord de celle-ci.»

L'importance de cet article est mise en lumière dans l'affaire Guay<sup>44</sup>. Vincent Guay désire souscrire une assurance sur sa tête auprès de la SSQ-VIE. Pour ce faire, Vincent Guay rencontre une infirmière qui lui fait des prélèvements sanguins. Cependant, l'infirmière ne mentionne jamais à Vincent Guay qu'il ne doit pas avoir bu d'alcool depuis 72 heures. Selon Vincent Guay, l'alcool qu'il a consommé la veille des prélèvements fausse les résultats. Par conséquent, la SSQ-VIE refuse de l'assurer. Vincent Guay veut que ces résultats soient supprimés de son dossier, car ces résultats lui causent préjudice pour les motifs qui suivent :

- Les résultats de ces tests sanguins seront communiqués aux autres assureurs qui en prendront connaissance si Vincent Guay désire souscrire de l'assurance auprès de l'un d'eux.

- Les résultats de ces tests sont communiqués au Bureau des renseignements médicaux, lequel les transmettra à ses membres lorsque ces derniers en feront la demande.
- Chaque fois que Vincent Guay voudra souscrire une assurance sur sa tête, il devra déclarer au nouvel assureur qu'il a été refusé par la SSQ-VIE dans le passé.

Selon la Commission, l'article 53 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* stipule que la SSQ-VIE n'a pas à prouver que les renseignements sont exacts, complets ou non équivoques ou encore, non périmés ou justifiés par l'objet du dossier si ces renseignements ont été communiqués par Vincent Guay ou avec son accord. Dans un tel cas, le fardeau de la preuve est plutôt sur les épaules de Vincent Guay, et c'est à lui de prouver que les renseignements visés sont inexacts, incomplets ou équivoques et périmés ou non justifiés par l'objet du dossier. Vincent Guay n'a pas réussi à faire cette preuve. Cependant, la Commission permet à Vincent Guay de formuler des commentaires afin que ceux-ci soient versés à son dossier, le tout tel que prévu par l'article 40 du *Code civil du Québec*.

## ■ COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les articles 4 à 9 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* prévoient les règles applicables lorsqu'il y a collecte de renseignements personnels. Ces articles se lisent comme suit :

«4. Toute personne qui exploite une entreprise et qui, en raison d'un intérêt sérieux et légitime, peut constituer un dossier sur autrui doit, lorsqu'elle constitue le dossier, inscrire son objet.»

«5. La personne qui recueille des renseignements personnels afin de constituer un dossier sur autrui ou d'y consigner de tels renseignements ne doit recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier.

Ces renseignements doivent être recueillis par des moyens licites.»

«6. La personne qui recueille des renseignements personnels sur autrui doit les recueillir auprès de la personne concernée, à moins que celle-ci ne consente à la cueillette auprès de tiers.

Toutefois, elle peut, sans le consentement de la personne concernée, recueillir ces renseignements auprès d'un tiers si la loi l'autorise.

Elle peut faire de même si elle a un intérêt sérieux et légitime et si l'une ou l'autre des conditions suivantes se réalise :

1° les renseignements sont recueillis dans l'intérêt de la personne concernée et ils ne peuvent être recueillis auprès de celle-ci en temps opportun;

2° la cueillette auprès d'un tiers est nécessaire pour s'assurer de l'exactitude des renseignements.»

«7. La personne qui constitue un dossier sur autrui ou y consigne des renseignements personnels doit, lorsqu'elle recueille de tels renseignements auprès d'un tiers et que ce tiers est une personne qui exploite une entreprise, inscrire la source de ces renseignements.

Cette inscription est considérée faire partie du dossier de la personne concernée.

Le présent article ne s'applique pas à un dossier d'enquête constitué en vue de prévenir, détecter ou réprimer un crime ou une infraction à la loi.»

«8. La personne qui recueille des renseignements personnels auprès de la personne concernée doit, lorsqu'elle constitue un dossier sur cette dernière, l'informer :

1° de l'objet du dossier;

2° de l'utilisation qui sera faite des renseignements ainsi que des catégories de personnes qui y auront accès au sein de l'entreprise;

3° de l'endroit où sera détenu son dossier ainsi que des droits d'accès ou de rectification.»

«9. Nul ne peut refuser d'acquiescer à une demande de bien ou de service ni à une demande relative à un emploi à cause du refus de la personne qui formule la demande de lui fournir un renseignement personnel sauf dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

1° la collecte est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution du contrat;

2° la collecte est autorisée par la loi;

3° il y a des motifs raisonnables de croire qu'une telle demande n'est pas licite.

En cas de doute, un renseignement personnel est considéré non nécessaire.»

Plusieurs décisions ont été rendues en ce qui a trait à la collecte des renseignements personnels. Dans le cadre du présent texte, nous les regroupons selon leur objet. En premier lieu, nous résumons les décisions ayant trait à l'assurance. Puis, nous analysons celles ayant trait à des problèmes d'identification.

## **Décisions ayant trait à l'assurance**

### ■ **Obtention de renseignements médicaux du médecin traitant sans le consentement de l'assuré**

Une employée<sup>45</sup> du ministère des Finances du Québec est invalide; elle porte plainte devant la Commission d'accès parce que le médecin de son employeur a obtenu des renseignements médicaux à son sujet auprès de son médecin traitant et ce, sans son consentement. Deux explications sont données à la Commission pour prouver que cette collecte a été faite conformément à la loi.

- Le médecin de l'employeur affirme avoir communiqué avec le médecin traitant seulement dans le but de vérifier si le médecin traitant avait établi un certificat justifiant un arrêt de travail. Le médecin de l'employeur n'avait aucune intention de connaître les éléments confidentiels du dossier ni le diagnostic du médecin traitant.
- Selon le procureur du médecin de l'employeur, l'employée du ministère des Finances a implicitement consenti à la collecte de renseignements personnels; en effet, certaines dispositions de la convention collective de travail des professionnelles et professionnels établissent les obligations de l'employée et les droits du ministère des Finances.

Selon le Commissaire, l'obligation en vertu d'une convention collective de se soumettre à un examen médical ne peut constituer une autorisation implicite pour le médecin de l'employeur d'obtenir des renseignements du médecin traitant de l'employé.

### ■ **Nécessité d'obtenir des renseignements sur le niveau d'instruction et l'expérience de l'assuré**

Dans cette affaire<sup>46</sup>, l'assuré demande à l'assureur d'assumer les versements de son prêt auto étant donné qu'il est invalide. Le contrat comprend une définition de l'invalidité; celle-ci est considérée comme totale si l'assuré est incapable d'exercer les fonctions habituelles de tout emploi pour lequel il est raisonnablement compétent en raison de son «éducation, son apprentissage ou son expérience».

Afin de déterminer si l'assuré est invalide conformément à la définition prévue au contrat, l'assureur lui demande des renseignements relatifs à son niveau d'instruction, à ses anciens employeurs et se renseigne sur l'attrait qu'il éprouverait pour certains métiers. L'assuré doute que ces informations soient nécessaires pour établir son invalidité.

Selon la Commission, la définition de l'invalidité fait partie intégrante du contrat auquel l'assuré a adhéré librement. La collecte de ces renseignements personnels est en lien direct avec les exigences du contrat et elle est nécessaire pour établir l'invalidité totale de l'assuré. La collecte des renseignements est donc légale.

### ■ Remboursement des frais d'une chambre semi-privée

Dans une affaire<sup>47</sup>, l'assuré souscrit une assurance maladie. Lorsqu'il veut obtenir le remboursement des frais d'une chambre semi-privée, l'assureur lui demande de signer l'autorisation suivante :

«Par la présente, j'autorise tout médecin, hôpital, clinique ou toute autre facilité médicale ou compagnie d'assurance, bureau gouvernemental ou institution, ou toute(s) personne ou personnes, légale(s) ou réelle(s) à fournir à la RELIABLE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE ou à ses agents, tout et chaque détail de mon histoire médicale et d'assurance. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original<sup>48</sup>.»

Selon la Commission, l'assureur n'avait pas besoin de recueillir tous les renseignements personnels contenus dans le dossier médical de l'assuré pour rembourser les frais d'une chambre semi-privée.

### ■ Aucun droit pour l'employeur d'avoir accès au diagnostic médical

Dans cette affaire<sup>49</sup>, l'employeur souscrit une assurance invalidité collective pour le bénéfice de ses employés. Une des employés étant invalide, elle prend les mesures nécessaires pour demander des prestations d'assurance invalidité. Pour ce faire, elle remplit un formulaire comprenant trois sections, celle de l'employeur, celle du médecin et celle de l'assurée. L'employeur exige que la section du médecin soit remplie en premier. L'employée refuse, car son employeur, en remplissant sa partie, peut prendre connaissance des renseignements de nature médicale à son sujet. Selon la Commission, il est clair que la collecte de renseignements et la connaissance du diagnostic médical sont nécessaires à l'assureur. Par contre, il en va tout autrement pour l'employeur. En effet, l'employeur n'a pas



besoin de prendre connaissance du diagnostic médical pour assumer ses responsabilités relatives à l'administration du régime. L'employeur ne peut pas prendre connaissance du diagnostic médical qui apparaît sur un formulaire destiné à l'assureur si l'employeur n'a pas la responsabilité de déterminer la recevabilité de la demande d'indemnisation.

## ■ **Consentement verbal**

La décision rendue dans le dossier *X. c. La Capitale*<sup>50</sup> est intéressante, car on y retrouve des commentaires sur le consentement verbal. L'assuré a souscrit une assurance automobile. L'assureur accepte le risque. Après avoir fait effectuer une enquête de crédit, l'assureur exige le règlement de la prime en un seul versement. Dans cette affaire, l'assuré ne met pas en cause la nécessité de la collecte de renseignements sur sa solvabilité, mais bien le fait qu'il n'a jamais consenti à ce qu'une enquête de crédit sur son compte soit effectuée. L'assuré affirme qu'il n'a jamais autorisé verbalement ou par écrit l'assureur à vérifier son dossier de crédit auprès d'un agent de renseignements personnels. L'article 14 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* prévoit qu'un consentement doit être manifeste, libre, éclairé et donné à des fins spécifiques. La Commission reconnaît que l'assureur a obtenu le consentement verbal de l'assuré. En effet, l'assureur a produit un document indiquant qu'il a obtenu le consentement verbal de l'assuré. Cependant, la Commission conclut que l'assuré n'a pas donné un consentement éclairé, puisqu'il maintient ne pas avoir donné son consentement. Toujours selon la Commission, il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a obtenu un consentement conforme à l'article 14 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

## □ **Pièces d'identité**

### ■ **Nécessité pour le titulaire d'une carte de crédit de s'identifier lors d'un achat**

Dans une affaire<sup>51</sup>, le consommateur a une carte de crédit émise par Canadian Tire. Il se présente à un magasin Canadian Tire pour acheter des marchandises en utilisant sa carte de crédit. Au moment du paiement, la caissière exige qu'il s'identifie au moyen de son permis de conduire ou de sa carte d'assurance sociale. Il refuse et porte plainte devant la Commission d'accès. Dans son rapport d'enquête, la Commission reconnaît les points suivants :

- Un contrat entre le titulaire d'une carte et l'émetteur d'une carte peut prévoir qu'en certaines occasions le titulaire doit présenter une pièce d'identité afin de permettre au commerçant de s'assurer de l'identité de l'utilisateur de la carte.
- Le commerçant a le droit de demander au client une pièce d'identité pour autant qu'il ne recueille pas le numéro apparaissant sur la carte d'identité.
- Un commerçant ne peut pas exiger que le consommateur s'identifie uniquement par son permis de conduire ou par son numéro d'assurance sociale sans lui permettre de s'identifier par d'autres pièces d'identité.

■ **Nécessité pour le titulaire d'une carte de crédit de s'identifier lors d'une demande visant à remplacer une carte de crédit volée**

Il s'agit d'une plainte<sup>52</sup> à l'effet que la Banque de Montréal exige le numéro d'assurance sociale d'un titulaire de carte lors d'une demande visant à remplacer une carte de crédit volée. Il est établi que la Banque détient déjà le numéro d'assurance sociale du titulaire de la carte. La Commission rejette la plainte, car la Banque n'a pas recueilli à nouveau ce renseignement, mais a plutôt validé l'identité du titulaire, ce qui ne contrevient pas aux articles 5 et 9 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*.

■ **Nécessité pour un nouveau client d'une institution financière de s'identifier**

Un client de la Banque de Montréal<sup>53</sup> a porté plainte devant la Commission d'accès à l'information. Le client en question dénonce la pratique de la Banque consistant à exiger d'un nouveau client trois pièces d'identité, à savoir :

- la carte d'assurance sociale;
- la carte d'assurance maladie;
- une carte de crédit.

Le client dénonce également le fait que la Banque conserve une photocopie de ces documents. Il est mis en preuve que, devant les récriminations du client, l'employée de la Banque de Montréal renonce à exiger la carte d'assurance maladie. Cependant, elle exige plutôt le permis de conduire du client.

La Commission ainsi que le client reconnaissent que l'obligation de s'identifier n'est pas un problème. Cependant, la Commission conclut que la Banque ne peut pas exiger la production de la carte d'assurance maladie, car :

«l'article 9.0.0.1 de la *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant l'application de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.Q., c. 21) limite la production de la carte d'assurance-maladie seulement à des fins liées à la prestation de services ou à la fourniture de biens ou de ressources en matière de santé et de services sociaux<sup>54</sup>.»

La Banque ne peut pas non plus exiger la carte d'assurance sociale, car le règlement de la Banque stipule que la vérification du client doit être faite au moyen d'une des pièces suivantes :

- certificat de naissance;
- permis de conduire;
- passeport; ou
- document semblable.

Par conséquent, le client a le choix de la pièce d'identité.

La Banque ne peut pas exiger le numéro d'assurance sociale, car il s'agissait d'un compte de société déjà ouvert. Il en aurait été sûrement autrement si le compte visé avait été un compte individuel portant intérêt puisque le numéro d'assurance sociale est nécessaire pour des fins fiscales.

La Banque ne pouvait pas exiger la production d'un permis de conduire; en effet, le règlement, édicté en vertu d'une loi fédérale, identifie le permis de conduire comme l'une des pièces reconnues pour s'assurer de l'identité de chaque individu qui signe la fiche de spécimen de signature d'un compte. À cet égard, l'enquête a déterminé que l'employée de la Banque a exigé la production du permis de conduire. Or, le règlement n'oblige pas la production spécifique de cet identifiant. Cette employée aurait dû laisser au plaignant la possibilité de présenter la pièce d'identité reconnue qui lui convenait.

Enfin la Banque ne pouvait pas conserver dans ses dossiers une photocopie des pièces d'identité, car aucun article n'oblige la Banque à conserver ces photocopies.

## ■ COMMUNICATION

Il est important de se rappeler qu'en temps normal, des renseignements personnels ayant trait à une personne ne doivent

pas être communiqués à des tiers sans qu'on ait obtenu au préalable le consentement de cette personne. Il existe bien sûr des exceptions où la communication peut être faite sans le consentement de la personne. Ces exceptions sont limitées. Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, il y a eu de nombreuses enquêtes de la part de la Commission à ce sujet. Ces enquêtes peuvent être classées sous les rubriques suivantes :

#### **Réception d'un subpoena duces tecum**

Dans les années précédant l'entrée en vigueur de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, les institutions financières avaient l'habitude de communiquer par écrit les renseignements personnels à l'avocat qui leur avait fait parvenir un subpoena. Cette façon d'agir était efficace, car aucun employé de l'institution financière n'avait à se présenter à la cour le jour du procès. Dorénavant, cette façon de faire ne peut plus être utilisée sans qu'on ait obtenu le consentement préalable de la personne concernée.

À deux reprises<sup>55</sup>, des plaintes ont été portées devant la Commission pour communication de renseignements personnels à la suite de la réception d'un subpoena. À deux reprises, la Commission a condamné cette pratique. En effet, un subpoena duces tecum est un ordre de comparaître pour témoigner devant un tribunal ou pour y produire des documents. Un subpoena n'est pas une autorisation de communiquer des documents à l'avocat qui l'a émis. Par conséquent, chaque fois que l'on reçoit un subpoena, on doit suivre la procédure suivante :

- Communiquer avec l'avocat qui l'a émis pour vérifier s'il accepte que les renseignements soient fournis par écrit.
- Communiquer avec l'avocat du client afin d'obtenir le consentement dudit client pour communiquer les renseignements demandés à l'avocat qui a fait signifier le subpoena. Selon les circonstances, il nous arrive d'obtenir seulement le consentement de l'avocat et non du client. Notre raisonnement se fonde sur le fait que, dans ces circonstances, l'avocat est le mandataire de son client. Lorsque l'avocat ne nous confirme pas son accord par écrit, nous le faisons nous-mêmes et nous lui donnons un délai raisonnable pour réagir.

#### **Solde d'un compte ou informations sur des placements**

Communiquer le solde d'un compte bancaire à des tiers nécessite le consentement du titulaire du compte. Par exemple, une plainte

quant à la communication sans consentement du solde bancaire d'une femme à son ex-conjoint a été reconnue par la Commission comme étant fondée<sup>56</sup>. Nous croyons fermement que la Commission serait arrivée à la même conclusion dans un cas où des renseignements personnels avaient été transmis à un conjoint. En effet, la communication nécessite le consentement de la personne concernée.

À quelques reprises, les institutions financières ont invoqué des circonstances atténuantes. Cependant, en général, la Commission a été peu sensible à ces circonstances atténuantes, lesquelles sont décrites aux paragraphes suivants :

- Dans le cadre de la fermeture d'une succursale, un employé avise l'épouse du client que les placements de son mari sont transférés à une autre succursale. La Commission conclut qu'une telle communication nécessite le consentement de la personne concernée<sup>57</sup>.
- Un locataire se présente à une Caisse populaire pour encaisser le chèque de son locataire. L'employé de la Caisse refuse parce qu'il n'y a pas les fonds suffisants dans le compte du locataire. Le locataire déclare alors à l'employé de la Caisse qu'il désire déposer la somme manquante pour pouvoir ensuite encaisser le chèque. Pour ce faire, l'employé de la Caisse communique au locataire le solde du compte du locataire. Selon la Commission, la plainte est fondée, car le consentement du locataire est nécessaire pour que la caissière puisse communiquer le solde du compte du locataire à son locataire<sup>58</sup>.
- Une personne porte plainte devant la Commission parce que la Caisse a communiqué seulement son nom et son adresse à Joseph Élie Ltée qui avait, par erreur, versé une somme de 106 \$ dans le compte de cette personne. Joseph Élie a communiqué avec cette personne dans le seul but de récupérer la somme de 106 \$. La Commission a jugé que la plainte était fondée, car la communication des renseignements en question nécessitait le consentement de la personne concernée<sup>59</sup>.
- Il existe cependant un cas où la plainte a été rejetée par la Commission. Cette plainte vise l'échange de renseignements entre deux banques, à savoir, la Banque Amex et la Banque Nationale. En septembre 1995, le plaignant avise la Banque Amex qu'il ne l'autorise plus à divulguer des renseignements personnels concernant son crédit. Quelques semaines plus tard, le plaignant se présente à la Banque Nationale pour négocier un prêt. La Banque Nationale lui

demande alors de signer un consentement pour obtenir auprès de tiers des renseignements pour vérifier sa solvabilité. Devant ces faits, l'enquêteur de la Commission conclut :

«En considérant la contradiction des volontés exprimées par le plaignant envers deux institutions financières en matière de divulgation de renseignements personnels et compte tenu du consentement donné à la Banque Nationale, nous en arrivons à la conclusion que la Banque Amex n'a pas contrevenu à la loi en divulguant des renseignements personnels qui furent demandés par la Banque Nationale<sup>60</sup>.»

#### **Divulgation de renseignements à un expert en sinistres**

Un individu<sup>61</sup> dépose une plainte contre la Compagnie d'Assurances Desjardins : cette dernière a divulgué sans son consentement à un expert en sinistres des renseignements confidentiels à son sujet. De plus, le plaignant reproche à l'expert en sinistres d'avoir divulgué sans son consentement des renseignements confidentiels à son sujet au Service anti-crime des assureurs. Il s'agit d'une demande d'indemnisation faite par la conjointe du plaignant à la suite d'un vol d'effets personnels survenu dans une automobile.

La Commission conclut que l'assureur pouvait, dans un premier temps, communiquer sans le consentement du plaignant, des renseignements personnels à son sujet à l'expert en sinistres en vertu de l'article 20 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Cet article se lit comme suit :

«20. Dans l'exploitation d'une entreprise, un renseignement personnel n'est accessible, sans le consentement de la personne concernée, à tout préposé, mandataire ou agent de l'exploitant qui a qualité pour le connaître qu'à la condition que ce renseignement soit nécessaire à l'exercice de ses fonctions ou à l'exécution de son mandat.»

Dans cette affaire, l'expert en sinistres agissait à titre de mandataire de l'assureur. Il pouvait donc, sans le consentement du plaignant, communiquer des renseignements personnels sur le plaignant au Service anticrime des assureurs, puisqu'il avait des motifs raisonnables de croire qu'une infraction à une loi avait été commise.

#### **Divulgation de renseignements au ministère de la Sécurité du Revenu**

Dans une autre affaire<sup>62</sup>, la plaignante reproche à son courtier d'assurances d'avoir divulgué, sans son consentement, des rensei-

gnements personnels au ministère de la Sécurité du Revenu. Elle prétend que le courtier d'assurances, dans un but de vengeance, a appelé le ministère de la Sécurité du Revenu pour signaler qu'elle vit en concubinage avec un homme. Selon la Commission, la plainte est non fondée, car l'enquêteur chargé de cette affaire a le pouvoir de contraindre à la divulgation de renseignements confidentiels.

«Ainsi, la divulgation de renseignements concernant le contrat d'assurance-vie de la plaignante, sans son consentement, s'est faite en conformité avec l'article 18 de la Loi sur le secteur privé.

En terminant, je suis d'avis que l'enquêteur du Ministère n'a pas outrepassé ses pouvoirs de contrainte. L'élément de preuve qu'il désirait obtenir par la production du contrat d'assurance-vie était directement lié au litige à la base de son enquête, donc dans le cadre de ses fonctions<sup>63</sup>.»

#### **Communication à l'employeur du dossier médical de l'employé**

Il s'agit d'une plainte<sup>64</sup> contre le médecin expert de l'employeur qui a communiqué à l'employeur le dossier médical complet de l'employé, et ce, sans le consentement de ce dernier. Dans le dossier, un renseignement révèle que l'employé est porteur du VIH. Selon la Commission, le médecin expert a contrevenu à l'article 13 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Cet article se lit comme suit :

«13. Nul ne peut communiquer à un tiers les renseignements personnels contenus dans un dossier qu'il détient sur autrui ni les utiliser à des fins non pertinentes à l'objet du dossier, à moins que la personne concernée n'y consente ou que la présente loi le prévoit.»

En fait, le médecin expert aurait dû produire un rapport conformément au mandat qu'il avait reçu. Il n'aurait pas dû communiquer à l'employeur l'intégralité du dossier médical obtenu du médecin traitant.

#### **Communication de renseignements à un collègue de travail**

Cette plainte est formulée par une participante du Fonds de solidarité des travailleurs du Québec<sup>65</sup>. Celle-ci se plaint que des renseignements à son sujet ont été communiqués sans son consentement à un collègue de travail. La responsable du Fonds dans

l'entreprise était nouvelle dans ses fonctions; elle n'avait pas encore reçu sa formation pour accomplir ses tâches. Dans le cadre de ses tâches, la responsable du Fonds devait remettre aux participants une copie d'un formulaire de cotisation. La plaignante n'étant pas présente lors de la remise, la responsable a remis le document à un collègue de travail pour qu'il le remette à la plaignante. En agissant ainsi, la responsable a permis à un tiers de prendre connaissance de renseignements personnels sans le consentement de la plaignante.

#### **Communication à des commanditaires de renseignements recueillis lors d'un sondage**

Il s'agit d'une plainte<sup>66</sup> portant sur la communication à un tiers, sans consentement, de renseignements recueillis lors d'un sondage sur les habitudes de consommation. Ce sondage est commandité par quelques entreprises. À la suite du sondage, des renseignements personnels sont communiqués aux commanditaires. Selon la maison de sondage, la lettre de présentation du questionnaire est explicite. En effet, il est mentionné «qu'aucun achat n'est requis et vous obtiendrez gratuitement des entreprises qui parraient ce sondage des coupons rabais, des bons d'achat, des certificats cadeaux et des informations pertinentes qui vous feront réaliser des économies intéressantes.» De plus, à la fin du questionnaire, la plaignante confirme sa volonté de recevoir des envois promotionnels. Selon la Commission, rien dans le questionnaire ne mentionne la communication de renseignements à un tiers. De plus, le fait d'accepter de recevoir des envois promotionnels ne peut constituer un consentement à ce que des renseignements soient communiqués à des tiers.

### **■ CONSENTEMENT**

#### **Généralités**

Toute personne qui exploite une entreprise et qui constitue un dossier sur autrui doit inscrire son objet<sup>67</sup>. À titre d'exemple, l'objet des dossiers de la Compagnie d'assurance Standard Life est le suivant : «Services financiers d'assurance, de rentes, de crédit et services complémentaires.»

#### **■ Données nécessaires à l'objet du dossier**

La personne qui recueille des renseignements personnels ne peut colliger que les données nécessaires à l'objet du dossier.



La notion de nécessité a été définie par Louis-Philippe Pigeon, juge à la Cour suprême du Canada, dans son ouvrage intitulé *Rédaction et interprétation des lois*<sup>68</sup>, de la façon suivante :

«(...) le mot «nécessaire» a en droit un sens très rigoureux, très rigide. Il s'entend exclusivement de ce qui est absolument indispensable. Dans le langage courant, on a tendance à employer le mot «nécessaire» pour dénoter simplement la grande utilité, la commodité. Mais «nécessaire» en droit veut dire une chose absolument indispensable, ce dont on ne peut rigoureusement pas se passer. En somme une nécessité inéluctable<sup>69</sup>.»

À titre d'exemple, il a été décidé lors d'une demande d'indemnisation d'assurance maladie (remboursement des frais d'une chambre semi-privée) qu'un consentement dont la portée était trop large est inacceptable. Dans cette affaire<sup>70</sup>, le consentement permettait à l'assureur «d'obtenir de tiers toutes les données contenues dans le dossier médical de l'assuré afin de permettre à l'entreprise de disposer d'un portrait complet de l'histoire médicale et d'assurance de la personne assurée.» Selon le rapport d'enquête de la Commission, cette collecte n'est pas nécessaire pour rembourser les dépenses médicales d'un assuré. En effet, les renseignements requis pour payer les frais d'une chambre semi-privée ne justifient pas la collecte de l'ensemble des renseignements médicaux contenus dans le dossier médical de l'assuré. De plus, selon le rapport d'enquête, l'assureur n'a pas démontré qu'il avait besoin d'obtenir tous les dossiers médicaux et d'assurances détenus par des tiers pour rembourser certains médicaments ou services médicaux<sup>71</sup>.

## ■ Relié à l'objet du dossier

Le consentement demandé doit être relié à l'objet du dossier. Si tel n'est pas le cas, un nouveau consentement doit être obtenu<sup>72</sup>. Cela signifie que si l'entreprise veut divulguer des renseignements à des fins autres que celles du dossier, elle doit obtenir de la personne concernée une autorisation distincte. À titre d'exemple, prenons une personne qui désire effectuer un emprunt. Après étude du dossier, l'institution financière accepte de prêter au consommateur le montant demandé. Quelques années plus tard, l'institution financière désire transmettre des informations ayant trait à la transaction intervenue entre elle et cette personne. Peut-elle le faire ? Selon nous, l'institution financière ne peut pas le faire sans avoir obtenu un nouveau consentement de la personne concernée.

## ■ Non-accomplissement de l'objet du dossier

Dans une affaire, le libellé du consentement précisait :

«...Vous pouvez divulguer entre vous des renseignements à mon sujet, y compris ceux qui se trouvent dans un dossier fermé ou inactif, ou les divulguer à tout prêteur, à tout organisme de renseignements personnels ou d'évaluation de crédit, ainsi qu'à toute autre partie reliée à la présente demande<sup>73</sup>.»

Selon le rapport d'enquête, si le dossier est fermé, aucun renseignement ne doit être recueilli ou divulgué sans un consentement explicite et distinct du client à cet effet. À cet égard, l'article 12 de *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* se lit comme suit :

«12. L'utilisation des renseignements contenus dans un dossier n'est permise, une fois l'objet du dossier accompli, qu'avec le consentement de la personne concernée, sous réserve du délai prévu par la loi ou par un calendrier de conservation établi par règlement du gouvernement.»

L'institution qui désire divulguer des renseignements contenus dans un dossier fermé ou inactif doit donc permettre au client d'exercer ses droits par l'expression d'un consentement distinct, dissocié, facultatif et spécifique<sup>74</sup>.

## Qualités du consentement

### ■ Secteur public<sup>75</sup>

Au cours des dernières années, la Commission a réfléchi sur les caractéristiques minimales d'un consentement. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- donné par une personne capable d'exercer sa volonté;
- éclairé, c'est-à-dire que la demande est suffisamment précise pour que la personne la comprenne et sache à quelles fins elle va servir;
- libre, c'est-à-dire que la personne a le choix de le donner ou pas;
- sous la forme d'écrit;
- limité dans le temps;
- spécifique, c'est-à-dire qu'il doit mentionner le nom de la personne ou de l'organisme autorisé à fournir les seuls renseignements précisés dans la formule du consentement à qui ils sont destinés et les fins pour lesquelles ils seront utilisés.

Ces caractéristiques s'inscrivent évidemment dans le cadre des activités du secteur public. À ce titre, les notions de concurrence ou de profit n'ont jamais été évoquées comme étant des paramètres de la réflexion ou des limites à l'expression d'un consentement véritablement significatif.

Par ailleurs, le législateur a retenu une définition légèrement différente quand est venu le temps de définir la nature du consentement requis dans le secteur privé.

## ■ Secteur privé

L'article 14 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, se lit comme suit :

«14. Le consentement à la communication ou à l'utilisation d'un renseignement personnel doit être manifeste, libre, éclairé et être donné à des fins spécifiques. Ce consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Un consentement qui n'est pas donné conformément au premier alinéa est sans effet.»

### – *Consentement manifeste, libre et éclairé*

Le fait que le consentement soit manifeste et libre ne semble pas causer problème. En fait, le consentement verbal a même facilement passé ce test<sup>76</sup>.

Cependant, obtenir un consentement éclairé semble être un problème. Il a été souvent l'objet de commentaires. À titre d'exemple, une autorisation dont le texte serait le suivant ne permettrait pas à la personne concernée de donner un consentement éclairé.

«J'autorise la société ABC et toute société de son groupe, y compris la Corporation A (collectivement appelées "vous") à obtenir de toute personne et à conserver des rapports de crédit et d'autres renseignements personnels me concernant. Toute personne peut vous fournir de tels renseignements<sup>77</sup>.»

Les mots soulignés ont été ajoutés par l'auteur du présent texte.

Ce libellé laisse à désirer, car le client ne peut pas savoir quelles personnes communiqueront des renseignements personnels à son sujet. Une façon de corriger ce problème serait d'énumérer de façon générale les personnes susceptibles de fournir des renseignements. De plus, le client ne sait pas quel type de renseignements seront communiqués. Une façon de corriger ce second problème serait de mentionner que seuls les renseignements nécessaires à l'objet du dossier seront recueillis.

Le texte suivant cause également problème :

«Vous pouvez divulguer entre vous des renseignements à mon sujet, (...) ou les divulguer à tout prêteur, à tout organisme de renseignements personnels ou d'évaluation de crédit, ainsi qu'à toute autre partie reliée à la présente demande<sup>78</sup>.»

Dans un tel cas, il est impossible pour le client de savoir quels renseignements seront divulgués. De plus à la fin du paragraphe, l'utilisation des mots «ainsi qu'à toute autre partie reliée à la présente demande» donne à ce consentement un caractère trop vague. En effet comment le client peut-il savoir à l'avance à quel genre d'entreprise on fait référence ?

Par conséquent, il est recommandé d'appliquer certaines des règles suivantes afin d'obtenir un consentement éclairé de la part de la personne concernée.

- Une institution financière, ne désirant obtenir que des renseignements de nature financière, devrait le préciser dans le libellé du consentement.
- Une institution financière, voulant recueillir des renseignements personnels seulement auprès des personnes ayant des relations d'affaires avec son client, devrait le préciser dans le libellé du consentement.
- Une autre façon de s'assurer d'obtenir un consentement éclairé de la part du client serait de préciser dans le texte du consentement qu'on ne communiquera qu'avec les personnes dont les coordonnées apparaissent sur le formulaire. Dans un rapport d'enquête<sup>79</sup>, l'enquêteur André Savard a rappelé l'importance d'identifier les tiers auprès desquels l'entreprise vérifie certaines informations. Une autre façon de faire serait de préciser dans le texte du consentement qu'on ne communiquera qu'avec les entreprises avec lesquelles le client fait affaire.
- Un consentement permettant de recueillir des renseignements personnels de X, Y et Z «ainsi que toutes autres personnes, organismes publics et privés ou entreprises susceptibles d'établir la prime et d'apprécier les risques et les réclamations» donne à ce consentement une portée très étendue. Par conséquent, la Commission d'accès à l'information pourrait conclure qu'un texte aussi large ne permet pas au client de donner un consentement éclairé<sup>80</sup>.
- Le fait de référer à «tout médecin ou toute autre personne, organisme détenant des renseignements, une connaissance de faits ou de dossiers à mon sujet» est trop vague<sup>81</sup>.

- Le consentement devrait être libellé de façon à ce que la personne concernée sache clairement que l'institution financière communiquera des renseignements relatifs à l'identité du client à une agence de renseignements personnels, afin d'obtenir un rapport de crédit à son sujet<sup>82</sup>.
- Dans les cas où l'entreprise désire cueillir des renseignements personnels en ayant recours au service d'un tiers, il faudra en faire part au consommateur afin que celui-ci donne un consentement éclairé<sup>83</sup>.
- La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* prévoit à l'article 5 que seuls des renseignements personnels nécessaires à l'objet du dossier doivent être recueillis. Par conséquent, il pourrait être intéressant d'ajouter au texte du consentement une note précisant que ces renseignements sont nécessaires à l'objet du dossier. Cela permettrait peut-être au client d'exprimer un consentement plus éclairé<sup>84</sup>.
- Le fait de référer à «tout renseignement personnel pertinent» est trop large et donne une portée insoupçonnée au consentement<sup>85</sup>.

#### – *Consentement donné à des fins spécifiques*

Un consentement permettant de recueillir des renseignements personnels de X, Y et Z «ainsi que toutes autres personnes, organismes publics et privés ou entreprises susceptibles d'établir la prime et d'apprécier les risques et les réclamations» donne à ce consentement une portée très étendue<sup>86</sup>. Comme l'article 14 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* stipule que le consentement doit être donné à des fins spécifiques, ce consentement ne peut être acceptable, car il est donné à des fins multiples.

À moins que les parties n'en conviennent autrement (avances de fonds, paiement comptant), le libellé d'autorisation doit spécifiquement mentionner que des renseignements personnels relatifs au client seront communiqués à une agence de renseignements personnels, en vue d'obtenir un rapport de crédit sur le client. Ce libellé devrait faire l'objet d'un consentement spécifique<sup>87</sup>.

#### – *Consentement limité dans le temps*

Le consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

De plus, le fait de mentionner «Ce consentement est valide pour toute prolongation et tout renouvellement du présent contrat ainsi que pour tout autre contrat d'assurance de dommages requis par l'Assuré auprès de l'Assureur ou offert par ce dernier» ne semble pas respecter l'une des caractéristiques d'un consentement mentionnées à l'article 14, à savoir, qu'il ne vaut que pour la durée nécessaire du présent contrat<sup>88</sup>.

La mention «en tout temps» devrait être modifiée pour que le consentement ne soit valide que pour la durée du contrat. En effet, les articles 12 et 13 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* précisent qu'une nouvelle autorisation est requise pour l'utilisation des renseignements à d'autres fins ou lorsque l'objet pour lequel ils ont été recueillis est terminé<sup>89</sup>.

#### **Texte du consentement dans l'industrie de l'assurance vie**

Il y a quelques années des représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) ont rencontré à plusieurs occasions des représentants de la Commission d'accès à l'information (C.A.I.). Après maintes discussions, les parties en sont arrivées à un texte acceptable par l'ACCAP et la C.A.I. Dans les coulisses, ce texte a souvent fait l'objet de nombreuses critiques. La longueur est certes un point qui a été fréquemment souligné. Le texte de ce consentement a été envoyé en mai 1997 aux sociétés membres de l'ACCAP. Il n'a pas été nécessairement retenu par toutes les sociétés. Le texte est joint en annexe A.

#### **Rédaction d'un consentement**

La rédaction d'un consentement s'avère difficile compte tenu qu'une formule type doit, avec la plus grande économie de moyens, répondre à tous les cas particuliers. On doit donc rechercher une formulation qui harmonise les exigences des entreprises aux impératifs de la protection des renseignements personnels<sup>90</sup>.

Enfin, une autorisation doit trouver son application dans les délais les plus courts. Bien malvenue serait l'entreprise qui retournerait plusieurs fois auprès de son client pour obtenir des consentements supplémentaires et qui, par voie de conséquences, ne pourrait émettre le nouveau contrat que plusieurs semaines après l'expression de la demande originale<sup>91</sup>.

## □ Petits conseils pratiques

Même si cela n'est pas exigé par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, il est recommandé de remettre une copie du consentement au client. Ainsi, le client se souviendra plus aisément des engagements qu'il a contractés. Cela pourrait éviter l'acheminement à la Commission<sup>92</sup> de lettres de plaintes non fondées.

Il est également recommandé d'ajouter au consentement une invitation à communiquer avec le service à la clientèle de l'entreprise pour obtenir des renseignements additionnels s'il y a lieu<sup>93</sup>.

## ■ CONCLUSION

La *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* a profondément changé nos façons de faire. Nous avons dans ce texte tenté de traiter des points les plus susceptibles d'affecter les activités des assureurs et des institutions financières. Nous n'avons aucunement la prétention d'avoir fait le tour de la question.

Nous croyons que dans le futur, les assureurs et les institutions financières devront être vigilants dans le domaine de la protection des renseignements personnels. En effet, un sondage national<sup>94</sup> a été réalisé à la demande de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Ce sondage avait pour but d'évaluer l'opinion des Canadiens sur l'utilisation par les banques de l'information sur les clients pour vendre de l'assurance vie. Le résultat de ce sondage est très clair : les Canadiens s'opposent massivement et uniformément à ce que les banques agissent de la sorte. La réaction du public canadien est uniforme, quels que soient la langue, la région, l'âge ou le sexe. Selon nous, ce sondage démontre que les Canadiens sont de plus en plus sensibles à la nécessité de protéger leurs renseignements personnels.

## ■ ANNEXE A

Pièce jointe à la circulaire n° 5641 du 6 mai 1997

Consentement à la cueillette et à la communication  
de renseignements personnels

Formulaire intégré à une proposition  
d'assurance vie individuelle

### CONSENTEMENT

J'autorise la Compagnie d'assurance ABC, aux fins strictes de la tarification et de la gestion de l'assurance et du règlement des prestations,

- a) à ne recueillir que les seuls renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels sur mon compte à savoir, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux, des agences d'enquête et de crédit et des autres assureurs, de toutes personnes ou organismes qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier,
- b) à ne communiquer que les seuls renseignements personnels nécessaires qu'elle possède sur mon compte à ces mêmes personnes,
- c) et à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
(Signature au long du ou des titulaires)

\_\_\_\_\_  
(Signature au long de la personne  
à assurer principale si elle n'est  
pas titulaire)

\_\_\_\_\_  
(Signature au long de toute personne  
à assurer supplémentaire qui n'est  
pas titulaire)

\_\_\_\_\_  
(Témoin)

\_\_\_\_\_  
(Date)

Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

NOTE : L'objet du dossier est la fourniture de produits d'assurance et de rente, et de services financiers. L'objet peut figurer dans une notice remise au client à la signature de la proposition plutôt que d'être intégré à la proposition.



## □ Notes

1. L.R.Q., c. P-39.1.
2. *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1, art 27.
3. L.R.Q., c. C-12.
4. X. c. *La Personnelle vie*, [1996] C.A.I. 13 ; X. c. *Assurance-vie Desjardins*, [1994] C.A.I. 245; X. c. *Dow Chemical Canada Inc.*, [1994] C.A.I. 205; X. c. *Les services de santé du Québec*, [1994] C.A.I. 263.
5. X. c. *Les services de santé du Québec*, [1994] C.A.I. 263; X. c. *Assurance-vie Desjardins*, [1994] C.A.I. 245; X. c. *Dow Chemical Canada Inc.*, [1994] C.A.I. 205; X. c. *La Personnelle vie*, [1996] C.A.I. 13.
6. *La Personnelle vie, corporation d'assurance* c. *Cour du Québec*, [1997] C.A.I. 466 (Cour supérieure).
7. *La Personnelle vie, corporation d'assurance* c. *Cour du Québec*, [1997] C.A.I. 466 (Cour supérieure), 475.
8. Godin c. C.S.R. de la Mauricie, (1984-86) I C.A.I. 574; Lapierre c. Ville de Longueuil, [1986] C.A.I. 462; Association des citoyens et citoyennes de St-Colomban c. Municipalité de St-Colomban, [1993] C.A.I. 162; Pelletier c. Communauté urbaine de Montréal, [1990] C.A. 244; Morin-Gauthier c. Assurance-vie Desjardins, [1994] C.A.I. 226; Dufour c. Commission scolaire Beauport, [1986] C.A.I. 194.
9. *La Personnelle vie, corporation d'assurance* c. *Cour du Québec*, [1997] C.A.I. 466 (Cour supérieure); X. c. *Les Clairvoyants, cie d'assurance générale inc.*, C.A.I. 94 08 00, 17 juin 1998, Michel Laporte (commissaire); Pichette c. *S.S.Q.-Vie*, [1995] C.A.I. 4.
10. *La Personnelle vie, corporation d'assurance* c. *Cour du Québec*, [1997] C.A.I. 466 (Cour supérieure); X. c. *Les Clairvoyants, cie d'assurance générale inc.*, C.A.I. 94 08 00, 17 juin 1998, Michel Laporte (commissaire); Pichette c. *S.S.Q.-Vie*, [1995] C.A.I. 4.
11. X. c. *La Prudentielle d'Amérique*, [1994] C.A.I. 257.
12. Zimbel c. *Bélaïr compagnie d'assurances*, C.A.I. 97 10 36, 9 février 1998, E. Roberto Iuticone (commissaire).
13. *Di Maggio c. La Capitale, compagnie d'assurances générales*, [1996] C.A.I. 358.
14. *Morin c. Assurance-Vie Desjardins-Laurentienne*, C.A.I. 98 00 17, 21 décembre 1994, Pierre Cyr commissaire).
15. *La Personnelle vie, corporation d'assurance* c. *Cour du Québec*, [1997] C.A.I. 466 (Cour supérieure) 477.
16. R. DUSSAULT et L. BERGEAT, *Traité de droit administratif*, 2<sup>e</sup> éd. Tome 2. Québec.
17. *Rochette c. Sears Canada Inc.*, C.A.I. 95 05 54, le 18 novembre 1996.
18. *Pelletier c. Communauté urbaine de Montréal*, [1990] C.A.I. 244; *Smith c. Hydro Québec*, [1995] C.A.I. 298; *Dufour c. Commission scolaire Beauport*, [1986] C.A.I. 194; *Cinq-Mars c. Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances* [1986] C.A.I. 187.
19. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire); X. c. *Zurich du Canada, compagnie d'assurance-vie*, [1995] C.A.I. 119.
20. X. c. *Zurich du Canada, compagnie d'assurance-vie*, [1995] C.A.I. 119, 127.
21. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
22. L'incidence de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé sur la pratique des assurances : premier pas chancelants, conférence donnée dans le cadre d'un mini-colloque tenu le 22 juin 1998 à la Maison du Barreau à Montréal et intitulé «Les récents développements en droit des assurances», 48 pages, 34.

23. *Pecoraro c. Banque de Montréal*. C.A.I. 96 15 83, 26 mai 1997, E. Roberto Iuticone (commissaire).
24. L.R.Q., c. C-12.
25. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 9, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire); *Fédération des travailleurs et travailleuses du papier et de la forêt c. Commission d'accès à l'information*, J.E. 98-1430 (Cour supérieure); *X. c. Zurich du Canada, compagnie d'assurance-vie*, [1995] C.A.I. 119.
26. L.R.Q., c. C-12.
27. *Fédération des travailleurs et travailleuses du papier et de la forêt c. Commission d'accès à l'information*, J.E. 98-1430 (Cour supérieure).
28. L.R.Q., c. B-1.
29. *Fédération des travailleurs et travailleuses du papier et de la forêt c. Commission d'accès à l'information*, J.E. 98-1430 (Cour supérieure) 4.
30. *Général accident compagnie d'assurance c. Ferland*, [1997] C.A.I. 446 (Cour du Québec).
31. *Général accident compagnie d'assurance c. Ferland*, [1997] C.A.I. 446 (Cour du Québec) 448.
32. *Cadieux c. Alliance Canada*, C.A.I. 97 05 47, 7 juillet 1998, Diane Boissinot (commissaire).
33. *Cadieux c. Alliance Canada*, C.A.I. 97 05 47, 7 juillet 1998, Diane Boissinot (commissaire) 4.
34. *Tremblay c. La Promutuel La Portneuvienne Société mutuelle d'assurance générale*, C.A.I. 98 00 08, 25 août 1998, Diane Boissinot (commissaire).
35. *Fédération des travailleurs et travailleuses du papier et de la forêt c. Commission d'accès à l'information*, J.E. 98-1430 (Cour supérieure).
36. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot, (commissaire); *Zimbel c. Bélair compagnie d'assurances*, C.A.I. 97 10 36, 9 février 1998, E. Roberto Iuticone (commissaire); *Tremblay c. La Promutuel La Portneuvienne Société mutuelle d'assurance générale*, C.A.I. 98 00 08, 25 août 1998, Diane Boissinot (commissaire).
37. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
38. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
39. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
40. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
41. *Geary c. Axa Boréal assurances inc.*, C.A.I. 97 16 88, 21 septembre 1998, Hélène Grenier (commissaire).
42. *Handfield c. Cie d'assurance-vie Transamérica du Canada*, C.A.I. 98 02 91, 10 décembre 1998, Diane Boissinot (commissaire).
43. *Guay c. S.S.Q.-Vie*, [1996] C.A.I. 369, 371.
44. *Guay c. S.S.Q.-Vie*, [1996] C.A.I. 369.
45. *X. c. Clinique de médecine industrielle Robert et Lizotte inc.*, C.A.I. 96 01 55, rapport d'enquête, avril 1997.
46. *X. c. Union Fidelity, compagnie d'assurance-vie*, C.A.I. 95 14 14, rapport d'enquête, mai 1996.

47. *Service d'aide au consommateur c. La Reliable, compagnie d'assurance-vie*, C.A.I. 96 00 37, rapport d'enquête, août 1996.
48. *Service d'aide au consommateur c. La Reliable, compagnie d'assurance-vie*, C.A.I. 96 00 37, rapport d'enquête, août 1996, 2.
49. *X. c. Synergic International 1991 inc.*, C.A.I. 94 02 27, rapport d'enquête, juillet 1994.
50. *X. c. La Capitale, compagnie d'assurance générale*, C.A.I. 95 09 29, rapport d'enquête, juin 1996.
51. *X. c. Canadian Tire*, C.A.I. 95 00 56, rapport d'enquête, juillet 1995.
52. *X. c. Banque de Montréal*, C.A.I. 96 10 51, rapport d'enquête, novembre 1996.
53. *X. c. Banque de Montréal*, C.A.I. 95 11 21, rapport d'enquête, juin 1996.
54. *X. c. Banque de Montréal*, C.A.I. 95 11 21, rapport d'enquête, juin 1996, 7.
55. *Cloutier c. Banque Royale du Canada*, C.A.I. 94 07 05, rapport d'enquête, juin 1995; *X. c. Caisse populaire Desjardins de Saint-Louis-de-France*, C.A.I. 94 06 36, rapport d'enquête, août 1994.
56. *X. c. Banque Nationale du Canada*, C.A.I. 94 13 42, rapport d'enquête, octobre 1994.
57. *X. c. Trust Royal*, C.A.I. 94 02 62, rapport d'enquête, juin 1995.
58. *X. c. Caisse populaire Desjardins de Baie-Comeau*, C.A.I. 94 02 11, rapport d'enquête, mai 1994.
59. *X. c. Caisse populaire Desjardins Saint-Basile-Le-Grand*, C.A.I. 95 00 50, rapport d'enquête, juillet 1995.
60. *X. c. Banque Amex du Canada*, C.A.I. 95 16 61, rapport d'enquête, mai 1996, 6.
61. *Cyr c. Les Assurances générales des caisses Desjardins*, C.A.I. 95 01 71, rapport d'enquête, novembre 1996.
62. *X. c. Y. et L'Industrielle-Alliance*, C.A.I. 94 14 83, rapport d'enquête, février 1995.
63. *X. c. Y. et L'Industrielle-Alliance*, C.A.I. 94 14 83, rapport d'enquête, février 1995, 7.
64. *Y. c. Groupe Santé Médisis Inc.*, C.A.I. 96 06 40, rapport d'enquête, octobre 1997.
65. *X. c. Fonds de solidarité des travailleurs du Québec*, C.A.I. 95 05 67, rapport d'enquête, janvier 1997.
66. *X. c. Transdata Micromarketing & Bases de données*, C.A.I. 95 08 30, rapport d'enquête, juin 1996.
67. *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, L.R.Q., c. P-39.1.
68. L.P. PIGEON, *Rédaction et interprétation des lois*, Collection Études juridiques. Éditeur officiel du Québec, 1965, 1978, pp. xiii-70, 15.
69. *X. et Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Réf.96AC-101, 5.
70. *Service d'aide au consommateur c. La Reliable, Compagnie d'assurance-vie*, André Savard, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 96 0037, août 1996, 9.
71. *Service d'aide au consommateur c. La Reliable, Compagnie d'assurance-vie*, André Savard, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 96 0037, août 1996, 6.
72. *X. et Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 8.
73. *X. et Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 3.
74. *X. et Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 17.

75. *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1.

76. X. c. *Agence de recouvrement Réjean Aubé Inc., Sécurité protection DUB Inc., La Financière Micadco Inc.*, Lucille Dion, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 95-07-57, avril 1996.

77. X. et *Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 10.

78. X. et *Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 10.

79. X. c. *Allstate*, C.A.I. 94 12 06, rapport d'enquête, novembre 1994.

80. X. c. *H.B. Gestion d'assurance collective Ltée*, André Savard, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 14 82, janvier 1995, 6.

81. X. c. *La compagnie d'assurance-vie de la Pennsylvanie*, C.A.I. 94 14 74, rapport d'enquête, décembre 1994, 5.

82. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 6.

83. X. c. *Agence de recouvrement Réjean Aubé Inc., Sécurité protection DUB Inc., La Financière Micadco Inc.*, Lucille Dion, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 95-07-57, avril 1996, 11.

84. X. et *Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 16.

85. X. c. *La Prudentielle d'Amérique Compagnie d'assurance générale (Canada)*, Jean Foisy, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 02 74, mai 1994, 8.

86. X. c. *H.G. Gestion d'assurance collective Ltée*, André Savard, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 14 82, janvier 1995, 6.

87. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 6.

88. X. c. *H.B. Gestion d'assurance collective Ltée*, André Savard, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 14 82, janvier 1995, 6.

89. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 6.

90. X. et *Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 8; X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 4; X. c. *La Prudentielle d'Amérique Compagnie d'assurance générale (Canada)*, Jean Foisy, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 02 74, mai 1994, 6.

91. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 4; X. c. *La Prudentielle d'Amérique Compagnie d'assurance générale (Canada)*, Jean Foisy, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 02 74, mai 1994, 6.

92. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 6.

93. X. c. *Ultramar Canada Inc.*, Benoît Elie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 04 04, décembre 1994, 6; X. et *Services aux marchands détaillants Ltée*, Benoît Élie, analyste-enquêteur, C.A.I. enquête 94 03 93, 1996-04-30, Référence 96AC-101, 12.

94. COMPAS INC., *L'opinion publique au Canada sur l'utilisation par les banques de l'information sur les clients pour vendre de l'assurance*, Ottawa et Toronto, automne 1995, 16 pages.

# LES MARCHÉS ALTERNATIFS

par Rémi Moreau

## RESUMÉ

Tout mécanisme utilisé pour se substituer aux marchés traditionnels que constituent les produits d'assurance sont considérés comme faisant partie du domaine des marchés alternatifs. Le développement le plus significatif des marchés alternatifs se situe depuis le début des années 1980 jusqu'au début des années 1990. On ne peut valablement opter d'envisager l'accès à ces marchés sans avoir au préalable des motifs d'affaires sérieux, basés principalement sur les principes de la gestion des risques, c'est-à-dire leur identification et leur évaluation.

Cet article en décrit les principaux mécanismes, notamment l'autoassurance, les hautes franchises, les programmes à tarification rétrospective, les captives, le fronting, les programmes de protection globale des actifs et l'accès aux marchés financiers spécialisés.

## ABSTRACT

*The alternative market includes any mechanism used to substitute for traditional risk-transfer products offered by insurers. The most significant expansion of this market were particularly brought in the early 1980s to the early 1990s. The need to participate in an alternative market program must be based on sound business reasons, primarily conducted by the risk management principles such as risks identification and evaluation.*

*This article is devoted to the main mechanisms including self insurance, large deductibles, retro plans, captives, fronting arrangements, corporate asset corporation plans and specialized financial markets.*

---

### L'auteur :

Rémi Moreau est rédacteur en chef de la revue *Assurances*.

## ■ INTRODUCTION

Par voie de comparaison face aux marchés traditionnels d'assurance, les marchés alternatifs génèrent aujourd'hui près de la moitié des encaissements réalisés dans l'industrie de l'assurance de dommages aux États-Unis, soit environ 150 milliards de dollars. La montée de ces marchés alternatifs (*alternative markets*) a pris corps avec la naissance des sociétés captives et se poursuit aujourd'hui, d'une façon extrêmement sophistiquée, par l'introduction à la bourse d'instruments financiers performants et dont la capacité semble illimitée.

Bien que les marchés alternatifs sont loin d'avoir, au Canada<sup>1</sup>, une pareille ampleur, il nous a néanmoins paru intéressant de jeter notre dévolu sur ce thème, car il n'est pas sans présenter un attrait pour tous ceux qui s'intéressent à l'assurance de dommages et, au premier chef, aux situations de risques de l'entreprise. Car entreprendre est synonyme de risquer. Les entreprises font face à un flot continu d'obstacles de nature accidentelle. Leurs obligations sont constamment acérées au regard d'une législation de plus en plus consumériste, contraignante<sup>2</sup>. Et elles sont d'autant plus vulnérables aux aléas si elles veulent progresser, innover, s'aventurer dans des champs nouveaux.

On ne peut valablement traiter des divers moyens alternatifs à l'assurance sans examiner, au préalable, la gestion des risques. La gestion des risques, aussi appelée maîtrise des risques<sup>3</sup>, est une technique multidisciplinaire, à dominante financière, qui consiste à identifier les risques<sup>4</sup>, à les diminuer et même à les éliminer, si possible. Sa tâche consiste à enrayer, à la source, par des normes de contrôle (physiques<sup>5</sup>, juridiques), les possibilités de réalisation des risques ou de prévoir des plans de redressement, si des pertes surviennent.

Au départ, il convient de qualifier de fortuits ou d'aléatoires les risques faisant l'objet de cette discipline. L'assurance, comme l'autoassurance, procède d'une démarche essentiellement stochastique. Au fil de cette étude, nous limiterons cette qualification de fortuité aux risques aléatoires strictement encourus par les entreprises, en excluant les risques subis par les individus dans leur vie privée.

Les risques aléatoires, de nature conjoncturelle, s'opposent aux risques de l'entreprise, c'est-à-dire les risques dits spéculatifs, structurels, de nature essentiellement financière : à titre d'exemples de risques de l'entreprise, mentionnons le défaut d'exécuter une

obligation contractuelle, le lancement d'un nouveau produit, la mauvaise planification qui réduit les profits escomptés, les retards de livraison dus à une grève ou à un arrêt volontaire de travail. Les problèmes qui découlent des risques de l'entreprise relèvent de la stratégie et ne concernent pas le champ de la gestion des risques.

Les risques aléatoires (ou risques purs, statiques, accidentels, fortuits) sont des risques qui surviennent inopinément au sein de l'entreprise : un incendie ravage une usine, duquel découle un arrêt de travail, un employé est victime d'un accident automobile, une fraude est commise à l'interne par un groupe de cadres, un produit livré occasionne un accident et la responsabilité d'un employé rejaillit alors sur l'entreprise. Les risques aléatoires constituent le domaine d'activité de la gestion des risques.

L'auteur Éric Kauf<sup>6</sup> décrit ainsi les risques aléatoires, qui sont de nature accidentelle :

*Les risques aléatoires naissent du fait et à l'occasion de l'activité de l'entreprise. Ils résultent d'un événement ou d'un acte involontaire, non prévu, sinon imprévisible. Cependant, s'ils se réalisent, ils sont de nature, en raison de l'ampleur que leurs conséquences peuvent atteindre, à compromettre les objectifs de l'entreprise.*

La gestion des risques est holistique. Elle est une démarche globale. Cependant, si elle ne se réduit pas à l'assurance, dont la couverture est contractuellement limitée<sup>7</sup>, elle peut faciliter la souscription, donc la tarification, et rendre les différents marchés d'assurance plus attractifs, donc plus concurrentiels. Elle peut aussi inoculer une dose de sensibilité face aux efforts de prévention pratiqués dans les entreprises qui jumellent les garanties d'assurances et certaines techniques de rétention des risques.

L'assurance, on le conçoit, n'est pas une technique avantageuse au regard des petits sinistres. Le transfert des risques à l'industrie de l'assurance n'est véritablement efficace que devant le *jumbo risk*. Avant de transférer à l'assureur la charge des sinistres, l'entreprise se doit d'évaluer les risques peu sévères qu'elle peut assumer elle-même. L'assurance n'a pas pour fonction de régler les questions de régie interne. On n'assure pas les bitoniaux et les colifichets.

Gérer les risques vise la maîtrise rationnelle des situations comportant des aléas, des dangers. Elle implique les éléments préalablement mentionnés : l'identification des risques, ensuite leur évaluation, puis leur contrôle et leur élimination par des mesures appropriées (manuels de prévention, clauses de dégage-ment de responsabilité, refus d'assumer une assurance au nom des organismes

avec lesquels on transige, etc.) et, enfin, leur transfert ou financement. Nous aurons l'occasion d'examiner les applications de ces quatre éléments plus avant dans cette étude, dans la section intitulée « Autoassurance ».

Qu'il nous suffise ici d'énumérer simplement les quatre principales actions de la gestion des risques. Ces actions sont fondamentales.

## **LES ACTIONS (OU ÉTAPES) DANS LA GESTION DES RISQUES**

IDENTIFICATION DES RISQUES

ÉVALUATION DES RISQUES

CONTRÔLE DES RISQUES

FINANCEMENT DES RISQUES

### **• IDENTIFICATION :**

- actifs totaux, tangibles et ressources
- expositions maximales (ou menaces) aux risques (activités, obligations juridiques, obligations financières, risques politiques, etc.)
- valeurs des actifs et ressources
- mesure qualitative et quantitative des risques
- projection liée aux risques futurs

### **• ÉVALUATION :**

- détermination du montant possible du sinistre
- estimation de la probabilité de réalisation des risques
- analyse des sinistres

### **• CONTRÔLE :**

- projections proactives plutôt que réactives
- stratégies globales plutôt que sectorisées
- dispositifs techniques de prévention
- plan d'urgence
- mesures incitatives
- surveillance et suivi

### **• FINANCEMENT :**

- élaboration des politiques et procédures
- utilisation maximale des ressources internes
- politiques de rétention
- budgétisation et allocation par secteur
- non assurance délibérée ou autoassurance
- assurance



À la lumière du tableau qui précède, on constate : 1. que l'assurance, face à ces risques, et dans le cadre de ces actions, se situe à la toute fin de la chaîne ; 2. que la solution de financement, du moins en ce qui concerne les grandes entreprises, ne passe pas nécessairement par l'assurance.

Par l'assurance, on tente de financer les risques que l'on ne peut maîtriser. L'assurance ne constitue que l'une des réactions possibles, souvent la plus simple, mais peut-être aussi la plus coûteuse, devant une situation de risque. Il importe donc, sans éliminer l'assurance, d'en délimiter l'application par des franchises plus élevées ou par des limites particulières.

Par la gestion des risques, on tente de financer les risques par des moyens alternatifs à l'assurance, dans la mesure où cette dernière présente parfois des aspects accapareurs (le principal étant le niveau élevé des tarifs liés aux risques spécialisés et aux risques catastrophiques). Nous avons cru utile d'en faire ici la nomenclature, en soulignant certaines caractéristiques, en nous attardant strictement aux principes généraux.

## ■ LES HAUTES FRANCHISES

Contrairement à l'autoassurance, les franchises, si élevées soient-elles, sont du domaine de l'assurance. Elles sont arrimées au contrat d'assurance et ses règles sont fixées par l'assureur. Toutefois, elles représentent l'amorce, la première initiative mise de l'avant par l'assureur et par l'assuré pour gérer plus efficacement les risques assurables.

Les hautes franchises poursuivent deux objectifs principaux :

- elles permettent de ne pas indemniser les petits dommages qui, du fait leur fréquence, augmentent considérablement les frais de gestion des assureurs ;
- elles incitent les assurés à se responsabiliser en accroissant leur vigilance, puisqu'ils devront assumer une partie, la moins lourde, d'un sinistre assuré.

Il nous semble assez évident que toute entreprise a avantage à souscrire des franchises élevées. En effet, en plus d'avoir à déboursier les montants nécessaires au règlement des petites pertes, les sociétés d'assurance et les intermédiaires doivent assumer des frais d'administration pour l'acheminement des réclamations. Ces dépenses sont incluses lors de la détermination des primes d'assurance.

À l'inverse, par des hautes franchises, on évite ces frais, tout en réduisant la prime en proportion de la hauteur de la franchise. Une réduction de 20 % à 30 % du montant de la prime va s'accompagner, en plus, d'une économie de taxe. La souscription de hautes franchises permet de s'initier aux méthodes de prévention, tout en éliminant une série de déclarations aux assureurs et, mieux encore, d'émousser ou de nettoyer le portefeuille d'assurance des multiples petits sinistres qui auparavant l'encombraient.

Une approche dynamique couramment utilisée en assurance de responsabilité par certains assurés, notamment les associations professionnelles, consiste à retenir une franchise-groupe par sinistre en plus de la franchise individuelle. Une corporation ou une association professionnelle, par exemple, ne pouvant pas supporter totalement la survenance des sinistres au cours d'une année vraiment mauvaise, peut utiliser la franchise-groupe. L'accumulation annuelle est protégée par une entente de type *stop-loss*, dont le niveau de prise d'effet est basé sur des projections actuarielles.

Il existe aussi une autre possibilité, soit une rétention annuelle d'une partie du coût annuel des sinistres. Supposons une projection de sinistralité annuelle de 5 millions de dollars. On estime que l'entreprise va inévitablement atteindre un certain niveau, par exemple 2,5 millions de dollars. Le principe proposé à l'assuré est de lui offrir de retenir la partie certaine de la sinistralité, sans qu'il soit contraint de s'engager au niveau de la partie risquée. L'assuré retient à sa charge les premiers 2,5 millions de dollars normalement supportés par un assureur, peu importe l'ampleur de chacun des sinistres, à concurrence de la limite d'assurance par sinistre (par exemple, 250 000 dollars).

Les avantages d'une franchise-groupe par sinistre ou d'une rétention globale annuelle sont les suivants :

- Dans le cas d'une bonne expérience, l'assuré bénéficie automatiquement d'une participation au bénéfice.
- La partie retenue n'est pas sujette aux frais de chargement du marché d'assurance, à savoir : la commission du courtier, les frais d'administration de l'assureur, le profit anticipé et la taxe d'assurance.

## ■ LES PROGRAMMES À TARIFICATION RÉTROSPECTIVE

Les programmes à tarification rétrospective ou basés sur le *cash flow* sont d'inspiration américaine, constitués à l'intérieur de

certaines noyaux de risques fréquents et répétitifs, notamment dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles<sup>8</sup> ou encore dans celui des accidents routiers (il peut ainsi convenir aux propriétaires d'immenses flottes de véhicules, tels les municipalités, les commissions de transports et les grands transporteurs terrestres).

Les deux appellations anglo-saxonnes (*Retrospective Rating* et *Burning Cost*) procèdent de la même idée fondamentale, à savoir que la prime du contrat, pour une année donnée, se calcule selon une formule arrêtée à l'avance, et en fonction de sinistres survenus au cours de la même année.

Leur mécanisme est relativement simple. À l'échéance du contrat, l'entreprise verse à l'assureur une prime de base, qui représente un montant assez faible, généralement associée aux seuls frais généraux engendrés par le système et aux frais des premiers sinistres. C'est au moment où les sinistres surviennent que l'assureur procède à des appels subséquents de primes, afin de reconstituer le montant initial. Ces appels de prime peuvent survenir longtemps après la fin d'une période d'assurance donnée. La prime n'est plus fonction d'une année donnée mais des sinistres encourus au cours d'une année donnée, dont le règlement final n'est connu que longtemps après l'échéance annuelle.

L'opportunité de cette formule, qui s'aggrave avec une sinistralité plus forte que prévue, dépend du flux maîtrisé des sinistres. La connaissance précise des résultats n'intervenant que plusieurs années après une année d'assurance donnée, le système n'est envisageable que si on est capable de mesurer correctement la survenance des sinistres et de contrôler leurs coûts.

Il est donc capital, avant d'y recourir, de supputer toutes les données disponibles, d'étudier minutieusement la sinistralité historique d'une entreprise, sinon les avantages escomptés de la formule seront rapidement atrophies. Si, au cours d'une période donnée, la sinistralité baisse, le coût des assurances diminue. À l'inverse, la prime totale annuelle augmentera dans la mesure où la sinistralité sera plus forte que les sinistres moyens prévisibles.

On le voit, cette technique tend à privilégier la bonne tenue du risque, par des mesures de contrôle appropriées, conduisant à des résultats favorables, dont la tarification rétrospective a précisément pour objet de recueillir les fruits.

L'avantage pour l'assuré est que les montants de primes en attente peuvent être placés et produire des intérêts, conformément à un programme établi en accord avec l'assureur.

La formule s'applique davantage aux assurances accidents pour lesquelles l'assureur joue un rôle actif d'intermédiaire entre l'assuré et les tiers, qu'aux assurances de dommages, liés à la protection des actifs mobiliers ou immobiliers de l'entreprise.

## ■ LE PROGRAMME DE GESTION DES RÉCLAMATIONS

Un programme de gestion des réclamations consiste à faire gérer par un assureur ou un gestionnaire accrédité par des assureurs regroupés les risques liés aux réclamations de certains organismes publics (exemple, une municipalité) ou de grandes compagnies. Il s'applique essentiellement dans le cadre d'une assurance de responsabilité. Un tel programme alternatif ne trouve preneur qu'auprès d'entreprises qui subissent des réclamations fréquentes, liées à des causes similaires.

Voici comment on procède. On fait intervenir un assureur, qui émet une police conventionnelle (montant d'assurance, franchise, conditions). Parallèlement, l'assuré confie un montant d'argent à cet assureur, qualifié de dépôt. Ce dépôt sert à payer les montants de franchise et les frais de service, à concurrence d'un pourcentage établi. En vertu de ce programme, l'assuré paie à l'assureur une prime annuelle préétablie, concernant les frais de manipulation des dossiers et de gestion des réclamations. Ces montants sont indépendants du dépôt.

Lorsque le dépôt est épuisé, l'assuré ne doit plus rien à l'assureur et la garantie prévue dans la police continue jusqu'à son échéance normale. Si, à la fin de l'exercice, le dépôt n'est pas épuisé, l'assuré reçoit une ristourne.

## ■ L'AUTOASSURANCE

L'autoassurance est la méthode la plus classique d'alternative à l'assurance. Théoriquement, la démarche est simple. Il suffit d'identifier les risques ou les possibilités d'atteintes au patrimoine et de mesurer la sévérité des obligations contractuelles du point de vue de l'entreprise contractante. Ensuite, il faut évaluer l'ampleur des risques auxquels l'entreprise est confrontée. En bref, il faut

examiner toutes les menaces, directes ou indirectes, qui pèsent sur l'entreprise. Nous reprendrons distinctement ces éléments dans les pages suivantes.

La rétention des risques par l'entreprise doit être faite consciemment et non au hasard, dans l'optique d'une saine gestion. Elle ne doit pas venir en réaction à un marché volatil, tel le marché mou qui prévaut depuis le début de cette décennie. Elle est volontaire, lorsque le risque est assurable, ou involontaire, lorsque le risque est inassurable. La rétention des risques doit donc être faite non dans une perspective de non-assurance, mais plutôt d'autoassurance, c'est-à-dire de financement des risques.

Un fonds d'autoassurance est une masse monétaire permettant à l'entreprise de se prémunir elle-même en cas d'atteintes à son patrimoine si un risque aléatoire se réalise. On y puisera les montants nécessaires :

- pour l'administration du régime ;
- pour le paiement des sinistres et des frais liés aux sinistres ;
- pour le développement d'un programme de prévention.

Le rôle administratif du fonds consiste à recevoir les avis de réclamations, à ouvrir les dossiers, à vérifier les garanties applicables par le fonds, à accumuler les faits et les preuves et, enfin, à établir un montant potentiel probable, (car il peut se passer plusieurs années, notamment sur le plan de la responsabilité civile, avant que le montant payable soit connu) à établir une réserve et à faire un suivi des dossiers aux réclamants.

Le règlement consenti par le fonds doit être assujéti à certaines normes prédéterminées, similaires en quelque sorte aux conditions d'une police d'assurance :

- la nature des réclamations qui sont couvertes par le fonds ;
- les exclusions particulières, les formes d'avis et les conditions ;
- les montants payables par sinistre et le plafond annuel pour l'ensemble des réclamations.

Les diverses actions de la gestion des risques que nous avons présentées précédemment permettent d'atteindre les buts de l'autoassurance.

## **Identification des risques**

Cette étape permet d'abord d'examiner la mise en place d'un programme d'autoassurance. On doit prendre en compte la viabilité

d'un fonds (détermination du capital initial) ; le rendement du fonds (selon les pertes projetées) ; la croissance annuelle du fonds et les intérêts ; les dépenses du fonds ; les services de prévention ; l'appel à la réassurance, s'il y a lieu.

Cette première étape consiste à inventorier (par des questionnaires, interviews, etc.) les faits générateurs qui menacent l'entreprise. Les principales valeurs menacées sont les personnes, les biens immobiliers et les biens d'équipement, la situation financière (risques liés aux poursuites civiles), les éléments incorporels (par exemple, l'image de l'entreprise). L'entreprise se trouve au centre d'un champ de forces constitué par des menaces potentielles les plus diversifiées, qui prennent leur origine dans l'entreprise (menaces endogènes) ou qui proviennent de l'extérieur (menaces exogènes). Mentionnons, non limitativement, les risques naturels, les incendies, les explosions, les dommages électriques, les produits défectueux, les préjudices causés aux employés, les accidents du transport, les négligences du personnel.

#### **Évaluation des risques**

Dans une étape subséquente, dite évaluation des risques, on tente de chiffrer le montant possible des sinistres et d'estimer la probabilité de réalisation des risques aléatoires. À partir de l'analyse minutieuse d'innombrables sinistres, il faut être en mesure de comprendre l'ensemble des opérations qui conduisent à chiffrer les conséquences financières des sinistres dans une entreprise particulière.

L'évaluation est axée essentiellement sur la quantification des gros risques, qualifiés de risques de pointe. En fait, une double estimation est nécessaire :

- l'estimation des risques de pointe ;
- l'estimation des possibilités de cumul des risques de pointe.

Les méthodes de quantification s'articulent autour de trois pôles :

- pertes matérielles : celles-ci ne soulèvent pas de problèmes particulièrement difficiles puisque l'on connaît leur plafond absolu qui repose sur leur valeur intrinsèque, leur valeur marchande ou leur valeur de remplacement ;
- pertes d'exploitation qui en découlent (études comptables où sont prises en compte les charges à caractère permanent et celles à caractère proportionnel, c'est-à-dire les frais et charges liés directement à la production) ;

- pertes indirectes : pertes de marché, image de marque, problèmes sociaux (ces pertes sont difficiles à chiffrer).

Ayant prévu l'élimination de certains risques fréquents et prévisibles, on doit aussi mesurer les opportunités d'assurance. Les coûts payés à des compagnies d'assurance ne constituent qu'une partie du coût global du transfert.

Aux primes, le gestionnaire des risques devra ajouter le coût des franchises assumées par l'entreprise, le coût des sinistres non assurés, le coût des améliorations exigées par les assureurs et des mesures de prévention acceptées par l'entreprise ainsi que le coût de gestion interne du service dirigé par le gestionnaire des risques et des assurances. Il peut arriver que le transfert total des risques à une société d'assurance ne soit pas nécessairement le moyen le plus économique de se prémunir face aux aléas.

## **Contrôle des risques**

Il s'agit de mettre en relation les sinistres maximums possibles avec la capacité financière de l'entreprise par le biais de la prévention. Par prévention, on entend l'ensemble des moyens destinés à éviter la survenance de risques aléatoires. Elle suppose la mise au point d'une politique « participative » à tous les niveaux de l'entreprise et la fixation d'objectifs. Il est rarement possible d'éliminer totalement un risque. Par ailleurs, on peut en réduire la probabilité ou la fréquence ou encore, une fois le risque réalisé, en atténuer les conséquences.

Les mesures de prévention comprennent les éléments suivants :

- la mise en place de dispositifs techniques de prévention (sécurité, inspection) ;
- l'élimination de toutes les vulnérabilités structurelles (par exemple, la suppression des dangers qui comportent des possibilités d'accidents ;
- l'élaboration d'un plan d'urgence et de communication en cas de sinistre ;
- le transfert contractuel de risques à des tiers ou à des cocontractants, tel que mentionné ci-dessous.

L'autoassurance, comme toute technique de gestion des risques, tente de mesurer les moyens de prévenir les risques : la prévention est d'ordre physique ou d'ordre juridique. Elle est physique lorsque l'entreprise fait appel à des normes de contrôle ou de sécurité des biens ou des personnes. Elle est juridique lorsqu'elle transfère à d'autres des obligations contractuelles (clauses d'exonération ou

de non-responsabilité) ou lorsqu'elle tente de revoir certaines obligations contractuelles ou légales corrigibles contraignantes qui peuvent avoir un effet négatif sur la tarification.

### **Exemples de clauses contractuelles dont l'entreprise doit réévaluer les impacts**

Celles applicables aux employés : clauses de non-concurrence, clauses ayant droit à la propriété intellectuelle, clauses relatives au harcèlement sexuel.

Celles applicables aux clients : clauses d'exonération de responsabilité, clauses de limitation de responsabilité ; clauses d'abandon de recours par le cocontractant.

Celles applicables aux tiers : contrôle de la qualité, sécurité des lieux, gardiennage.

## **Financement des risques**

Le plus souvent, pour les petites entreprises, c'est le financement par l'assurance qui répondra le mieux à leurs intérêts à long terme face aux risques aléatoires.

Mais pour les grandes entreprises, la logique est d'abord d'examiner si l'entreprise peut intégrer les coûts des risques dans ses prix de revient. Par coûts des risques, on entend les investissements et frais liés à la prévention, les primes d'assurance, les dommages de toute nature qui restent à la charge de l'entreprise à la suite d'un sinistre.

Les choix de financement qui s'offrent à l'entreprise sont simples : retenir tous les risques (autoassurance complète) ou les retenir partiellement (appel à l'assurance excédentaire ou à des catégories d'assurances précises).

L'autoassurance permet de prendre une décision réfléchie sur les risques que l'entreprise veut assumer annuellement, de quantifier les risques maximums possibles pour l'entreprise (tant les sinistres réalisés – la pointe de l'iceberg – que les sinistres encourus mais non encore présentés (*Incurred But Not Reported Losses* - IBNR) – l'immense partie immergée de l'iceberg.

Un programme d'autoassurance viable est celui qui saura intégrer les données techniques du financement (situation financière, comportement historique des risques, coût des assurances traditionnelles) et conserver un rapport satisfaisant entre les chances de gains et les risques de pertes.



Parallèlement, le gestionnaire de risque doit combler, vu l'absence d'assurance, le besoin de sécurité par des mesures de protection et de prévention des risques. Il doit enfin s'affranchir d'une foule d'aléas dont il a le contrôle, en amont, à la source. Nous avons vu précédemment qu'il est appelé à traquer les clauses des contrats qui transfèrent des obligations à la charge des entreprises, en les faisant assumer par les cocontractants. Dans divers types de clauses, dites *Hold Harmless Agreements*, le cocontractant s'engage à tenir indemne l'autre partie en cas de poursuite civile due à une éventuelle négligence incombant au contractant et à ses employés.

La gestion des risques par l'autoassurance doit être cohérente et convergente avec la politique globale de l'entreprise. Le gestionnaire des risques doit faire partie des comités décisionnels, son poste doit être près du conseil d'administration, en terme de philosophie manageriale (conformité aux lois et aux normes, qualité et fiabilité du produit et des installations, décision d'abandonner certaines activités polluantes, etc.), bien qu'il relève généralement de la direction générale. Ce poste doit être en relation directe avec tous les échelons de l'entreprise (administration, exploitation, gestion du personnel, contrôle de la qualité, etc.), car l'autoassurance présuppose un travail transversal entre les différentes instances concernées au sein de l'entreprise. Elle doit répondre aux attentes légitimes de l'entreprise d'une façon satisfaisante par rapport à ses politiques, à ses contraintes budgétaires et aussi par rapport aux moyens traditionnels de garantir les risques sur une période donnée, indépendamment de la sévérité ou de la mollesse du cycle.

## ■ LES SOCIÉTÉS CAPTIVES

Les premières sociétés captives sont apparues aux États-Unis dans les années 1950, principalement du côté des sociétés pétrolières, suffisamment riches pour s'assurer elles-mêmes contre les risques survenant dans l'ensemble d'un groupe et des filiales, d'où la définition qui leur est accolée: une société captive est une filiale chargée d'assurer strictement les risques propres à l'ensemble d'un groupe auquel elle appartient. Les sommes nécessaires au paiement des primes demeurent ainsi dans le circuit financier d'une entreprise.

Les fonds mis en place dans une société captive sont similaires à ceux d'un large programme d'autoassurance, sauf qu'ils sont plus structurés. Dans le cadre d'un programme coordonné de gestion des risques, une captive peut aider un groupe à réduire le coût total des risques à long terme.

Les sociétés captives peuvent s'insérer dans l'une ou l'autre catégorie suivante :

- Les captives d'assurance. Elles pratiquent strictement l'assurance directe. Leur constitution peut être difficile du fait non seulement des coûts de gestion et administratifs, mais aussi du fait qu'elles sont assujetties à la législation, aux normes de capitalisation initiale, aux règles de souscription, aux réserves, aux normes de placement, bref à l'ensemble de la réglementation propre aux sociétés d'assurance.
- Les captives de réassurance. Leurs opérations sont limitées aux risques de réassurance. Les captives de réassurance participent aux risques de l'entreprise dans les secteurs où la quote-part des sinistres qu'elles conservent reste basse. Elles rétrocéderont sur le marché international de la réassurance la plus grande partie des risques réassurés, moyennant une prime de réassurance plus basse que celle qu'elles auraient normalement versée à un assureur de premier rang. Mentionnons une nouveauté en matière de financement des risques de réassurance : la réassurance financière. Cette technique intervient lorsqu'une société captive de réassurance a donné une garantie importante à son groupe alors qu'elle ne disposait pas de fonds suffisants, dans l'éventualité d'un sinistre majeur. Plutôt que de payer des primes énormes de réassurance pour un sinistre catastrophique très élevé mais plutôt aléatoire, la captive de réassurance demandera à un récessionnaire (réassureur traditionnel) de payer ces primes sur plusieurs années. Il s'agit, en somme, d'un crédit octroyé par un réassureur à une captive de réassurance.
- Les captives à louer. Elles sont des sociétés d'assurance existantes, capitalisées, et non des filiales de sociétés mères. Les captives à louer (*rent-a-captive*) présentent des avantages pour des entreprises moins importantes : aucun capital à fournir, aucun frais d'établissement, un accès garanti au marché de réassurance. Cependant, il n'est pas possible de consolider les fonds de la captive à louer dans le bilan de la société mère. La captive à louer n'assure aucun risque pour son propre compte, mais les réassure à 100 %.

On compte aujourd'hui près de 4 000 sociétés captives, qui ont toutes été créées en vue de répondre aux besoins particularisés de leur groupe, notamment :

- de pallier aux restrictions de garanties de certains marchés spécialisés d'assurance (pétrolier, pétrochimique, aéronautique, pharmaceutique et autres ) ou encore de combler des besoins difficilement assurables (risques politiques, risques technologiques, risques environnementaux) ;
- de se prémunir contre les fluctuations des marchés traditionnels d'assurance et de réassurance, d'un cycle à l'autre, l'assurance étant considérée, dans les cycles durs, comme une technique trop coûteuse de financement des risques ;
- d'améliorer le *cash flow* et de permettre la constitution de provisions pour sinistres futurs ;
- d'avoir un accès direct au marché de la réassurance, si la structure de la captive est conforme aux normes des réassureurs ;
- de déterminer une politique globale de sécurité dans une entreprise ;
- de centraliser la gestion des risques dans un centre de profit.

La principale motivation d'une captive, d'après les motifs ci-dessus, est surtout financière. Son intérêt réside dans le fait que le portefeuille est géré de façon globale, contrairement aux pratiques des assureurs, dont les résultats sont développés par branche, ce qui lui permet d'opérer une compensation entre l'ensemble des polices souscrites et sur l'ensemble des territoires où opèrent les filiales du groupe captif.

Mais la création d'une captive n'est pas sans danger. Telle une taupe, le consultant doit fouir en profondeur dans la sinistralité historique de l'entreprise qui recherche une telle alternative à l'assurance. On ne décide pas de créer une captive sans effectuer, au préalable, une étude de faisabilité, où sont pris en compte de nombreux éléments : la connaissance et la sévérité des risques, la vérification des capacités d'assurance et de réassurance, le niveau des rétentions acceptables par la captive (par sinistre et par période), la hauteur des réserves, les coûts associés à sa création et sa gestion, le capital de départ, la connaissance des obligations légales et réglementaires relatives à la solvabilité des sociétés d'assurance dans les pays où elles exercent des activités et, enfin, les incidences fiscales liées aux opérations d'une captive.

La réglementation fiscale diffère d'un pays à l'autre. L'implantation des sociétés captives dépendra donc de la législation en vigueur dans les différents pays, dits exotiques, permettant la création de captives (qu'il suffise de mentionner, dans la fourmière

actuelle des paradis fiscaux, les Bermudes, les Bahamas, les Îles Cayman, le Luxembourg, Dublin, l'Île de Man, Guernesey, Singapour), notamment sur le plan des provisions en franchise d'impôt destinées à faire face aux risques les plus diversifiés, qu'ils soient réalisés ou non.

En effet, tel étant le point central, alors que les provisions constituées dans le fonds d'un simple programme autoassuré ne sont pas déductibles du bénéfice imposable, tant que le sinistre n'est pas réalisé, les prélèvements annuels dans une société captive sont considérés comme des primes d'assurance, inscrites comme des charges d'exploitation, qui viennent alors en déduction du bénéfice imposable.

À l'aube d'un nouveau millénaire, de nouveaux risques émergent, qui ne trouvent pas nécessairement leurs solutions dans les programmes traditionnels d'assurance, tant sur le plan des garanties que sur le plan des montants requis. Les captives, aujourd'hui, sont matures. Outre les motifs précédemment énoncés, elles peuvent développer des capacités de financement qui complètent les garanties traditionnelles. Le décalage dans le temps entre le règlement des primes et celui des sinistres peut être utilisé à bon escient, en particulier pour faire fructifier la trésorerie. Bâtir une captive est une opération délicate et importante dont on ne peut mesurer les fruits que dans la durée.

Contrairement aux vagues de captives précédentes, la nouvelle montée des captives est liée au regroupement (*pooling*) des petites et moyennes entreprises, grugeant abondamment dans la manne des lignes mini-commerciales de l'industrie, soit celles des assureurs de première ligne.

## ■ LE FRONTING

Une société de *fronting* (assureur de façade) permet à une entreprise d'exercer une forme d'autoassurance à sa mesure financière, tout en éliminant l'aspect spéculatif et les incertitudes liées à l'autoassurance complète. Elle lui donne un accès à des assurances excédentaires, sans l'existence d'assurances de base (ou primaires)<sup>9</sup>. Une entreprise qui recherche un *fronting* doit au préalable posséder un programme d'autoassurance primaire bien ficelé.

En résumé, il s'agit d'un véhicule donnant accès aux marchés de l'assurance excédentaire qui ne seraient autrement accessibles que par des assureurs primaires conventionnels.

Cette formule nécessite le respect de certaines règles :

- la reconnaissance par un assureur excédentaire (qui devient un assureur de façade) de la capacité de l'entreprise à s'autoassurer, par une évaluation financière, par une analyse des risques et par ses méthodes de gestion ;
- la signature par les parties (l'entreprise autoassurée et l'assureur de façade) d'une convention qui détermine les engagements des deux parties dans leur nouvelle relation d'affaire ; à titre d'exemple, la convention prévoira que l'entreprise accepte de payer à l'assureur de façade les montants d'assurances de base que ce dernier sera appelé à payer comme assureur ;
- le dépôt par l'entreprise d'une garantie financière (par exemple, une lettre irrévocable de crédit bancaire) en faveur de l'assureur de façade ;
- un droit de regard de l'assureur de façade sur l'évolution de la sinistralité de l'entreprise<sup>10</sup> ;
- le paiement de frais inhérents à la convention (*fronting fees*).

Sur le plan fiscal, il semble maintenant clair, car la question a longtemps été l'objet de controverse, que les primes payées par l'entreprise à l'assureur de façade ne sont pas déductibles d'impôt dans la mesure où elles ne sont pas considérées par le fisc comme une contrepartie pour régler les sinistres.<sup>11</sup>

Il faut signaler, en terminant cette partie, que le *fronting* n'est pas utilisé strictement par les entreprises autoassurées. D'une part, les sociétés d'assurance non autorisées à émettre des contrats d'assurance dans un pays donné (*non admitted market*) peuvent faire appel à des assureurs de façade, possédant les permis d'opérer dans tel pays. D'autre part, les sociétés dites captives peuvent également y recourir, dans certains pays en particulier qui exigent des assureurs autorisés (*admitted market*). Plus encore, certaines sociétés d'assurance dûment autorisées peuvent aussi faire appel à des assureurs de façade au regard de la souscription de certains programmes spécialisés, qui ne cadrent pas très bien avec leurs opérations normales, ou qui peuvent déstabiliser leurs activités.

## ■ LE PROGRAMME DE PROTECTION GLOBALE DES ACTIFS

Selon les conditions de ce programme, connu sous les noms de *Cash Conservation Plan (C.C.P.)* ou encore de *Corporate Asset*

*Corporation Plan (C.A.P.)*, les assureurs couvrent globalement les actifs d'une grande entreprise, immobiliers et mobiliers, terrestres et maritimes, tangibles ou financiers, plutôt que de garantir les dommages pris individuellement.

En vertu de ce concept, l'entreprise assume elle-même un montant préalablement déterminé pris comme franchise absolue sur tous les risques de l'entreprise. L'assureur prend en charge l'excédent. La philosophie d'un plan C.A.P. est liée essentiellement aux risques catastrophiques, d'où l'importance de la franchise, mais il se distingue des programmes assurés en ceci que l'assurance C.A.P. joue un rôle de protection absolue, au niveau des avoirs corporatifs des actionnaires, plutôt qu'au niveau des classes de risques assurables traditionnelles. Le but est de protéger l'entreprise par le biais de ses actifs financiers plutôt que par celui de ses actifs tangibles.

Cette formule est extrêmement souple. Elle peut être attachée soit à un programme d'assurance, à un programme d'autoassurance, à une société captive, à un assureur de façade, ou à un programme à tarification rétrospective.

Les avantages qu'un programme C.A.P. peut apporter sont les suivants :

- gestion simplifiée des assurances : une seule police est émise, comportant une seule date de renouvellement, une seule franchise, une seule prime, qui couvre tous les actifs de l'entreprise ;
- diminution possible du coût d'assurance, grâce au pouvoir d'achat obtenu par la combinaison des garanties et par le niveau de la franchise ;
- élargissement des garanties, puisqu'elle aborde les risques d'une façon différente des assurances traditionnelles ;
- stabilité face à un mauvais risque, car une perte ne peut avoir un impact défavorable sur le rapport sinistres à primes ;
- réduction des dépenses d'expertise en sinistre et des frais d'intermédiaires (commissions, gestion des réclamations).

Le but essentiel d'un programme C.A.P. est d'apporter une stabilité, en terme de protection, à partir d'un montant qu'une entreprise peut absorber au cours d'une année. Supposons qu'une analyse préalable à l'implantation du programme démontre qu'une entreprise a assumé, au cours des trois années précédentes, des réclamations moyennes de 420 000 \$ (un maximum de 720 000 \$ et un minimum de 210 000 \$). Dès lors, un montant de 500 000 \$

pourrait être considéré comme acceptable, à titre de plafond annuel. De plus, le programme pourrait prévoir un plafond par sinistre de 50 000 \$ ou encore de 100 000 \$, à être déterminé actuariellement, en fonction de l'analyse des réclamations antérieures, de leur fréquence et autres considérations.

## ■ LE TRANSFERT DES RISQUES PAR LE BIAIS DES MARCHÉS FINANCIERS

Le potentiel de sinistres inhérents aux catastrophes naturelles est énorme, à tel point qu'il a mis à rude épreuve la capacité des marchés traditionnels de réassurance, étioyée par des résultats souvent néfastes. Les marchés financiers, qui possèdent des liquidités énormes, représentent une première tentative permettant de négocier des risques d'assurance en dehors du marché traditionnel.

La revue *Sigma* (No 5/1996) estimait, en 1996, que le transfert dit alternatif des risques catastrophiques par le biais de la titrisation ou des instruments financiers dérivés procurait un afflux de capital se situant entre 30 et 40 milliards de dollars en vue de couvrir les risques catastrophiques survenant aux États-Unis. D'après différents modèles de simulation, rapportait *Sigma*, le seuil des sinistres engendrés par les risques catastrophiques durant la prochaine décennie pourrait atteindre 100 milliards de dollars. Cette capacité ne manque pas d'impressionner. Si l'on considère strictement la valeur des titres échangés aux États-Unis, elle s'élevait, au milieu de cette décennie, à quelque 20 milliards de dollars.

On comprendra aisément l'inquiétude de l'ensemble des marchés américains d'assurance de dommages, qui disposaient, en 1996, face à ce cumul de sinistres potentiels, de fonds propres comptabilisés s'élevant à 200 milliards de dollars, la part stricte du marché de la réassurance américaine n'étant alors que de 20 milliards de dollars.

Dans ce contexte, la négociation des risques catastrophiques ne peut plus se limiter aux marchés traditionnels. Elle s'étend à des marchés financiers, dits alternatifs. Voici quelques initiatives :

- l'introduction, au début de cette décennie, de contrats à terme sur indices de sinistres catastrophiques du Chicago Board of Trade et la négociation d'options correspondantes ;
- quelques années plus tard, une deuxième génération de produits dérivés, plus affinée, a été lancée : les contrats à

option (*Cat Insurance Options*) de cette seconde génération se fondaient sur des indices de sinistres catastrophiques quotidiennement définis, sur l'ensemble du territoire américain, permettant ainsi une meilleure différenciation géographique ;

- subséquemment, on créa à New York, en 1996, une nouvelle bourse des risques catastrophiques, la *Catastrophe Risk Exchange* (CATEX), caractérisée par des transactions électroniques de transfert de risques par des porteurs les plus diversifiés (assureurs, réassureurs, grands courtiers, sociétés captives, grandes entreprises) ;
- enfin, une troisième génération de placements privés a pris un essor considérable, celui de modèles de titrisation, issus du milieu bancaire, dont l'objectif était de faire participer les investisseurs à certains risques catastrophiques, de façon directe, hors bourse, en leur proposant des emprunts dont la rémunération est basée sur l'évolution des sinistres. L'emprunt *Earthquake Risk Bond* sert de modèle de titrisation. Il fut surtout destiné à la couverture des risques de séismes en Californie. Il a été prévu de procéder à trois émissions successives, étalées sur un an, offertes à l'ensemble des marchés internationaux d'assurance et de réassurance. En achetant ces *bonds*, l'investisseur doit assumer les risques de séismes californiens pendant quatre ans au minimum.

Tous ces mécanismes, si attractifs soient-ils, présentent un obstacle majeur, similaire à tous les autres véhicules alternatifs à l'assurance : la fiscalité. Ces produits financiers, considérés comme de simples instruments de placement, et non des instruments de réassurance, ne peuvent figurer dans les comptes techniques, ce qui les désavantage sur le plan fiscal.

Il est encore trop tôt pour dire si les produits assurantiels dérivés et la titrisation des risques catastrophiques ont un avenir parallèle à l'assurance autour du globe. Peut-être pas, selon les experts, s'ils restent cantonnés comme simples instruments de spéculation. Ils restent néanmoins une amorce intéressante de solution aux problèmes de capacité, face aux sinistres catastrophiques, qui sont énormes.

Depuis peu, les marchés financiers semblent s'orienter non seulement du côté des catastrophes, mais encore dans le champ des risques répétitifs, à faible sévérité mais à haute fréquence (flottes de véhicules, accidents du travail). Ils ont donc une bonne chance de



succès à long terme, tant du point de vue de l'assurance que de la finance, d'autant plus qu'ils transiteront plus facilement par l'émergence de la bancassurance et par la globalisation des marchés.

On assiste aussi, depuis quelques années, à l'entrée en force de solutions financières, dont le fer de lance est la réassurance financière. Le traité le plus connu dans ce domaine est le *Finite Risk Reinsurance*, utilisée principalement par les sociétés d'assurance et les grandes entreprises autoassurées.

La réassurance financière consiste à lisser les pertes encourues suite à la réalisation d'un événement sur une période donnée (par exemple, de cinq à dix ans). Elle lie une cédante à un réassureur, mais contrairement à la technique classique de la réassurance qui équilibre les résultats dans l'espace, en les mutualisant, la réassurance financière a pour objet de préfinancer ou de postfinancer un sinistre qui a de fortes chances de se produire sur une période donnée. Les bénéfices financiers générés par la prime sont au coeur du dispositif. La cédante a la possibilité de récupérer une partie de la prime en cas de résultats bénéficiaires.

Dans le *Finite Risk*<sup>12</sup>, l'engagement du réassureur est toujours limité, à la fois sur une base annuelle et en cumul sur la durée du traité. La banque garantit contractuellement, moyennant une prime, un certain montant au-delà de la réassurance financière et interviendra, à la hauteur de cette limite, au cas où un sinistre catastrophique excède l'engagement annuel du réassureur.

Le gestionnaire de risques devra exercer son activité avec beaucoup de circonspection pour mesurer pleinement si ces différentes démarches financières peuvent résoudre les tribulations des marchés traditionnels en regard des sinistres de catastrophes. Elles ne pourront être utilisées efficacement par le gestionnaire de risques, que s'il peut assumer efficacement la dimension risque et la dimension financière. En effet, dans cette perspective, il devra non seulement utiliser son expertise technique et de prévention, mais également se doter d'un chapeau de planificateur financier.

Pour conclure sur les marchés financiers, dont nous n'avons fait qu'esquisser à grands traits les principales composantes, qu'il nous suffise de nous référer à nouveau à la prestigieuse revue *Sigma* (No 5/1996) :

À se précipiter sur les dérivés d'assurance ou les risques catastrophiques titrisés, on serait vite taxé de spéculateur. Mais en les négligeant, on arriverait au même résultat. En effet, ces produits permettent, mieux que tout autre instrument dit alternatif, de diminuer la volatilité des portefeuilles, même si, pris isolément, ils représentent un énorme risque de fluctuation.

Les investisseurs prudents, aiguillonnés autant par leurs connaissances que par leur intuition, peuvent avoir du mal à admettre cette logique, surtout après la faillite spectaculaire qui a anéanti la *Baring Bank*, qui a perdu plus de deux milliards de dollars US sur des *futures* et des *options* basés sur l'indice Nikkéi. Même si le message est mauvais, cela n'enlève rien à la véracité du message.

Les spécialistes de *Sigma* ajoutent :

Il n'empêche qu'en dosant correctement les risques inhérents aux assurances « catastrophes », on parvient à améliorer le potentiel de rendement des portefeuilles (22,5 % par an) tout en diminuant le risque global (9,56 % par an).

(Note : Tel que démontré, dans l'étude, par la figure 11).

## ■ CONCLUSION

L'assurance est vieille comme le monde, puisqu'on en retrouve les premiers éléments, il y a plusieurs siècles, dans les activités maritimes des marchands chinois (5 siècles avant notre ère). Longtemps après, l'assurance fit l'objet d'une codification par les Babyloniens (an 1750 avant J.-C.). Une reformulation, plus moderne, fut entreprise par les Ligues hanséatiques de la Baltique et de la Mer du Nord (XII<sup>e</sup> au XVII<sup>e</sup> s.).

L'assurance contemporaine, qui a pris un essor fulgurant en Angleterre d'abord, puis dans les pays capitalistes, au XVIII<sup>e</sup> siècle, n'est pas appelée à disparaître. Elle joue un rôle fondamental dans la société. On ne peut réduire l'assurance aux seules dimensions économiques et financières. Les divers rôles de l'assurance ne peuvent être perçus à l'intérieur de paramètres précis, mais on admet qu'ils ont tous trait à des règles de vie sociale et économique visant la protection des personnes physiques ou morales.

Parmi ces règles, la société régit d'abord la propriété, l'usage et la circulation de biens. L'assurance sert à la nation en contribuant à la sécurité des personnes et de leur patrimoine. Plus concrètement, l'assurance de dommages est utile aux citoyens d'un État, agissant seuls ou collectivement, car elle élimine l'incertitude qu'engendre l'accumulation des biens ou les aléas des activités civiles ou professionnelles.

Les grandes entreprises ont droit, depuis peu, à un marché duopolistique : les marchés d'assurance (incluant la réassurance) et

les marchés financiers. En effet, à côté des systèmes de mutualité que représentent l'assurance et des systèmes de marchés captifs (de même acabit que les systèmes d'autoassurance, mais plus structurés), on assiste aujourd'hui à l'entrée en force de marchés financiers, qualifiés d'alternatifs, justement parce qu'ils ont pour rôle de compléter certains besoins de protection particulièrement aigus, dont au premier chef, les risques climatiques et les risques environnementaux qui ne cessent de croître en quantité et en sévérité.

De la réassurance financière aux instruments financiers dérivés, les marchés financiers offrent des capacités énormes et justement recherchées. Les entreprises peuvent aussi avoir recours à des montages financiers qui combinent réassurance financière et emprunt bancaire.

Tel est le cas, notamment du *finite risk reinsurance*, une technique alternative de financement des risques où l'engagement du réassureur, matiné avec celui du banquier, est limité, ainsi que son nom le dit, comme nous l'avons vu dans cette étude, à la fois sur une base annuelle et sur la durée du traité. La combinaison réassurance/emprunt bancaire est un montage sophistiqué qui devra être jugé prudemment et avec maîtrise par le gestionnaire de risques.

Le marché des instruments financiers, ce vivier rempli d'opportunités, est devenu, après différentes étapes, extrêmement performant, que ce soit sur le plan des *futures*, initié sur le marché boursier de Chicago au début de cette décennie, ou des modèles de titrisation applicables aux risques catastrophiques, ou encore des *options*, un marché raffiné appliqué aux assurances.

La maîtrise des risques dans l'entreprise, pour être efficace, est globale et multidisciplinaire, puisqu'elle fait appel à plusieurs spécialistes, qu'ils soient juristes, comptables, économistes, techniciens ou gestionnaires de risques (et depuis peu financiers), qui n'ont d'autres choix que de travailler en étroite collaboration. La maîtrise des risques sert à souhait les trois parties liées à la sécurité du patrimoine corporatif : l'assuré, l'assureur et l'autoassuré.

Les marchés alternatifs s'apprécient fondamentalement dans l'une des étapes de la gestion des risques, soit le financement. Ils concernent plus particulièrement les risques dits catastrophiques (risque spatial, risque pétrolier, risques environnementaux), pour lesquels les capacités des marchés traditionnels d'assurance et de réassurance sont insuffisantes. Les plus importantes sources de financement se retrouvent aujourd'hui dans les marchés boursiers et bancaires, d'où leur qualification de systèmes de financements

alternatifs des risques. Ces nouvelles sources ne sont cependant pas une panacée universelle. Le financement des risques doit être évalué et réévalué continuellement. Le fait de recourir aux marchés alternatifs ne signifie pas que la sécurité d'une entreprise est réglée d'une façon absolue. Les nouveaux instruments de financement, en s'abonnant, sont devenus de plus en plus sophistiqués. Mais ils ne peuvent être véritablement attractifs que s'ils répondent de façon adéquate à des besoins très particularisés.

## □ Bibliographie

### MONOGRAPHIES

- CHARBONNIER, Jacques, *La gestion de sécurité de l'entreprise*, Éd. L'Argus, 1976.
- CHARBONNIER, Jacques, *Manuel d'audit de l'assurance des entreprises*, Éd. L'Argus, 1988.
- GEORGIA CHAPTER C.P.C.U., *The Hold Harmless Agreement*, The National Underwriter Co., 1997.
- GOLDEN GATE CHAPTER, C.P.C.U., *The Alternative Market*, International Risk Management Institute, Inc., 1994.
- HARRINGTON, Scott E. et NIEHAUS, Gregory R., *Risk Management and Insurance*, Irwin - Mc Graw-Hill, 1999.
- KAUF, Érik, *La maîtrise des risques*, Éd. L'Argus, 1997.
- LEVICK, Dwight E., *Risk Management and Insurance Audit Techniques*, The John Liner Organization, 1988.
- WILLIAMS, Arthur C., Jr., *Risk Management and Insurance*, seventh edition, McGraw-Hill, Inc., 1995.

### PÉRIODIQUES OU CONFÉRENCES

- BOLLIER, V., « Les contrats à tarification rétrospective », Conférence MCE, No 3410-64, L'Assurance dans un Monde en Mutation, 1997, Dubrovnik, Yougoslavie.
- BOWERS, Barbara, « The New Face of the Alternative Market », *Best's Review P/C*, February 1999, p. 29.
- CHARBONNIER, Jacques, « Le financement des risques », *ARGUS International*, No. 62, p. 258.
- CORONE, Stéphane et BOONE, Ariane, « La validité et la portée limitée des franchises », *L'Argus*, 5 juin 1998, p. 34.
- DEFRANCE, Gérard, Les contrats à montants limités, *L'Argus*, 17 mai 1996, p. 31.
- DOFFAGNE, Francis, « Clauses d'exonération et limitation de responsabilité », *Principium*, 2/92, p. 14.
- DOHERTY, Neil A., « Corporate Insurance: Competition from Capital Markets and Financial Institution », *Assurances*, Avril 1997, N° 1, p. 63.

- ÉTOURNEAU, Claire, « Les financements des risques dits “ inassurables ” », *L'Assurance française*, N° 720, avril 1996, p. 23.
- LEFEBVRE, Wilfrid et CHARETTE, Jules, « Les sociétés captives et la fiscalité canadienne », *Canadian Tax Journal/Revue fiscale canadienne*, May-June 1997/mai-juin 1997, p. 651.
- LEMOINE, Sandrine, « La montée des captives », *L'Argus*, 4 sept. 1992, p. 63.
- MATHER, William L., « Alternatives to Insurance », Panel Discussion (with the participation of Mr. William L. Mather, Mr. Frank J. Tasco and Mr. Paul F. Butler), September Rendez-Vous 1987, Monte-Carlo.
- QUINLEY, Kevin M., « 12 Common Mistakes Risk Manager Make », *The Risk Report*, Vol. XVIII, No. 10, International Risk Management Institute, February 1997.
- RIGGIN, Donald J., « Evaluating Group Alternative Risk Funding Options », *The Risk Report*, Vol. XIX, No. 6, International Risk Management Institute, February 1997.
- RIGGIN, Donald J., « Finite Risk Reinsurance », *The Risk Report*, Vol. XX, No. 5, International Risk Management Institute, January 1998.
- SIGMA, No 5/1996, « Le transfert des risques par le biais des marchés financiers : de nouvelles perspectives pour couvrir les risques catastrophiques aux États-Unis », une publication de Suisse de Réassurance.
- ZAJDENWEBER, Daniel, « Commentaires sur l'article de Neil A. Doherty (“ Corporate Insurance: Competition from Capital Markets and Financial Institution ”) », *Assurances*, Avril 1998, N° 1, p. 123.

## □ Notes

1. Les entreprises canadiennes, dans leur grande majorité, restent confinées aux marchés d'assurance traditionnels.
2. Pour preuve, et à titre simplement indicatif, les fabricants, manufacturiers ou distributeurs sont maintenant assujettis, dans le nouveau Code civil du Québec, à une obligation de sécurité et celle-ci est d'autant plus lourde qu'une présomption de défaut de sécurité pèse automatiquement sur eux. Face à une telle responsabilité « objective », les victimes d'un défaut de sécurité jouissent désormais d'un fardeau de preuve beaucoup moins contraignant qu'auparavant. Voir les articles 1468 C.c.Q. et 1469 C.c.Q.
3. Erik Kauf, *La Maîtrise des Risques*, L'Argus, 1977.
4. Le mot risque peut prendre divers sens. Dans l'étude qui nous occupe, il se rapproche du sinistre. Le risque est la résultante d'un événement imprévu et involontaire.
5. Dans un grand magasin, on constata que de nombreuses réclamations de tiers ayant trait à des blessures corporelles survenaient à un même endroit : l'entrée secondaire du magasin, accessible par un escalier très accentué. On constata que la hauteur des marches n'était pas réglementaire. Il devenait, dès lors, très simple d'y remédier et d'éliminer presque entièrement ce type de réclamations.
6. Érik Kauf, *La maîtrise des risques*, L'Argus, 1977, p. 30.
7. Seuls les risques purs sont assurables traditionnellement. Les risques commerciaux ou financiers sont inassurables sur les marchés conventionnels.
8. Alors que les accidents du travail et les maladies professionnelles sont, au Canada, du domaine public, ils relèvent, aux États-Unis, de l'industrie de l'assurance. La formule ici discutée est donc très prospère chez nos voisins américains.

9. Traditionnellement, pour accéder aux marchés excédentaires, l'entreprise doit posséder, au plan primaire, un contrat d'assurance de responsabilité d'au moins un million de dollars par événement.

10. À cet égard, la convention doit être clairement rédigée, car cet aspect représente souvent une source de conflit entre l'entreprise et l'assureur de façade.

11. *Clougherty Packing Co. v Commissioner*, 811 F2d 1297 (9th Cir 1987) aff'g 84 TC 948 ; *Helvering v Le Gierse*.

12. Il ne semble pas exister pas actuellement de traduction française de ce terme, qui évoque la notion de montant limité ou fini (contrat à montant limité).

# UNE ANALYSE DES SYSTÈMES BONUS-MALUS EN ASSURANCE AUTOMOBILE

par Jean Pinquet

## RÉSUMÉ

Les systèmes bonus-malus, comme toutes les règles de tarification *a posteriori* en assurance, reposent sur deux motivations qui sont rappelées dans ce papier. D'une part, ils rendent compte d'une contagion positive observée sur les variables de risque. Ils s'imposent alors aux assureurs opérant dans un environnement concurrentiel. D'autre part, leurs effets d'incitation à la prudence en font des éléments importants d'une politique de sécurité routière. Pour conclure, cet article évoque certains problèmes soulevés par la déréglementation tarifaire.

*Mots clés* : contagion observée, contagion apparente et réelle, crédibilité, bonus-malus.

## ABSTRACT

*Bonus-malus systems and experience rating schemes in insurance rest on two motivations, which are described in this paper. On one hand, they result from a positive contagion observed on risk variables. Their use is then mandatory in a competitive setting. On the other hand, they entail incentives to careful driving. As such, they are an important tool of a road safety policy. As a conclusion, this paper addresses some problems raised by rating deregulation.*

*Keywords* : *observed contagion, apparent and real contagion, credibility, bonus-malus.*

---

### L'auteur :

Jean Pinquet est professeur au THEMA, Université de Paris X-Nanterre.

## ■ BONUS-MALUS ET CRÉDIBILITÉ

La mesure des risques est au cœur du métier d'actuaire. Cette profession a vu le jour avec les premières tables de mortalité établies par Halley pour mesurer le risque viager. Le décès d'un individu est un événement unique, et son apparition met fin au risque. Il en va différemment d'autres types d'événements couverts par des contrats d'assurance, tels les dommages causés à des individus ou à des biens. Dans ce contexte, il est naturel de chercher à utiliser l'historique de l'individu dans la prédiction du risque futur.

Un actuaire américain, Whitney (1918), eut l'intuition d'une réponse possible. Travaillant à la tarification de contrats d'assurance d'ouvriers face aux accidents du travail, il remarqua de grandes disparités entre les taux de sinistres observés sur les diverses branches d'activité. Il proposa pour chaque branche une prime calculée à partir d'une moyenne pondérée entre le coût moyen dans la branche et le coût moyen global. Il appela «crédibilité» le poids associé à l'historique individuel (celui de la branche) dans le calcul de la prime.

Tous les systèmes de tarification *a posteriori* utilisés par les compagnies d'assurance peuvent s'interpréter ainsi. Prenons l'exemple du système bonus-malus pour l'automobile encore en vigueur en France. Une prime d'assurance auto est le produit d'une prime de base et d'un coefficient dit de réduction-majoration. Ce coefficient vaut un pour un conducteur débutant. Après un an, le coefficient vaut 0,95 si aucun sinistre responsable n'a été déclaré, et 1,25 s'il y en a eu un. En l'absence de sinistres, le coefficient de 0,95 peut être vu comme une moyenne pondérée de 1 (le coefficient initial) et de 0 (la fréquence observée). Le poids de 5 % associé à l'historique individuel dans cette moyenne est la crédibilité accordée à cet historique dans la prédiction. Du point de vue de l'assuré, cette crédibilité s'interprète bien sûr comme un bonus.

L'interprétation dans ces termes d'un malus suite à sinistre repose sur une prime fréquence, estimation de la fréquence annuelle des sinistres. Cette prime peut être calculée, soit comme une moyenne sur l'échantillon, soit en fonction de caractéristiques individuelles avec un modèle de régression. Supposons qu'un conducteur débutant ait déclaré un sinistre durant sa première année de conduite, et que sa prime-fréquence soit de 0,1. À la fin de la première année, le coefficient de réduction-majoration devient égal à 1,25. Il s'obtient comme une moyenne pondérée de 1, le coefficient initial, et de  $10 = 1/0,1$ , rapport entre le nombre de sinistres et la prime-fréquence. Ce ratio résume l'historique individuel, et la crédibilité qui lui est accordée est de  $0,25/9$ , soit environ 2,8 %.



## ■ PRÉDICTION SUR DONNÉES LONGITUDINALES : LE POINT DE VUE DES ACTUAIRES ET DES STATISTICIENS

La prédiction des risques individuels par les modèles actuariels s'obtient en deux étapes. Une population de contrats ayant été observée, on commence dans un premier temps par évaluer les risques à partir d'une analyse transversale du portefeuille. On obtient alors une évaluation *a priori* du risque qui peut s'interpréter comme une moyenne globale, laquelle est calculée conditionnellement aux variables de tarification de la période courante. Dans un deuxième temps, on donne une crédibilité à l'historique individuel, et on obtient une tarification *a posteriori*. L'historique est le plus souvent résumé par un «rapport sinistres à primes», quotient de la variable mesurant les sinistres individuels (nombre, coût), et de l'estimation de l'espérance mathématique de cette variable.

L'école statistique classique, suite aux travaux de Charles Stein, a abordé ce problème avec une démarche inverse. La prédiction part des moyennes individuelles, puis les «rétrécit» autour de la moyenne globale. Prenons l'exemple donné par Efron et Morris (1977), qui porte sur les performances de dix-huit joueurs de baseball jouant en première division aux États-Unis. Il s'agit de prédire leur «moyenne au bâton», c'est-à-dire le rapport entre le nombre de coups frappés et le nombre d'essais. Cette moyenne a d'abord été observée sur les quarante-cinq premiers essais de l'année 1970 pour chacun de ces joueurs, et on veut en déduire une prédiction de la moyenne sur l'ensemble de la saison. On note  $y_i$  la moyenne du joueur  $i$  sur les quarante-cinq premiers essais et  $\bar{y}$  la moyenne des  $y_i$  (elle est égale à 0,265). L'analyse des données conduit les auteurs à prédire la moyenne du joueur  $i$  pour l'ensemble de la saison 1970 par la variable

$$z_i = \bar{y} + (0,212 \times (y_i - \bar{y})) = (1 - 0,212) \times \bar{y} + (0,212 \times y_i).$$

Le coefficient : 0,212 = 21,2 % peut être vu à la fois comme un facteur de rétrécissement autour de la moyenne globale, et comme une crédibilité accordée aux quarante-cinq premiers essais de chaque joueur dans la prédiction de la «moyenne au bâton». Les auteurs vérifient par ailleurs que  $z_i$  est bien meilleur que  $y_i$  pour la prédiction de la moyenne au bâton du joueur numéro  $i$  sur l'ensemble de la saison. En comparant ces résultats avec ceux de la section précédente, on constate que la révélation par l'expérience de la performance d'un joueur de base-ball est beaucoup plus rapide que celle du risque d'un automobiliste.

Les deux approches précitées produisent des résultats de même nature. Si les points de départ sont différents, c'est que les statuts donnés aux individus diffèrent. Les amateurs ont des connaissances *a priori* sur les sportifs de haut niveau, et il est logique de prendre l'historique individuel comme point de départ dans la prédiction. Il est clair que, pour prédire les performances de Michael Jordan sur une saison de basket-ball, il est plus raisonnable de partir du passé de Michael Jordan que de la moyenne des joueurs de la NBA! Un assuré automobile est, lui, un anonyme, et il ne révélera que très partiellement son niveau de risque, même après plusieurs années d'observation.

Dans les deux approches en tout cas, on peut parler de crédibilité accordée à l'historique individuel dans la prédiction. Le problème de l'actuaire est d'avoir des règles de calcul de ce coefficient. Celui-ci doit croître avec l'exposition au risque de l'individu, qui est fonction de la durée d'observation et de la fréquence des sinistres. Un autre facteur joue dans le calcul de la crédibilité, qui résulte des modèles sous-tendant les calculs. Les actuaires ont une approche Bayésienne, qui consiste à partir d'une famille de lois de risque, et à «mélanger» les lois. Un mélange de lois peut se traduire de deux manières différentes.

- Il peut refléter une connaissance sur les données qui pré-existe à leur observation. On peut penser par exemple à une affirmation du type «les jeunes hommes sont des conducteurs plus risqués que les jeunes femmes». Ces croyances sur les données s'expriment par une loi *a priori* sur les paramètres des lois. Les croyances sont révisées après observation des données, et on calcule la vraisemblance (likelihood) d'une loi *a posteriori* sur les paramètres. Cette approche est celle des «likelihoodistes» (Jeffreys, 1939). Elle n'est pas très pertinente pour l'assurance automobile, car le nombre important de variables de tarification rend difficile la traduction de croyances sur les données en termes de lois sur les paramètres.
- Le mélange des lois peut aussi représenter une hétérogénéité inobservée. À l'inverse de l'approche likelihoodiste, il traduit une ignorance des données. Dans ce cas, la loi de mélange n'est pas une donnée, mais est estimée à partir des observations dans une approche «fréquentiste». C'est cette démarche qui s'impose dans les problèmes d'assurance.

Revenons au calcul de la crédibilité donnée à l'historique individuel dans la prédiction. Outre l'exposition au risque de l'individu, c'est l'intensité du mélange (mesurée par une variance dans le cas

le plus simple) qui détermine la crédibilité. Les difficultés techniques se situent à ce niveau. Il n'est pas toujours simple d'estimer les paramètres de la loi de mélange. Par ailleurs, il n'est pas toujours possible d'estimer une loi de mélange non dégénérée à partir des données.

## ■ L'HISTORIQUE D'UN INDIVIDU COMME FACTEUR DE RÉVÉLATION OU DE MODIFICATION DE SES LOIS DE RISQUE

La démarche de prédiction exposée dans la section précédente considère que les historiques individuels révèlent des caractéristiques cachées des lois de risque. En assurance automobile, on peut penser à des facteurs inobservés d'exposition au risque tels que le kilométrage annuel. Il y a aussi et surtout le comportement au volant, lié au niveau d'instinct de conservation et qui diffère considérablement d'un individu à l'autre.

Une autre interprétation du passé d'un individu peut être donnée, qui rend très difficile l'élucidation de la nature des données. L'historique d'un individu peut modifier aussi bien que révéler ses lois de risque. Le comportement au volant peut d'ailleurs s'interpréter de ces deux points de vue. Suite à un accident automobile, un assuré peut modifier sa perception des risques, et s'assagir. Le système de tarification peut induire un effet semblable. Suite à un sinistre, la plupart des systèmes bonus-malus conduisent à une hausse des pénalités générées par les sinistres futurs. Cette sanction financière potentielle devrait également conduire les automobilistes à «lever le pied» suite à la déclaration d'un sinistre. On devrait donc avoir une «contagion négative» sur les nombres de sinistres. Or ce qui est toujours observé en assurance automobile est une «contagion positive» : les conducteurs ayant déclaré des sinistres dans le passé en auront plus dans le futur que les autres assurés. Si l'interprétation du passé comme facteur de modification des lois de risque ne correspond pas aux observations, c'est donc que la première interprétation l'emporte. La contagion positive observée sur les nombres de sinistres déclarés s'explique d'abord par la révélation dans le temps de caractéristiques cachées sur les lois de risque.

Prenons un exemple chiffré : supposons que des conducteurs aient été observés sur deux années consécutives. On sépare le portefeuille en deux parties : ceux qui n'ont pas eu d'accidents responsables en première période (c'est la grande majorité), et ceux qui en

ont eu un ou plus. Pour simplifier les interprétations ultérieures, on ne conservera dans la deuxième partie du portefeuille que ceux qui ont eu un accident. En deuxième période, les assurés qui avaient déclaré un sinistre en première période s'avéreront plus risqués que les autres. En pratique, leur fréquence moyenne de sinistres sera supérieure d'au moins 50 % à celle des conducteurs qui n'avaient pas déclaré de sinistre. On observe ainsi une contagion positive, qui n'est pas contradictoire avec la contagion négative supposée sur les individus réels. L'observation des conducteurs en première période les aura révélés sur des facteurs de risque inobservables: kilométrage annuel, instinct de conservation... Ceux qui ont déclaré un accident en première période étaient nécessairement plus risqués de ce point de vue.

La contagion positive observée sur les variables de risque justifie les systèmes bonus-malus du point de vue de l'équité actuarielle. Un malus suite à sinistre n'est pas vu comme une punition, mais comme une réévaluation du risque. Ces mesures d'équité sont inévitables dans un contexte concurrentiel, qui rend difficile pour un assureur les subventions croisées entre classes de risque. Du point de vue de la puissance publique, c'est l'aspect «punition-récompense» du bonus-malus qui importe, pour atteindre des objectifs de sécurité routière. Les «expériences naturelles» (on reviendra sur ce terme) observées récemment indiquent que ces systèmes ont un réel effet incitatif. Au Québec par exemple, la tarification de la garantie dommages corporels – dont la SAAQ a le monopole – intègre depuis 1992 l'historique des infractions récentes. Depuis cette date, on a observé une baisse de 20 % de la fréquence des sinistres corporels (Dionne-Vanasse, 1997). Dans le même ordre d'idées, citons une expérience menée en Californie (Saccomano et Shortreed, 1996). Les camionneurs de cet état se sont vus offrir une reconduction gratuite de leur licence de conduite pour chaque année sans accident responsable. Suite à la place de ce système incitatif, la fréquence des accidents a diminué de plus de 20 %, la baisse étant plus importante encore pour les jeunes conducteurs.

L'interprétation des résultats précédents soulève toutefois un problème. On a comparé des observations à des dates différentes, et la baisse de la fréquence pourrait s'expliquer aussi par un effet de génération. Pour pallier cet inconvénient, il faudrait observer deux politiques de tarification simultanément. La comparaison des résultats serait licite s'il n'y avait pas de biais de sélection, ce qui impliquerait que les assurés n'aient pas le choix de la tarification. En enrôlant les individus dans différents systèmes de tarification, on effectuerait une expérience contrôlée, alors que les exemples québécois et californiens relèvent d'une expérience naturelle. Dans

un environnement concurrentiel, une expérience contrôlée coûte fort cher, car il faut proposer les différentes garanties à des prix très inférieurs à ceux du marché pour obtenir une adhésion quasi systématique. L'exemple le plus célèbre d'expérience contrôlée en économie est celle effectuée par la Rand Corporation (Newhouse, 1993), qui a étudié l'influence du niveau de couverture en assurance santé sur la demande de soins. À la connaissance de l'auteur, il n'y a jamais eu d'expérience contrôlée sur les systèmes de tarification automobile.

Ce qui précède a trait aux effets incitatifs moyens d'un système bonus-malus, ou procédant d'une logique «punition-récompense». La mesure d'effets de contagion réelle suite à un sinistre soulève les mêmes difficultés que la mesure des effets moyens. Reprenons l'exemple des conducteurs observés sur deux périodes, et scindés en deux classes suivant leur comportement en première période. Les conducteurs ayant déclaré un sinistre sont plus risqués que les autres sur la base des critères observables, et retenus dans la tarification : profession, zone de résidence, type de véhicule... Ce surcroît de risque serait de l'ordre de 10 % sur données réelles. Si le rapport entre les deux classes des fréquences de sinistres en deuxième période était de 1,54, il resterait 40 % de contagion positive inexplicée par la grille de tarification. Ces 40 % s'interpréteraient comme un malus relatif. Mais il existe une infinité de manières de décomposer cette contagion observée en contagion apparente et contagion réelle. Si la contagion réelle est supposée négative, on doit considérer que le surcroît de risque révélé par la déclaration du sinistre en première période dépasse 40 %. Comme pour l'effet moyen, la seule manière d'évaluer la contagion réelle serait de comparer deux populations. S'agissant de l'expérience québécoise, une baisse en 1992 de la contagion observée pourrait s'interpréter comme un effet de contagion négative induit par la tarification mise en place cette année-là. Comme pour l'effet moyen, les résultats seraient sujets à caution car les observations ne sont pas simultanées.

Pour conclure cette section, comparons les outils requis pour le calcul et l'évaluation d'un système bonus-malus.

- La construction d'un système bonus-malus sur un principe d'équité actuarielle est un travail de statisticien. C'est l'une des distractions favorites de l'auteur de cet article (Pinquet, 1999). La prédiction des risques est intimement liée à la description des données effectuée par le modèle statistique. Comme on l'a rappelé, ce point de vue est d'abord celui des assureurs privés.

- L'évaluation des effets incitatifs d'un système bonus-malus intéresse au premier chef la puissance publique. Cette évaluation ne pose pas de problèmes statistiques complexes (tout le monde ne partage pas l'avis de l'auteur sur cette question). C'est d'informations dont on a besoin, et pas de méthodes pour obtenir des résultats. Les expériences naturelles ou contrôlées sont de nature à apporter ces informations.

## ■ CONCLUSIONS

Concluons par quelques remarques sur la valeur informative d'un système bonus-malus. Dans les pays où ces systèmes sont encore réglementés, l'assuré dispose d'un résumé de son comportement passé dont il peut faire état s'il veut changer d'assureur. À l'heure où les systèmes bonus-malus réglementés vont probablement disparaître en Europe, certains font valoir que la suppression de tout résumé du comportement individuel accessible aux acteurs du marché pourrait créer des rentes d'information. Un bon conducteur pourrait se voir refuser par sa compagnie d'assurance des bonis auxquels il aurait droit. En effet, si la compagnie disposait d'une information privée, elle ne se verrait pas contrainte de pratiquer une vérité des prix par le jeu de la concurrence (cf. Kunreuther et Pauly, 1985). La nécessité d'une information sur les comportements qui soit accessible à tous les acteurs du marché fera certainement l'objet de débats chez les professionnels et les académiques.

## □ Bibliographie

- DIONNE, G., et C. VANASSE. (1997), «The Role of Memory and Saving in Long-Term Contracting with Moral Hazard: An Empirical Evidence in Automobile Insurance», Mimeo, Risk Management Chair, HEC-Montreal.
- EFRON, B. et MORRIS, C. (1977). «Stein's Paradox in Statistics», *Scientific American* 236, 119-127.
- JEFFREYS, H. (1939). *Theory of probability*. Oxford University Press.
- KUNREUTHER, H. et PAULY, M.V. (1985). «Market Equilibrium with Private Knowledge: An Insurance Example», *Journal of Public Economics* 26, 269-288. Réimprimé dans *Foundations of Insurance Economics*, Kluwer Academic Publishers (éditeurs : G. Dionne et S. Harrington).
- NEWHOUSE, J.P. (1993). *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment*. Harvard University Press.
- PINQUET, J. (1999). «Experience Rating through Heterogeneous Models», à paraître dans *Handbook of Insurance* (éditeur: G. Dionne) Kluwer Academic Publishers.
- SACCOMANO, F. et J. SHORTREED, J. (1996). *Truck safety: Perceptions and Reality*. Institute for Risk Research, University of Waterloo.
- WHITNEY, A.W. (1918). «The Theory of Experience Rating», *Proceedings of the Casualty Actuarial Society*.





# DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME EXPERT DE DÉTECTION AUTOMATIQUE DE LA FRAUDE À L'ASSURANCE AUTOMOBILE

El Bachir Belhadji et Georges Dionne

## RÉSUMÉ

Le but de cette étude est de développer un outil d'aide à la décision permettant aux enquêteurs des compagnies d'assurance d'être mieux équipés pour combattre la fraude à l'assurance. Cet outil est basé sur l'utilisation de façon systématique des indicateurs de fraude. Dans une première étape, nous proposons une procédure afin d'isoler les indicateurs les plus significatifs pour prédire la probabilité qu'un dossier soit frauduleux. Nous avons appliqué la procédure aux données recueillies de l'enquête Dionne-Belhadji (1996). Le modèle nous a permis de constater que 19 des 50 indicateurs utilisés étaient significatifs pour prédire la probabilité de fraude. Nous avons également discuté de la précision et de la capacité de détection du modèle. Cette discussion avait comme point de référence les taux de détection obtenus des enquêteurs ayant participé à l'enquête. Or, comme démontré dans Caron-Dionne (1997), il est possible que ces taux représentent une sous-estimation de la fraude.

Dans une seconde étape, nous avons préparé un logiciel qui permet d'utiliser les résultats du modèle statistique afin de calculer les probabilités de fraude des dossiers, et de décider de l'opportunité d'effectuer ou non une enquête approfondie. Ce logiciel contient l'équation mathématique et les valeurs des paramètres calculés par le modèle Probit. Comme indiqué dans le rapport, ces paramètres reflètent les données des entreprises qui ont participé à l'enquête et non nécessairement celles d'une compagnie en particulier. Il n'est pas évident que les mêmes indicateurs soient significatifs, ni même que les valeurs des coefficients soient les mêmes pour un assureur en particulier. Il est recommandé de refaire une enquête systématique à partir des dossiers de l'assureur qui veut utiliser le logiciel.

---

### Les auteurs :

El-Bachir Belhadji est conseiller à Conseils et vérification Canada.

Georges Dionne est titulaire de la Chaire de gestion des risques, professeur de finance à l'École des Hautes Études Commerciales et chercheur associé au Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal.

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement accordé par le Bureau d'Assurance du Canada (BAC-Québec). Nous remercions M. Raymond Medza pour sa collaboration à différentes étapes de l'étude, ainsi que MM. Gilles Chevrier de Axa Assurances et Gilles Beaulieu de Axa Boréal pour leur aide dans la recherche de certaines informations utiles. Un arbitre nous a aidés à améliorer la première version.

Une fois le logiciel adapté à un assureur, celui-ci peut être utilisé facilement par les enquêteurs; il s'agira d'entrer les indicateurs présents dans les dossiers. Ce logiciel calculera la probabilité de fraude du dossier et aidera l'enquêteur à décider de la pertinence d'effectuer une enquête approfondie.

Une disquette contenant le logiciel proposé est disponible auprès des auteurs. Elle peut être utilisée sur un «pc» doté du système d'exploitation Windows95/NT et d'un navigateur Web. Une procédure d'installation est également disponible.

*Mots clés* : Fraude à l'assurance, indicateurs, Probit, logiciel

#### ABSTRACT

*The goal of this study is to develop a tool to aid insurance company adjusters in their decision making and to ensure that they are better equipped to fight fraud. This tool is based on the systematic use of fraud indicators. We first propose a procedure to isolate those indicators which are most significant in predicting the probability that a claim may be fraudulent. We applied the procedure to data collected in the Dionne-Belhadji study (1996). The model allowed us to observe that 19 of the 50 indicators used were significant in predicting the probability of fraud. Our study also discusses the model's accuracy and detection capability. The detection rates obtained by the adjusters who participated in the study constitute the reference point of this discussion. As shown in Caron-Dionne (1997), there is the possibility that these rates underestimate the level of fraud.*

*Our second step was to develop a software allowing us to use the results of the statistical model to estimate the probability of fraud in files and to decide whether or not an in-depth investigation should be conducted. This software contains the mathematical equation and the parameters calculated by the Probit model. As indicated in the report, these parameters reflect the data from all the firms having participated in the study and not from any one company in particular. It is not obvious that the same indicators would be significant or even that the coefficients would be the same for an insurer in particular. Any insurer wishing to use the software is advised to carry out a systematic study of the company's own files.*

*Once adapted to the insurer's use, the software can easily be used by claims adjusters. It would then be a matter of entering the indicators present in the files. The software will calculate the probability of fraud in a file and help the adjuster to decide whether an in-depth investigation is warranted.*

*A floppy disk containing the software proposed is available from the authors. It can be used on a PC with a Windows 95/NT system and a Web navigator. Procedures for installing the software are also available from the authors.*

*Keywords* : Insurance Fraud, Indicators, Probit, Software

## ■ INTRODUCTION

Le but de cette recherche est de développer un outil d'aide à la décision qui permettra aux professionnels enquêteurs des compagnies d'assurance de détecter la fraude de façon automatique (son application dans ce rapport est limitée au secteur automobile).

Le travail consiste en la mise en place d'un système informatique simple qui permet à l'enquêteur de générer la probabilité de fraude de chaque dossier étudié. En effet, après avoir déterminé les indicateurs de fraude les plus significatifs, ainsi que leurs poids respectifs, nous avons formulé une fonction qui lie ces indicateurs à une probabilité de fraude.

Afin de rendre le système facile d'utilisation, nous avons développé une interface qui fait le lien entre la fonction décrite ci-dessus et les indicateurs de fraude que l'enquêteur doit entrer sur le système.

Nous proposons le développement d'un logiciel convivial qui aura une interface graphique semblable aux formulaires traditionnellement utilisés lors de sondages. L'utilisateur fournira à l'écran les informations requises pour les différents indicateurs. Le score de fraude (probabilité) apparaîtra en bas de la «feuille questionnaire». Sur la base de cette probabilité, les superviseurs peuvent décider (ou non) de mener une enquête approfondie pour certains dossiers. Une partie complémentaire a été développée afin de connaître la rentabilité d'une poursuite d'enquête pour chaque cas particulier. Cette deuxième partie reste cependant une partie exploratoire, du fait de l'absence de certaines données.

Il est important de souligner que le modèle ne peut pas être appliqué directement par une entreprise car les paramètres utilisés proviennent de calculs effectués avec les données de l'industrie (voir Dionne et Belhadji, 1996). L'utilisateur potentiel devra préalablement refaire une enquête semblable à partir de la totalité de ses dossiers sur une période donnée (ou d'un échantillon aléatoire) et ensuite, recalculer les paramètres correspondants.

Ce rapport est divisé en quatre sections. Dans la première section, nous décrivons la procédure d'échantillonnage des dossiers. Dans la section II, nous revoyons la littérature sur les indicateurs de fraude et nous motivons notre choix des indicateurs retenus. Puis nous calculons les paramètres qui nous permettent de dégager les indicateurs significatifs pour prédire la probabilité qu'un dossier contienne de la fraude. La section III utilise les paramètres (qui sont statistiquement significatifs) pour calculer les probabilités de fraude

des différents dossiers. Cette section explique aussi les procédures à suivre pour se constituer un échantillon de dossiers à réviser, en fonction du budget alloué à la fraude par la compagnie. Finalement, cette section commente l'importance de la fraude si on se fie exclusivement à notre modèle. Une courte conclusion termine l'article.

## ■ PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

Dans cette section, nous étudierons, de façon successive, le degré de représentativité de notre échantillon, la manière dont l'enquête s'est déroulée, les notions de fraude suspecte et établie, ainsi que les méthodes qui nous ont permis de sélectionner l'échantillon actuel.

### Représentativité de l'échantillon

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

Ces entreprises ont accepté d'analyser en détail des dossiers de réclamations fermés afin de nous transmettre différentes informations utiles à la compréhension du phénomène de la fraude. Leur collaboration nous a également permis d'évaluer, d'une part, l'importance de la fraude et d'étudier, d'autre part, les principaux indicateurs de celle-ci en assurance automobile.

### Déroulement de l'enquête

Les dossiers ont été choisis au hasard parmi tous les dossiers fermés durant la période du 1<sup>er</sup> avril 1994 au 31 mars 1995. Le nombre de questionnaires alloués à une compagnie était proportionnel à sa part de marché. Nous avons suggéré aux entreprises une méthode d'échantillonnage aléatoire (décrite dans Dionne et Belhadji, 1996).

L'enquête a eu lieu au printemps 1995. Le choix des enquêteurs pour répondre aux questionnaires a été fait par les assureurs. Nous leur avons demandé de désigner les enquêteurs qui avaient traité les dossiers échantillonnés. Des procédures rigoureuses ont été mises en place pour conserver l'anonymat des enquêteurs et des compagnies.

Les dix-huit compagnies nous ont retourné 2 509 questionnaires complétés, ce qui correspond à un taux de réponse de 98 % pour les 18 compagnies participantes. Le tableau 1 donne la répartition des dossiers reçus en fonction des compagnies qui ont répondu.

<b>TABLEAU I NOMBRE DE QUESTIONNAIRES REÇUS DES DIFFÉRENTES COMPAGNIES</b>		
<b>No Cie</b>	<b>Nombre de questionnaires complétés</b>	<b>% échantillon</b>
1	100	4
2	89	4
3	166	7
4	108	4
5	274	11
6	48	2
7	370	15
9	45	2
10	39	2
11	60	2
12	275	11
13	346	14
15	69	3
16	39	2
17	100	4
18	40	2
19	161	6
20	180	7
<b>Total</b>	<b>2 509</b>	<b>100</b>

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

Le tableau 2 donne le nombre de cas de fraude établie et suspecte. Ces nombres reflètent l'opinion des enquêteurs qui ont répondu aux questionnaires. Par fraude établie, nous entendons qu'il y a eu effectivement fraude pour un dossier particulier, qu'il y ait eu ou non poursuite. Une fraude est suspecte si l'enquêteur avait des soupçons de fraude pendant le traitement du dossier mais le dossier n'a pas fait l'objet d'une enquête plus approfondie afin d'établir la fraude.

## **Échantillon retenu pour l'analyse des indicateurs**

Une des questions à laquelle il fallait répondre (question 17) consistait en un dénombrement de certaines caractéristiques de dossiers que nous avons alors appelés «indicateurs de fraude». Une liste de 50 indicateurs était proposée aux enquêteurs, qui devaient sélectionner ceux correspondants à chaque dossier en inscrivant leurs numéros respectifs. Lors de la saisie de données, il a été remarqué que certains enquêteurs ne rentraient jamais d'indicateurs, et ce, quel que soit le dossier qu'ils étudiaient. Il y avait deux raisons qui pouvaient expliquer ces actions : soit qu'aucun des 50 indicateurs ne s'appliquait à aucun des dossiers de ces enquêteurs, ou bien que ces derniers ne voyaient pas la pertinence de la question et ne mettaient jamais d'indicateurs. Notons que la liste des 50 indicateurs a peut-être découragé certains enquêteurs, qui ont alors préféré s'abstenir de répondre à la question 17. Afin de résoudre ce problème, nous avons décidé de limiter notre échantillon à l'ensemble des dossiers qui ont été complétés par des enquêteurs ayant inscrit au moins un indicateur parmi tous les dossiers qu'ils ont remplis. Les dossiers d'un enquêteur particulier étaient tous retenus si au moins un des dossiers comportait au moins un indicateur. Cette procédure nous a permis d'écartier un possible biais des réponses associé au fait que des enquêteurs n'ont pas répondu à la question. Cette façon de procéder a le mérite d'enlever les dossiers de ceux qui n'ont pas cru bon de répondre à la question, mais elle est radicale dans le sens qu'elle peut avoir éliminé des dossiers qui ne contenaient pas d'indicateurs, alors que l'enquêteur était disposé à répondre à la question. Dans cet article, nous avons retenu cette méthode, mais d'autres avenues de correction ont été proposées (Belhadji, Dionne, Tharkani, 1998). Enfin, ce processus d'élimination a résulté en un échantillon plus petit que l'échantillon d'origine : on est passé de 2 509 cas à 2 068 cas, dont la répartition est présentée au tableau 2. Nous avons donc perdu 441 observations.

**TABLEAU 2**  
**CLASSEMENT DES DOSSIERS**

Classe- ment	N	S	E	$\frac{S+E}{N+S+E}$	$\frac{E}{N+S+E}$	N+S+E
	Non fraude	Fraude suspectée	Fraude établie			
Total	1 937	113	18	6,33 %	0,87 %	2 068

## ■ IMPORTANCE DES INDICATEURS DE FRAUDE

Le but de l'enquête administrée au printemps 1995 était double : d'une part, elle consistait en une évaluation de l'importance de la fraude à l'assurance automobile<sup>1</sup> et d'autre part, elle visait l'élaboration d'un système expert de détection automatique de la fraude. Cette deuxième partie de l'étude s'appuie sur la détermination d'un ensemble d'indicateurs qui sont significatifs dans la détection et la suspicion de la fraude. C'est dans cette section que nous allons motiver le choix des indicateurs retenus, ainsi que les critères qui nous ont obligés à en écarter certains.

### □ Choix des indicateurs

Comme indiqué plus haut, nous avons présenté aux enquêteurs une liste de 50 indicateurs de fraude. Nous leur avons demandé d'inclure un ou plusieurs indicateurs dans tout dossier présentant une ou plusieurs de ces caractéristiques.

Les 50 indicateurs sont énumérés en annexe et classés par catégories. Les indicateurs inscrits en gras sont ceux qui sont significatifs pour expliquer la probabilité que le dossier soit frauduleux.

Dans la littérature sur les indicateurs, il existe très peu d'évidence empirique qui pourrait nous démontrer scientifiquement la pertinence de certains indicateurs de fraude par rapport à d'autres. C'est aussi la raison pour laquelle nous nous sommes intéressés à ce sujet.

La liste que nous avons mise sur pied (voir annexe) et qui a été incluse dans le questionnaire à l'intention des enquêteurs-régisseurs, était basée sur la littérature existante au moment où nous rédigeons notre questionnaire.

Notre liste a été dressée à partir de deux types de littérature : d'une part, une littérature appliquée où on a essayé de montrer les indicateurs pertinents et, d'autre part, une littérature qui se base sur

le vécu des professionnels de l'assurance. Parmi la littérature appliquée, notons le travail du «*Florida Institute Research Center, 1991*» de l'Université de Floride. Cette étude a porté sur la fraude à l'assurance automobile en Floride. Ses auteurs ont calculé des probabilités conditionnelles de fraude pour chacun des 90 indicateurs proposés dans leur liste. Certains d'entre eux s'appliquaient à très peu de dossiers (moins de 10) et nous avons dû les éliminer. Nous avons retenu tous les indicateurs pertinents aux couvertures (chapitres) offertes au Canada et dont la probabilité conditionnelle de fraude était supérieure à 10 %. Notons cependant que cette étude américaine n'a à aucun moment étudié tous les indicateurs en même temps : elle a seulement calculé des probabilités de fraude étant donné qu'un indicateur déterminé est présent dans le dossier (un seul indicateur à la fois).

L'autre étude, Weisberg et Derrig, 1993, nous a servi à compléter notre liste en choisissant les indicateurs qui étaient significatifs. Cette étude, qui emploie une régression multiple, possède le défaut du choix d'un échantillon non aléatoire de dossiers.

Afin que notre liste contienne une composante professionnelle, nous nous sommes basés sur des études descriptives menées pour le compte du Bureau d'Assurance du Canada, du SACA et d'une note interne sur les indicateurs du *Property and Casualty Claims Services*, mars 1993. L'idée de la sélection était de reprendre les indicateurs communs à plusieurs études différentes.

Enfin, afin de rajouter une composante proche du marché québécois de l'assurance automobile à notre étude, nous avons discuté avec des responsables d'entreprises qui nous ont révélé leurs indicateurs les plus utilisés.

C'est donc à partir de ces études et discussions que la liste des 50 indicateurs qui se trouve en annexe a été dressée.

#### **Critères de limitation du nombre des indicateurs à inclure dans la régression**

Étant donné que le nombre d'indicateurs de notre liste était très élevé, nous avons voulu trouver un moyen de réduire celui-ci afin de pouvoir inclure dans nos régressions un nombre raisonnable d'indicateurs. Le moyen qui nous semblait le plus efficace et qui, selon nous, éliminerait les indicateurs non pertinents, serait de calculer les probabilités conditionnelles de fraude pour chacun des indicateurs. Le tableau 3 indique ces probabilités conditionnelles. La colonne 1 reporte le numéro d'indicateur tel qu'il est reproduit



en annexe. À chaque indicateur, nous avons attribué un nom : celui-ci est inscrit dans la deuxième colonne. La troisième colonne reprend, quant à elle, le nombre total de dossiers où l'indicateur (numéro «1» par exemple) est inscrit. La quatrième colonne est similaire à la colonne qui la précède, sauf que le nombre inscrit est celui des dossiers étiquetés E (fraude établie) ou S (fraude suspecte). Enfin, la dernière colonne retrace la probabilité que le dossier soit frauduleux étant donné qu'un indicateur précis (exemple : *police*) est présent : ce chiffre est obtenu en divisant le nombre de la quatrième colonne par celui de la troisième.

Notons que des intervalles de confiance peuvent être calculés à partir des données du tableau ci-dessous. Pour tous les estimés du tableau, des écarts types peuvent être calculés comme suit :

$$\sqrt{\frac{\hat{p}(1 - \hat{p})}{n}}$$

où  $\hat{p}$  est la valeur de l'estimé et « $n$ » est la fréquence de cet indicateur en particulier (3<sup>e</sup> colonne). L'intervalle de confiance sera donc :

$$\left[ \hat{p} - Z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{P}(1 - \hat{P})}{n}}; \hat{p} + Z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\frac{\hat{P}(1 - \hat{P})}{n}} \right]$$

où  $Z_{\frac{\alpha}{2}}$  est le  $1 - \alpha/2$  percentile d'une loi normale.

L'écart type de l'estimé de l'indicateur numéro 3, par exemple, se calcule comme suit :

$$\sqrt{\frac{(0,316)(0,684)}{57}} = 0,062$$

L'intervalle de confiance à 95 % de l'estimé de cet indicateur serait donc de :

$$\{0,316 - 1,96(0,062); 0,316 + 1,96(0,062)\}$$

ou bien : {19,5 % ; 43,7 %}

Ce tableau, qui n'était qu'une ligne directrice dans le choix des indicateurs, nous a permis d'éliminer tous les indicateurs qui étaient présents dans 10 dossiers et moins. C'est ainsi qu'il ne faudrait pas interpréter les indicateurs possédant un astérisque (5<sup>e</sup> colonne) comme étant non significatifs car ils ont été écartés pour des raisons d'insuffisance de données. Toute étude ultérieure qui porterait sur un grand nombre de dossiers (beaucoup plus que 2 500 dossiers) devrait les inclure afin de les tester.

**TABLEAU 3**  
**PROBABILITÉ CONDITIONNELLE DE FRAUDE (E OU S)**  
**ÉTANT DONNÉ QUE L'INDICATEUR «X» EST PRÉSENT**

Numéro	Indicateur	Nombre total	Nombre (E + S)	Probabilité conditionnelle %
1	Police	363	34	9,40
2	Mineur	74	6	8,10
3	Incoh	57	18	31,60
4	Vole	32	12	37,50
5	Recent	80	7	8,75
6	Facture	30	3	10,00
7	Interet	71	13	18,31
8	Commer	24	3	12,50
9	Etendu	41	5	12,20
10	Agent	148	9	6,08
11	Diffic	43	16	37,21
12	Occup	7	3	42,86*
13	Recoit	71	12	16,90
14	Petit	15	8	53,33
15	Rapide	56	15	26,79
16	Jargon	48	13	27,08
17	Deplace	19	7	36,84
18	Enthou	17	8	47,06
19	Proche	87	13	14,94
20	Loi68	3	0	0,00*
21	Taxi	17	7	41,18
22	Preuve	19	12	63,16
23	Coupabl	15	5	33,33
24	Histoir	14	7	50,00
25	Tierce	22	2	9,09
26	Docum	21	5	23,81
27	Memega	21	2	9,52
28	Represe	4	1	25,00*
29	Repare	20	3	15,00
30	Temoig	97	19	19,59
31	Nie	13	4	30,77
32	Seul	142	19	13,38
33	Nonide	69	7	10,14
34	Garanti	9	3	33,33*
35	Loue	3	2	66,66*
36	Contact	8	3	37,50*
37	Signe	34	4	11,76
38	Rembour	6	3	50,00*
39	Comptan	33	8	24,24
40	Chomage	18	7	38,88
41	Retrouv	6	3	50,00*
42	Surassu	8	0	0,00*
43	Prim	1	1	1,00*
44	Motel	1	0	0,00*
45	Agressi	26	9	34,62
46	Refuse	15	1	6,66
47	Nerveu	42	17	40,48
48	Beauco	129	12	9,30
49	Titre	5	2	40,00*
50	Precede	7	2	28,57*

\* Il faut être prudent en interprétant ces résultats car ils contiennent 10 cas et moins.

Notons que ce tableau n'est pas suffisant pour indiquer la possibilité de fraude car les différents indicateurs sont pris isolément. Une régression qui prendrait en compte tous les indicateurs présents dans un dossier serait préférable. C'est ce que nous ferons dans les régressions *Probit* qui vont suivre. Elles permettront de déterminer les indicateurs les plus significatifs : ceux-ci sont reproduits en gras dans l'annexe.

## □ **Modèle de régression et résultats**

Le modèle probit que nous utilisons suppose une variable de réponse  $y_i^*$ , définie par la relation suivante :

$$y_i^* = b' x_i + u_i$$

où  $y_i^*$  est non observable. Le vecteur  $x_i$ , représente les indicateurs présents dans le dossier, alors que le vecteur  $b'$  renferme les valeurs de leurs paramètres.

Nous observons cependant la variable binaire  $y$  qui est définie par :

$$y = 1 \quad \text{si } y_i^* > 0$$

$$y = 0 \quad \text{autrement.}$$

Dans notre cas particulier :

$y = 1$  si le dossier a été jugé frauduleux (soupçon ou fraude établie)

$$y = 0 \quad \text{autrement.}$$

Il s'ensuit que :

$$\text{prob}(y_i = 1) = \text{prob}(u_i > -b' x_i)$$

$$= 1 - F(-b' x_i)$$

où  $F$  est la fonction de distribution cumulative de  $u$ . La fonction de vraisemblance sera donc :

$$L = \prod_{y_i=0} F(-b' x_i) \prod_{y_i=1} [1 - F(-b' x_i)]$$

Dans le modèle Probit,  $u_i$  suit une loi normale  $N(0, \sigma^2)$ . Dans ce cas :

$$F(-b' x_i) = \int_{-\infty}^{-\frac{b' x_i}{\sigma}} \frac{1}{(2\pi)^{1/2}} \exp\left(-\frac{t^2}{2}\right) dt$$

Les résultats de la régression Probit sont reportés au tableau 4. Dans ce tableau, seuls les indicateurs significatifs sont présentés. Ce sont ces indicateurs qui seront utilisés pour calculer les probabilités de fraude des dossiers. La première et la seconde colonnes donnent respectivement les numéros et les noms des indicateurs retenus. La troisième colonne présente les coefficients estimés, alors que la dernière indique le niveau de signification de ces coefficients. Il est à noter que les indicateurs suivis du chiffre 1 sont ceux qui ont été jugés comme étant les plus importants par l'enquêteur. Par contre, les indicateurs suivis du chiffre 2 représentent ceux dont le classement par ordre d'importance se situe entre 2 et 12.

**TABLEAU 4**  
**RÉSULTATS DE L'ESTIMATION DU MODÈLE PROBIT**

No	Indicateurs	Coefficients	t
	<b>constante</b>	<b>2,53842</b>	<b>23,87243</b>
2	MINEUR	0,65360	2,88309
*	SANCOL	0,44192	3,14714
4	VOLE	1,26659	4,60894
11	DIFFIC2	0,83390	2,60732
14	PETIT	1,13099	2,78572
16	JARGON2	0,90678	3,19590
18	ENTHOU	1,58303	4,75648
19	PROCHE	0,63276	3,23234
21	TAXI	0,72584	1,89837
22	PREUVE	1,64896	4,79668
26	DOCUM	1,24422	3,68028
30	TEMOIG2	1,03962	3,69397
32	SEUL	0,69536	4,19627
39	COMPTAN	0,81779	2,83649
45	AGRESSI	0,93629	3,10616
47	NERVEU	1,04607	4,49000
**	SANOPOL	0,57129	3,95309
3	INCOH1	1,80978	7,86276
11	DIFFIC1	1,89913	2,34950
16	JARGON1	1,18581	3,03581
30	TEMOIG1	0,95626	4,24095

\* Sinistre sans collision.

\*\* Sinistre avec collision et dont la réclamation n'a pas été accompagnée par un rapport de police, alors que celui-ci était nécessaire.

## ■ MODÈLE OÙ SEULES LES PRÉVISIONS DES ENQUÊTEURS SONT PERTINENTES

Dans un premier temps, nous comparerons les prédictions de notre modèle aux résultats de l'enquête, ensuite nous proposerons des exemples de prise de décision quant aux poursuites éventuelles d'enquêtes.

### □ Comparaison des résultats de régression à ceux de l'enquête

On compare les prédictions de notre modèle aux décisions des enquêteurs quant à leurs suspicions, lesquelles suspicions sont considérées comme étant complètes et qu'il n'y a pas d'autre fraude (ou suspicions) dans les échantillons considérés.

Le modèle que nous avons utilisé a généré des probabilités de fraude pour chaque dossier. Celles-ci varient entre 0,69 % (aucun indicateur) et 99,30 %. Pour l'instant, nous n'avons pas utilisé d'intervalle de confiance.

En choisissant le seuil de probabilité à partir duquel on décide d'examiner les dossiers de plus près, on détermine implicitement le taux de détection de la fraude, ainsi que le taux de précision des cas supposés frauduleux par le modèle.

Nous savons que parmi les 2 068 dossiers de réclamations examinés, les enquêteurs ont trouvé 131 cas soupçonnés ou établis frauduleux. Ceci nous donne un taux de fraude de 6,33 %<sup>2</sup>.

Prenons par exemple le seuil de probabilité de 10 %. À un niveau de 10 %, le modèle génère 336 cas de fraude. Parmi ces 336 cas, les enquêteurs ont soupçonné (et/ou établi) 98 cas de fraude. Le taux de classification correct de fraude est donc égal à 29,17 % (ou 98/336). Par ailleurs, les cas classés «non fraude» par le modèle sont au nombre de 1 732 (ou 2068-336). Parmi ceux-ci, 1 699 cas sont classés «non frauduleux» par les enquêteurs, un taux de classification correct de 98,09 % (ou 1699/1732). Afin de connaître la proportion de l'échantillon à sélectionner, on se base sur le taux de fraude de l'industrie<sup>3</sup>. La compagnie va sélectionner un pourcentage «X» de dossiers à revoir, qui va être calculé en résolvant l'équation suivante :

$$\alpha \cdot X \% + (1 - \beta) (1 - X \%) = 6,33 \%$$

où :

$\alpha$  : est le taux (en %) de précision des cas de fraude obtenu du modèle. Dans le cas où le seuil est égal à 10 %, ce taux est égal à 29,17 %.

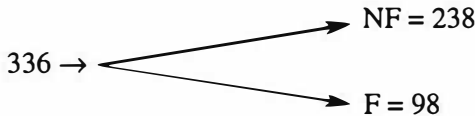
$\beta$  : est le taux (en %) de précision des cas non frauduleux selon le modèle. Dans le cas où le seuil de probabilité est de 10 %, ce taux est égal à 98,09 % .

Notons que l'équation ci-dessus comporte deux parties : la première partie, notée  $\alpha \cdot X$  %, exprime le pourcentage de fraude (tel que prédit par le modèle) parmi les cas sélectionnés (cas où la probabilité de fraude est supérieure au seuil). La deuxième partie, notée  $(1 - \beta) (1 - X)$  %, exprime, quant à elle, la proportion de fraude détectée par les enquêteurs, mais qui est en bas du seuil choisi (cas non sélectionnés pour révision).

En résolvant par exemple l'équation ci-dessus on obtiendra, pour un seuil de 10 %, un taux d'échantillon à réexaminer,  $X$ , égal à 16,21 %.

Récapitulons :

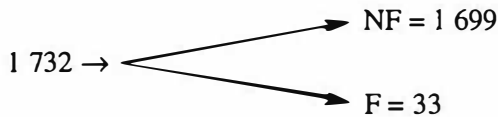
Pour un niveau seuil de probabilité de fraude de 10 %, on devrait sélectionner 336 cas (selon le modèle de régression); parmi ceux-ci, les enquêteurs ont trouvé que 98 cas étaient frauduleux et 238 non frauduleux, c'est-à-dire :



Taux de l'échantillon à réexaminer =  $X = 16,21$  %.

Taux de précision des cas de fraudes (F) :  $98/336 = 29,17$  %.

Le nombre de dossiers en bas de ce seuil de 10 % est égal (selon le modèle) à 1 732. Parmi ceux-ci, 1 699 cas sont classés non frauduleux par les enquêteurs :



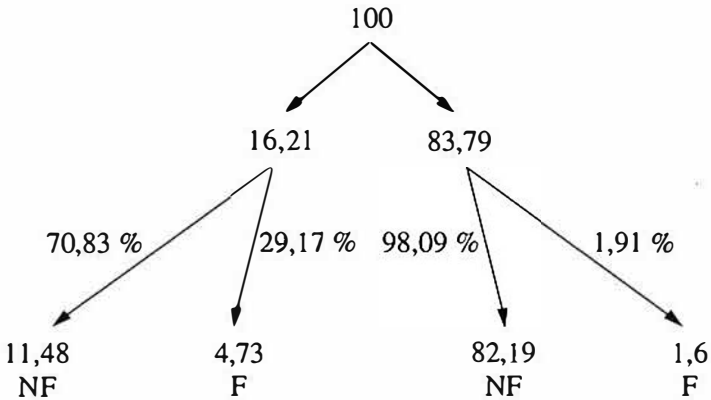
Taux de précision des «non fraude» (NF) =  $1\ 699/1\ 732 = 98,09$  %.

#### **Décision d'enquête**

Nous proposons maintenant un modèle de décision d'enquête.

À un seuil de probabilité  $P=10$  %, l'entreprise devrait sélectionner 16,21 % de ses réclamations afin de les réexaminer, si elle considère qu'elle possède un taux de fraude équivalent à celui de l'industrie et égal à 6,33 %.

Ainsi sur 100 réclamations, on aura les résultats suivants :

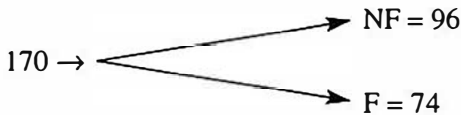


Taux de fraude total =  $4,73 \% + 1,6 \% = 6,33 \% ^4$

Taux de précision des cas de fraude (F) =  $29,17 \%$   
(voir le calcul ci-dessus)

Taux de détection =  $4,73\% / 6,33 \% = 74,72 \%$ .

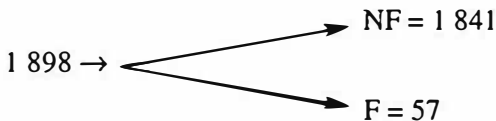
De la même manière et pour un seuil de probabilité  $P = 20\%$ , le modèle détecte 170 cas de fraude. De ceux-ci, 74 ont été classés «frauduleux» par les enquêteurs. Le taux d'exactitude du modèle est donc de  $43,53 \%$  (ou  $74/170$ ). Par ailleurs, en bas de  $20 \%$ , le modèle génère 1 898 cas de «non fraude»; les enquêteurs ont déterminé que sur ces 1 898 cas, il y avait 1 841 cas non frauduleux. Le taux de précision des «non fraude» est donc de  $97 \%$  (ou  $1\ 841/1\ 898$ ). Si on récapitule, on aura, à un seuil de probabilité de fraude de  $20 \%$  :



Taux de l'échantillon à réexaminer =  $X = 8,22 \%$ .

Taux de précision des cas de fraudes (F) :  $74/170 = 43,53 \%$ .

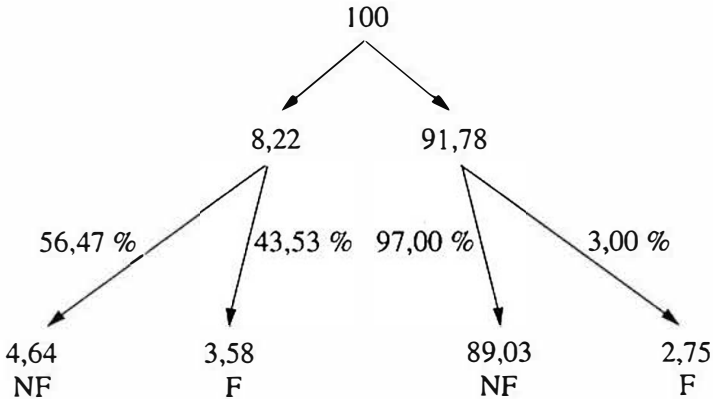
Le nombre de dossiers en bas de ce seuil de  $20 \%$  est égal (selon le modèle) à 1 898. Parmi ceux-ci, 1 841 cas sont classés non frauduleux par les enquêteurs :



Taux de précision des «non fraude» (NF) =  $1\ 841/1\ 898 = 97 \%$ .

À un seuil de probabilité  $P = 20 \%$ , l'entreprise devrait sélectionner  $8,22 \%$  de ses réclamations afin de les réexaminer, si elle considère qu'elle possède un taux de fraude équivalent à celui de l'industrie et égal à  $6,33 \%$ .

Alors sur 100 réclamations, on aura les résultats suivants :



Taux de fraude total =  $3,58 \% + 2,75 \% = 6,33 \%^5$

Taux de précision des cas de fraude (F) =  $43,53 \%$

(voir le calcul ci-dessus)

Taux de détection =  $3,58 \% / 6,33 \% = 56,56 \%$ .

De la même manière, on calcule que pour un seuil de probabilité de  $P = 90 \%$ , on trouve les résultats suivants :

Taux d'échantillonnage =  $X = 0,38 \%$

Taux de précision =  $75 \%$

Taux de détection de la fraude =  $4,58 \%$ .

Si on répète ces mêmes calculs pour différents niveaux de seuil (de  $P$ ), on obtient le tableau récapitulatif suivant.



**TABLEAU 5**  
**TAUX DE PRÉCISION ET DE DÉTECTION EN FONCTION**  
**DU NIVEAU SEUIL DE LA PROBABILITÉ DE FRAUDE**

Niveau seuil de probabilité de fraude	Pourcentage d'échantillon (%)	Taux de précision en %	Taux de détection en %
P > 10 %	16,21	29,17	74,72
P > 15 %	10,66	35,75	60,35
P > 20 %	8,22	43,53	56,56
P > 25 %	6,90	48,95	53,40
P > 30 %	5,22	55,56	45,81
P > 35 %	4,59	58,95	42,81
P > 50 %	2,26	61,70	21,96
P > 65 %	1,20	64,00	12,16
P > 85 %	0,52	72,73	6,00
P > 90 %	0,38	75,00	4,58
Moyenne de l'échantillonnage <b>P &gt; 25,5 %</b>	<b>6,85</b>	<b>49,30</b>	<b>53,40</b>
Colonne S	Colonne E	Colonne R	Colonne D

Le tableau 5 nous dicte les conclusions suivantes.

Si on ne s'intéresse qu'à la détection, on va échantillonner un grand nombre de dossiers. Noter qu'un échantillon où  $P > 10\%$  contient plus de dossiers qu'un échantillon où  $P > 20\%$ . Cette méthodologie possède l'avantage d'aller chercher un maximum de cas suspects. Elle renferme cependant deux inconvénients : le premier est qu'un large échantillonnage de révision de dossiers coûte cher à l'entreprise. Une entreprise moyenne qui décide de réexaminer tout dossier dont la probabilité de fraude est supérieure à  $10\%$  va en fait devoir engager des fonds pour revoir 2468 dossiers<sup>6</sup> (sinistres automobiles excluant les bris de vitre). Le deuxième inconvénient résulte du fait qu'on réexamine un large éventail de dossiers; ce processus va engendrer certaines «injustices» envers les assurés qui ne sont pas des fraudeurs, mais qui se voient l'objet d'enquête de façon poussée par leur compagnie d'assurance. À titre d'exemple, si on se base sur le seuil de  $10\%$ , on se rend compte qu'on n'est précis qu'à  $29,17\%$  (voir tableau 5) et que, donc, plus des deux tiers de l'échantillon retenu ne représente pas des fraudeurs (selon les réponses des enquêteurs de notre étude).

Si, par contre, on ne s'intéresse qu'au taux de précision, on va échantillonner un très petit nombre de dossiers afin de les réétudier. L'avantage d'appliquer une telle méthode réside dans les coûts totaux de révision relativement bas, car l'échantillon est assez petit. En effet, une entreprise moyenne qui décide de réexaminer tout dossier dont la probabilité de fraude est supérieure à 90 % va en fait devoir engager des fonds pour revoir seulement 58 dossiers<sup>7</sup> (sinistres automobiles excluant les bris de vitre). L'autre avantage se trouve au niveau de la précision : alors que, dans le cas où le seuil était de 10 %, la précision se trouvait égale à 29,17 %, celle-ci équivaut à 75 % si on déplace notre seuil à 90 % : dans ce cas, on détecte les fraudeurs trois fois sur quatre. L'inconvénient d'une telle décision de seuil (à 90 %) réside dans le fait qu'on ne détecte réellement que 4,58 % de la fraude; la majorité des fraudeurs (c'est-à-dire 95,42 % des cas) va échapper au contrôle de la compagnie.

Ayant examiné ces cas extrêmes ( $P = 10\%$  et  $P = 90\%$ ), on peut voir qu'il y a une relation d'arbitrage entre la détection et la précision (voir tableau) : plus le seuil de la probabilité de fraude est grand, plus la précision est élevée et plus la détection est faible. Une entreprise très conservatrice qui ne veut pas trop s'impliquer dans la lutte à la fraude va probablement opter pour des seuils assez élevés. Par ailleurs, une entreprise agressive qui veut s'impliquer dans la lutte à la fraude et qui veut réduire ses coûts va opter pour des seuils assez bas. Notons enfin qu'un seuil autour de 25 % (seuil moyen de l'industrie) va nous permettre de détecter à peu près la moitié de la fraude et d'être précis en même temps à environ 50 %.

Ce tableau peut aussi servir de guide aux entreprises désireuses de connaître leurs taux de précision et de détection de la fraude. Si une compagnie connaît sa contrainte budgétaire et décide d'allouer un montant  $Z$  aux enquêtes approfondies, alors elle connaîtra le nombre de dossiers à sélectionner afin de conduire ces enquêtes. À ce taux d'échantillonnage correspondra un taux de détection et de précision de l'enquête (si elle considère que son taux de fraude est le même que celui de l'industrie).

#### **Cas où les prévisions de notre modèle sont correctes**

Selon cette approche, nous nous basons sur notre modèle de prévision de la fraude pour comptabiliser celle-ci. À un seuil donné, on considère tous les cas dont la probabilité dépasse ce seuil comme étant frauduleux. Les prévisions des enquêteurs interviennent cependant dans la proportion des cas en deçà de la probabilité-seuil choisie. Ce raisonnement peut avoir pour motivation le fait que

notre modèle (par le biais de ses indicateurs) n'arrive pas à cerner tous les aspects de la fraude; nous pensons ici aux aspects essentiellement subjectifs lors de l'enquête routinière.

Il est possible également que les enquêteurs n'observent pas tous les éléments qui permettent de détecter la fraude. Par conséquent, il se peut que le nombre total de fraude se trouve augmenté par rapport au cas où seules les prévisions des enquêteurs étaient correctes<sup>8</sup>. Toute la portion des fraudes détectées par le modèle mais non détectées par les enquêteurs est rajoutée. Rappelons que dans le cas précédent, la fraude s'élevait à 6,33 % (équivalant à un niveau seuil de  $P = 25,5 \%$ ). Dans ce cas, où tous les dossiers dont la probabilité de fraude est supérieure à ce seuil sont considérés frauduleux, la fraude s'élèverait à 9,82 %; le différentiel de taux (i.e 3,49 %) pourrait être dû à de la fraude cachée qui n'a pas pu être détectée par les enquêteurs. Nous avons en fait trois cas de figure qui se présentent à nous :

1. Une partie de la fraude est détectée simultanément par notre modèle et par les enquêteurs. Ce sont les dossiers dont la probabilité est supérieure au seuil et qui ont été détectés par les enquêteurs.
2. Une autre partie est détectée par le modèle mais non détectée par les enquêteurs. Ce sont les dossiers dont la probabilité est supérieure au seuil mais qui n'ont pas été détectés par les enquêteurs. C'est ce que nous avons appelé de la fraude cachée.
3. Enfin, une troisième partie est constituée de dossiers détectés par les enquêteurs mais non détectés par le modèle. Nous avons évoqué ci-dessus les aspects subjectifs pour motiver ces dossiers frauduleux. Ces dossiers ont une probabilité de fraude inférieure au seuil. Ces trois cas (1, 2 et 3) sont reproduits à la figure suivante :

Seuil	
Cas de non fraude (modèle)	Cas de fraude (modèle) : (1 + 2)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains sont considérés frauduleux par les enquêteurs (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains sont considérés comme non frauduleux par les enquêteurs</li> </ul>

## ■ CONCLUSION

Le produit qui a été développé est basé sur des dossiers de réclamations qui ont été tirés de façon aléatoire de la population des dossiers des assureurs participants. Il traite donc de tous les cas possibles de fraude d'une réclamation quelconque. Le résultat généré consiste en une probabilité de fraude d'un dossier ordinaire.

En plus de s'intéresser à une probabilité de fraude d'un dossier ordinaire, les dirigeants des compagnies d'assurance pourraient s'intéresser à la probabilité de réussite de l'enquête approfondie. En effet, ce sont là deux étapes complémentaires qu'il faudrait mettre au point de façon simultanée.

Dans un premier temps, on cherche à savoir si c'est nécessaire d'enquêter sur un dossier ordinaire : c'est le but du travail actuel où, à l'aide d'un modèle, nous avons généré une probabilité de fraude. Notre échantillon dans ce travail était constitué de 0,64 % de tous les dossiers de réclamations automobiles (excluant les bris de vitres) de l'industrie.

Dans un deuxième temps, il est nécessaire de se consacrer à l'étude de cas dits «sérieux» et qui ont fait l'objet d'enquêtes particulières. Dans ces cas, il faudrait échantillonner auprès des cas qui ont fait l'objet d'enquête poussée. L'idéal serait d'échantillonner une partie des dossiers qui sont du ressort des Unités Spéciales d'Enquête (ou de toute autre division chargée de mener des enquêtes spécialisées). En plus des indicateurs propres à la première étape de l'enquête, on pourrait rajouter des indicateurs spécifiques à la deuxième étape (enquête approfondie). Cette étude prendrait en considération des indicateurs propres, la formation des enquêteurs spécialisés, ainsi que leur expérience. Le but de cette étape serait de générer une probabilité de réussite de l'enquête approfondie. À la suite de celle-ci, on pourrait calculer la rentabilité de l'enquête en termes monétaires. C'est, selon nous, cette deuxième étape qu'il faut compléter afin que le processus d'enquête automatisée soit achevé.

## ■ ANNEXE : LES INDICATEURS DE FRAUDE

### □ Indicateurs

Les indicateurs ci-dessous sont reproduits exactement tels qu'ils ont été présentés aux enquêteurs. Notons toutefois qu'une liste détaillée d'explication de ces indicateurs leur a été fournie en même temps que cette liste. Ceux en caractères foncés ont été désignés significatifs pour expliquer la probabilité de fraude d'un dossier.

#### ■ Accident / dommage

- 1) Pas de rapport de police quand celui-ci est nécessaire (ou bien, rapport demandé au poste de police, alors que l'accident a eu lieu dans des endroits où la police a l'habitude d'agir rapidement).
- 2) Une collision mineure a entraîné des coûts de réparation excessifs.
- 3) Existence de tout dommage non relié à la perte ou incohérent avec les faits de l'accident.
- 4) Le véhicule est rapporté volé et retrouvé peu de temps après avec de lourds dommages.

#### ■ Véhicule

- 5) Véhicule de modèle récent et cher.
- 6) Les factures de maintenance du véhicule ne peuvent être fournies par l'assuré.
- 7) Le véhicule n'a pas d'intérêt pour le voleur (i.e. vieille voiture ordinaire).
- 8) Véhicule volé dans un centre commercial.

#### ■ Agent / assureur

- 9) Peu de temps avant la perte, l'assuré a vérifié auprès de son agent l'étendue de sa couverture d'assurance.
- 10) L'agent d'assurance n'a jamais vu le véhicule assuré.

#### ■ Financiers

- 11) L'assuré éprouve des difficultés financières personnelles ou reliées à ses affaires.
- 12) L'occupation de l'assuré ne justifie pas la valeur élevée de son véhicule (et ses contenus).

### ■ **Règlement**

- 13) L'assuré (le réclamant) est trop enthousiaste à l'idée de recevoir un paiement monétaire au lieu de faire effectuer des réparations sur son véhicule.
- 14) L'assuré est prêt à accepter un montant de règlement relativement petit plutôt que d'avancer tous les documents reliés à la perte.

### ■ **Réclamant / assuré**

- 15) L'assuré est très insistant pour un règlement rapide.
- 16) L'assuré est extraordinairement familier avec le jargon des assurances ou des réparations de véhicules.
- 17) L'assuré propose de se déplacer au bureau des réclamations pour paiement.
- 18) L'assuré (ou le réclamant) est trop enthousiaste ou trop franc pour prendre le blâme de l'accident.
- 19) L'accident (ou la perte) a eu lieu peu de temps après l'enregistrement et l'achat d'assurance pour le véhicule, ou dans le mois qui précède la fin de la police (ou de la couverture).
- 20) S'appuyant sur la loi 68, l'assuré refuse de donner son consentement (pour une enquête plus approfondie).
- 21) Nombreux reçus de taxi, ou bien factures de location de véhicule provenant d'un magasin de débosselage.
- 22) Factures ou preuves semblent fausses ou fabriquées.
- 23) Antécédents de l'assuré : il a déjà été reconnu coupable de fraude, ou a déjà commis des méfaits qui laissent supposer que c'est un fraudeur potentiel.

### ■ **Titre et propriété**

- 24) L'historique de la propriété du véhicule ne peut être établie.

### **AUTRES INDICATEURS**

#### ■ **Accident / dommage**

- 25) La réclamation (et/ou la perte) est rapportée par une tierce personne.
- 26) La documentation de l'estimation et de la réparation n'est pas disponible.
- 27) Tous les véhicules endommagés sont acheminés vers le même garagiste.

- 28) Le représentant des réclamations (évaluateur) se voit refusé l'examen du véhicule.
- 29) Le véhicule a été réparé avant son examen par le représentant des réclamations (évaluateur).
- 30) Témoignages contradictoires concernant les circonstances de la perte.
- 31) L'assuré nie les versions des témoins de l'accident.
- 32) Accident impliquant un seul véhicule.
- 33) Accident impliquant une tierce personne non identifiée.

#### ■ Véhicule

- 34) Véhicule ayant connu des problèmes mécaniques récurrents; la garantie du manufacturier a expiré.
- 35) Véhicule loué avec un kilométrage élevé.
- 36) Verrouillage du contact intact après recouvrement du véhicule.
- 37) Pas de signes d'entrée par effraction (serrure de la porte intacte...).

#### ■ Financiers

- 38) Remboursements du prêt d'achat du véhicule en retard.
- 39) L'achat du véhicule s'est fait au comptant.
- 40) L'assuré est au chômage; travaille dans une industrie en dépression; vit dans une région défavorisée.

#### ■ Réclamant / assuré

- 41) Véhicule retrouvé par l'assuré.
- 42) Plusieurs couvertures; plusieurs polices; perte surassurée.
- 43) Prime payée en personne et au comptant.
- 44) Problèmes avec l'adresse : C.P.; motel; fausse adresse; assuré absent; vit chez des amis...etc.
- 45) Réclamant est très agressif (menace de faire appel à un avocat, au gouvernement, etc.)
- 46) Réclamant refuse de répondre aux questions qui ont trait au sinistre.
- 47) Lors de l'enquête, l'assuré est nerveux et semble confus.
- 48) Beaucoup de réclamations dans le passé.

#### ■ Titre et propriété

- 49) Titre récemment transféré d'une autre province (ou d'un autre état).
- 50) Le titre de la propriété est encore au nom du propriétaire précédent.

## Bibliographie

- AUTOMOBILE INSURANCE FRAUD STUDY (1991), Florida Insurance Research Center, University of Florida.
- BELHADJI, El Bachir, Georges DIONNE, et Faouzi THARKANI (1998), «A Model for the Detection of Insurance Fraud», Mimeo, HEC-Montréal.
- CARON, Louis et Georges DIONNE (1997), «Insurance Fraud Estimation: More Evidence from Quebec Automobile Insurance Industry», *Assurances*, 64, janvier, p. 567-579.
- DERRIG, R.A. et H.I. WEISBERG (1993), «Fraud and Automobile Insurance», Insurance Bureau of Massachusetts.
- DIONNE, Georges et El-Bachir BELHADJI (1996), «Évaluation de la fraude à l'assurance automobile au Québec», *Assurances*, 64, octobre, p. 365-395.
- INSPECTEUR GÉNÉRAL DES INSTITUTIONS FINANCIÈRES (1994), «Rapport annuel sur les assurances».
- JOHNSTON, Daniel J. (1997), «Combating Fraud: Handcuffing Fraud Impact Benefits», *Assurances*, 65, July, p. 175-184.
- PROMOTERS OF CREATIVE CLAIMS SOLUTIONS (1993), «Fraud Indicators», Nationwide Insurance. Property and Casualty Claims Services, mars.

## Notes

1. Cette partie de l'étude est achevée et une copie du rapport est disponible auprès du Bureau d'assurance du Canada (Dionne et Belhadji, 1996). Ses grandes lignes sont également publiées dans le numéro d'octobre 1996 de la revue *Assurances*.

2. Ici il est supposé que les enquêteurs détectent tous les cas de fraude dans les dossiers. Cette hypothèse a été remise en cause par Caron et Dionne (1997) qui montrent que les enquêteurs observent seulement le tiers de la fraude.

3. Ce pourcentage peut être remplacé par un autre si la compagnie considère que son taux de fraude est différent de celui de la moyenne de l'industrie.

4. Noter que ce chiffre peut ne pas être exactement égal à 6,33 % à cause des arrondissements des pourcentages.

5. Noter que ce chiffre peut ne pas être exactement égal à 6,33 % à cause des arrondissements des pourcentages.

6. Ce chiffre est équivalent à 16,21 % de 15 224 dossiers de réclamations que traite annuellement une compagnie moyenne dans le secteur de l'assurance automobile. Ces chiffres proviennent de l'étude de Dionne et Belhadji (1996).

7. Ce chiffre est équivalent à 0,38 % de 15 224 dossiers de réclamations que traite annuellement une entreprise moyenne dans le secteur de l'assurance automobile.

8. Voir Caron et Dionne (1997) pour plus de détails. Le meilleur estimateur de leur modèle génère un taux de fraude de 10 % ou 113,5 millions de dollars dans l'industrie.



## COMPTE RENDU DU SYMPOSIUM SUR LE VOL D'AUTOMOBILE TENU À L'ÉCOLE DES HEC LES 15 ET 16 JUIN 1999

par Rémi Moreau

Le Groupement des assureurs automobiles a tenu un important symposium à l'École des Hautes Études Commerciales les 15 et 16 juin 1999, réunissant plus de 200 participants dans tous les milieux : assureurs, manufacturiers, garagistes, corps policiers, organismes de contrôle ou de normalisation, universitaires et associations diverses. Dans son mot de bienvenue, M. Medza signala cette question fort simple dirigée aux assureurs : quel est votre seuil de tolérance ?

Sous le thème *Vol automobile : le défi de la concertation*, le symposium débuta par un exposé de la situation donné par Louis Morriseau, analyste en recherche et développement des politiques (GAA). Ce dernier ne manqua pas de rappeler l'ampleur du phénomène. En 1997, toute la criminalité reliée à l'automobile au Québec a totalisé plus de 589 millions de dollars, dont plus de 256 millions de dollars en indemnités étaient liés strictement au vol automobile, alors que le coût des indemnités pour le vol totalisait 115 millions de dollars en 1988. En d'autres termes, le coût moyen des indemnités était de 2 963 dollars en 1988 et il fut de 6 963 dollars en 1998.

Cet exposé fut suivi par une analyse stratégique du phénomène du vol d'autos par trois chercheurs du département de criminologie du Centre international de criminologie comparée de l'Université de Montréal, à savoir Marc Ouimet, Pierre Tremblay et Maurice Cusson.

Le professeur Ouimet passa d'abord en revue la situation actuelle et l'évolution de la criminalité reliée au vol d'autos. Il expliqua ensuite les facteurs qui expliquent les tendances, dans une triple perspective : la démographie, la justice, l'économie. Par voie de conséquence de cette conjoncture démographique, économique et judiciaire, le conférencier constate que les réseaux criminels se développent et que les nouvelles opportunités criminelles s'instaurent. Il conclut sur la nécessité d'agir sur différents fronts : sensibiliser les consommateurs, promulguer des peines plus sévères propres à

décourager les acteurs des réseaux, identifier les points de vente des marchandises d'origine douteuse et les commerces détenus par les partenaires du crime organisé.

Le professeur Tremblay dressa un diagnostic du marché des véhicules volés en commençant par quelques histoires de cas et il tenta de cerner le problème autour de quatre éléments : l'augmentation du volume annuel de véhicules volés depuis 10 ans, le constat d'un processus de diffusion géographique des vols de véhicules pour fins de revente, l'impact dissuasif des arrestations policières a cessé de s'exercer depuis le milieu des années 1970, enfin la succession de trois cohortes distinctes d'entrepreneurs délinquants qui ont mobilisé les réseaux criminels, de plus en plus sophistiqués. Il conclut sa présentation par un diagnostic éloquent sur toutes les classes de citoyens participant au festin des véhicules volés, qui n'est plus cuisiné dans les bas-fonds et les tavernes, mais dans les lieux les plus ouverts (ateliers de travail, bureaux, concessionnaires et autres) en bref dans toutes les classes de citoyens, « modérément imparfaits, bien intégrés socialement, qui disposent d'un savoir-faire évident » : une distribution en cloche avec une minorité de délinquants d'un côté, une minorité de non-délinquants d'un autre côté et entre les deux une proportion non négligeable d'entrepreneurs, de travailleurs, de cols bleus et de cols blancs bien informés.

Le professeur Cusson, le dernier conférencier de cette trilogie issue du département de criminologie de l'Université de Montréal, suggéra certaines pistes de solutions, notamment en bannissant les campagnes de sensibilisation, considérées inefficaces, pour consacrer l'argent ainsi épargné vers des actions rentables, d'abord par la prévention (antivols fiables, méthodes pour déceler les secondes victimisations, sécurisation accrue des parcs de stationnements, marquages systématiques, impact de la clause valeur à neuf et nécessité d'en conditionner l'application). Mais la prévention ne suffit pas ; elle doit nécessairement être accompagnée par la répression (action policière, judiciaire et correctionnelle).

Dans la seconde partie de la matinée et en après-midi, quatre ateliers ont réuni différents experts qui ont traité les thèmes suivants :

- atelier 1 : Les enquêtes et le contrôle au niveau policier et au niveau de l'appareil judiciaire ;
- atelier 2 : La protection des véhicules et la responsabilisation des consommateurs ;
- atelier 3 : Le contrôle du parc automobile ;
- atelier 4 : Les pratiques des assureurs en matière de souscription et de règlement des sinistres.

Le conférencier invité au déjeuner fut M. Valdis A. Vitols, directeur général du *Michigan's Automobile Theft Prevention Authority*. Son allocution porta sur un modèle en matière de prévention du vol d'automobile. Cet organisme est financé par une contribution de 1 dollar sur chaque police d'assurance émise. Pour en savoir plus, nous mentionnons ici son site Web : « [www.msp.state.mi.us](http://www.msp.state.mi.us) ».

En début d'après-midi, le criminologue Georges-André Parent traita du besoin d'une action concertée pour lutter efficacement contre le vol d'automobile. Le conférencier expliqua que le vol d'auto est un crime tridimensionnel (le délinquant, la cible et l'opportunité criminelle), qui exige la concertation de tous les intervenants. Il tenta de regrouper les intervenants et leurs actions en fonction de leur champ d'action et de compétence, de la nature de leurs interventions et selon qu'ils s'attaquent au délinquant, à la cible ou à l'occasion de rencontre des deux. On les regroupe en deux grandes catégories : la recherche d'une part, l'intervention, d'autre part, qu'elle soit préventive ou répressive. À l'intérieur de l'intervention, l'auteur aborda successivement le système pénal, les autres agents de contrôle social, la sécurité privée, les élus, le législateur et les administrations publiques, les concessionnaires, les réparateurs, les vendeurs, les assureurs et enfin les autres intervenants. Enfin, il termina son allocution en abordant deux thèmes : la banalisation du vol d'autos et son coût social.

Les ateliers ont repris jusqu'à la fin de l'après-midi.

Le programme de la journée du lendemain débuta par une réunion plénière sur les présentations des ateliers par les animateurs désignés et les recommandations et/ou consensus qui s'en dégagèrent.

Voici un aperçu.

#### **Atelier 1**

- Inefficacité policière
- Nécessaire concertation entre corps policiers
- Sensibilisation des patrouilleurs
- Budgets appropriés
- Formation des policiers à repenser
- Amendes judiciaires plus mordantes et plus médiatisées

#### **Atelier 2**

- Dispositifs d'alarmes dans les voitures très sophistiqués
- Prise en compte de la sophistication parallèle des voleurs

- Besoins de normes objectives quant à la panoplie de dispositifs mécaniques ou automatiques, incorporés par le manufacturier d'auto ou installés subséquentement par des entreprises spécialisées
- Nécessité de mieux responsabiliser les consommateurs

### **Atelier 3**

- Bon contrôle des automobiles
- Lacunes dans le contrôle des pièces importées
- Révision du statut des véhicules gravement accidentés (v.g.a.)
- Marquage systématique des pièces
- Fichier central et contrôle des véhicules
- Harmonisation des règles canadiennes d'immatriculation

### **Atelier 4**

- Leadership des assureurs
- Inquiétude sur l'effet de la clause «valeur à neuf»
- Harmonisation et concertation entre le service de souscription (marketing) et le service des sinistres des assureurs
- Inspection préalable des véhicules
- Miser sur un organisme déjà en place (GAA ou SACA) pour la prévention du vol au lieu d'en créer et financer un nouveau, en ayant pris soin de bien identifier son mandat et ses objectifs avant de refiler la note aux consommateurs
- Rendre les méthodes d'enquêtes plus rigoureuses, notamment par des rencontres personnelles plutôt que par des enquêtes téléphoniques

M. Medza, le directeur général du GAA clôtura les travaux des deux journées non seulement en félicitant les intervenants mais en les assurant que leurs recommandations et suggestions seraient suivies rapidement de mesures concrètes. Sur le plan de la concertation, il exprima le voeu que chaque groupe impliqué puisse s'auto-critiquer et revoir ses propre méthodes.

En ce qui concerne le GAA, le conseil d'administration examinera toutes les mesures en priorisant un certain nombre de solutions. Un rapport est à venir. Le vrai travail n'est pas terminé, il commence.

## CHRONIQUE JURIDIQUE

par Michèle Bernier

### QUELQUES JUGEMENTS RÉCENTS EN MATIÈRE D'ASSURANCE

- **La notion de « maison de l'assuré »**
- **Les seuls liens familiaux, d'intimité ou de dépendance ne suffisent pas pour empêcher la subrogation de l'assureur : *Compagnie d'Assurance Générale Dominion du Canada c. Chabot*<sup>1</sup>**

Dans cette affaire, la fille de l'assurée avait causé l'incendie d'une résidence appartenant à son père, mais dont elle était locataire. L'assuré, quant à lui, vivait avec son épouse dans une autre maison en face de celle louée à sa fille.

Alors qu'il était venu aider sa fille à déplacer des meubles, cette dernière lui prépare des frites à sa demande. C'est l'oubli du chaudron d'huile sur le feu qui est à l'origine de l'incendie.

L'assureur indemnise son assuré, propriétaire de la résidence endommagée et intente par la suite un recours subrogatoire contre sa fille. Ce recours est cependant rejeté par la Cour supérieure<sup>2</sup>, qui applique l'exception de subrogation de l'ancien article 2576 C.c.B.C.

La Cour d'appel confirme le jugement de la Cour supérieure et conclut que la fille faisait partie de la maison de l'assuré, vu « l'intimité familiale couplée à l'activité exercée dans l'intérêt de l'assuré, dans la propriété même de celui-ci ».

---

#### L'auteure :

Michèle Bernier est avocate chez Lavery, de Billy.

Malgré cette conclusion, il est intéressant de noter que la Cour atténue un peu l'interprétation large et libérale qui a été faite par les tribunaux des termes « maison de l'assuré » :

« Ces affirmations ne permettent cependant pas de consacrer le principe que l'assureur ne peut être subrogé dans les droits de son assuré chaque fois qu'il existe un lien de parenté, d'intimité ou de dépendance entre celui-ci et l'auteur du dommage. C'est qu'il est impossible de donner une définition exhaustive de la locution personnes qui font partie de la maison de l'assuré. Chaque cas doit être examiné à la lumière de ses circonstances propres. »

Compte tenu que la Cour considère non seulement que l'auteur du préjudice est la fille de l'assuré, mais également que la négligence a été commise alors qu'elle ne faisait que répondre à un désir de son père, le critère de l'intérêt de l'assuré pourrait se révéler d'importance à l'avenir dans l'application de la notion de la maison de l'assuré.

■ **La notion de « maison de l'assuré » réfère aux personnes et non aux lieux physiques : *Benoît Martel c. Réjean Martel et Groupe Commerce c. Benoît Martel*<sup>3</sup>**

La Cour d'appel, encore une fois appelée à se prononcer sur la portée de la notion de « maison de l'assuré » à l'occasion de deux appels découlant d'un même événement, conclut que cette notion n'est pas limitée à la résidence de l'assuré.

Les faits peuvent se résumer comme suit : Un assuré avait permis à son frère d'utiliser son garage afin d'effectuer des réparations sur sa voiture. Au cours des travaux, une quantité d'essence se répand, et le frère de l'assuré omet de bien nettoyer et de ventiler les lieux. Peu de temps après, une explosion survient, blessant gravement le frère de l'assuré au visage et causant d'importants dommages à l'immeuble.

Cet accident donne lieu à deux poursuites distinctes, par la suite réunies. En premier lieu, la victime poursuit son frère pour les blessures subies. En second lieu le Groupe Commerce, ayant indemnisé le propriétaire du garage pour les dommages causés à l'immeuble, poursuit la victime, frère de l'assuré, en vertu de la subrogation. La Cour supérieure rejette les deux actions.<sup>4</sup>

Quant au recours subrogatoire de l'assureur du propriétaire du garage contre le frère de ce dernier, la Cour supérieure détermine que l'assureur n'a pas le droit de poursuivre cette personne puisqu'elle fait partie de la maison de son assuré. L'assureur ne peut

prétexter que l'accident étant survenu dans le garage de l'assuré, la victime ne faisait pas partie de sa maison. L'exception au recours subrogatoire de l'assureur vise les personnes unies à l'assuré par les liens du sang ou du ménage, et non le bien endommagé.

La Cour d'appel confirme ce jugement et rejette l'argument de l'assureur à l'effet que l'expression «maison de l'assuré» ne s'appliquerait pas aux établissements commerciaux ou industriels et se limiterait à la notion de résidence (*household*).

On peut retenir de la jurisprudence de la Cour d'appel<sup>5</sup> trois lignes directrices quant à l'interprétation de la notion de «maison de l'assuré» :

- En premier lieu, le législateur a désiré une interprétation large et généreuse de cette expression ;
- En second lieu, il faut éviter de permettre à l'assureur de poursuivre une personne que l'assuré n'aurait pas poursuivie ;
- En troisième lieu, il faut éviter que l'assurance ne devienne inefficace en forçant l'assuré à renoncer à son contrat d'assurance. Font partie de la maison de l'assuré un membre de la famille immédiate ou un préposé qui devient temporairement une personne de la maison.

À la lumière de ces trois critères, on peut conclure que la «maison de l'assuré» n'est pas nécessairement limitée à sa résidence, mais qu'elle s'étend également aux établissements industriels ou commerciaux. Le mot «maison» a été choisi par opposition aux termes «résidence» ou «maison d'habitation». L'expression réfère aux personnes, et non à un lieu physique. À moins de circonstances exceptionnelles, la maison de l'assuré comprend de façon non exhaustive les ascendants, descendants, conjoints ou collatéraux au premier degré. En résumé, il ne peut donc y avoir de subrogation contre les parents, grands-parents, conjoints, enfants, petits-enfants, et frères et sœurs de l'assuré.

Relativement à la question du lien de parenté, il faut noter qu'étrangement la Cour ne fait aucune mention de l'opinion rendue par la Cour d'appel un mois auparavant dans *Compagnie d'Assurance Générale Dominion du Canada c. Chabot*, dans laquelle la Cour soulignait que le seul lien de parenté ne permet pas d'empêcher la subrogation de l'assureur. La Cour a considéré à cette occasion le critère de «l'intérêt de l'assuré» en soulignant le fait que l'auteur du dommage exerçait, au moment de la faute, une activité bénéficiant à l'assuré.

## □ **Le suicide et l'assurance de personnes**

- **La période de deux ans court à nouveau lors de la remise en vigueur d'une police après un défaut de paiement des primes : *La Solidarité, compagnie d'assurance sur la vie c. Anny Poulin et 1858-0894 Québec Inc. c. La Compagnie d'assurance Standard Life***<sup>6</sup>

Dans une police d'assurance vie, un assureur ne peut valablement exclure le suicide comme risque couvert, sauf si le suicide survient avant que l'assurance n'ait été en vigueur pendant deux années ininterrompues. Une fois ces deux années écoulées, le suicide est couvert (article 2441 C.c.Q.). Si par la suite l'assuré fait défaut de payer la prime dans le délai de 30 jours que lui accorde la loi, l'assurance prend fin (article 2427 C.c.Q.), mais l'assureur est toutefois tenu de remettre en vigueur la police d'assurance qui a été résiliée pour défaut de paiement de prime, sur demande de l'assuré, aux conditions prévues à l'article<sup>7</sup>.

Dans deux dossiers distincts où le suicide de l'assuré était survenu moins de deux ans après le rétablissement de leur police d'assurance vie, la Cour supérieure a été appelée à déterminer si, à la suite d'une résiliation et d'un rétablissement subséquent de la police, le délai de deux ans recommençait à courir à nouveau à compter du rétablissement, ou si au contraire, l'assuré bénéficiait du temps déjà écoulé avant la résiliation de la police. La Cour supérieure a rendu deux jugements contradictoires relativement à cette question.<sup>8</sup>

Dans son arrêt disposant des deux appels des jugements de la Cour supérieure, la Cour d'appel a tranché le litige, le 19 mars dernier, en concluant que l'expression «court à nouveau» de l'article 2434 C.c.Q. indique une nouvelle computation de délai, et que l'assuré ne peut bénéficier du temps écoulé avant le rétablissement de la police et se prononce clairement sur la portée de l'article 2434 C.c.Q. :

«2434 C.c.Q. : Dès que le contrat d'assurance est remis en vigueur, le délai de deux ans pendant lequel l'assureur est fondé à demander la nullité du contrat ou la réduction de l'assurance pour les fausses déclarations ou réticences relatives à la déclaration du risque, ou l'exécution d'une clause d'exclusion de garantie en cas de suicide de l'assuré, court à nouveau».

En analysant d'autres dispositions du Code civil qui reprennent les termes «à nouveau» et «de nouveau», le juge Letarte constate que ces termes peuvent être remplacés par les termes «une seconde fois», sans changer le sens de l'article. Or, les termes «à nouveau»



ou «*une seconde fois*» sont définis dans différents dictionnaires comme signifiant une rupture. On peut assimiler ces termes aux expressions «*une fois de plus*», «*derechef*», «*encore une fois*», «*à neuf*», «*de manière différente*», «*une fois de plus*».

Le sens courant de l'expression «*à nouveau*» ne pouvait être ignoré par le législateur. Ce dernier a utilisé un vocabulaire conforme à l'usage, et il est présumé de pas s'exprimer inutilement.

Le jugement de la Cour d'appel fait actuellement l'objet de requêtes pour autorisation de pourvoi devant la Cour suprême.

■ **Le suicide n'est pas couvert par une assurance accident même après deux ans d'assurance ininterrompue : *Vallée c. Assurance-vie Desjardins*<sup>9</sup>**

La Cour supérieure concluait, le 7 mai dernier, qu'une assurance accident ne peut couvrir le suicide, malgré l'écoulement d'une période de deux ans.

En vertu du code civil du Québec, il est impossible pour un assureur d'exclure d'une couverture d'assurance le suicide de son assuré lorsqu'il survient après un délai de deux ans suivant l'émission de la police. Cette obligation est édictée à l'article 2441 :

«2441 C.c.Q. L'assureur ne peut refuser de payer les sommes assurées en raison du suicide de l'assuré, à moins qu'il n'ait stipulé l'exclusion de garantie expresse pour ce cas. Même alors, la stipulation est sans effet si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue.»

Cette disposition d'ordre public lie les assureurs, qui ne peuvent y déroger en stipulant une exclusion au contrat d'assurance qui n'en respecterait pas les termes.

Dans ce dossier, le bénéficiaire d'une police d'assurance accident tentait de se prévaloir de cette disposition pour réclamer une indemnité d'assurance à la suite du suicide de sa fille, assurée nommée à la police.

La question qui se soulève à la suite de la réclamation est la suivante : L'assureur est-il tenu d'indemniser le demandeur compte tenu que le suicide est survenu plus de deux ans après l'émission de la police, ou son refus d'indemniser est-il bien-fondé, vu l'admission que la mort résulte d'un suicide et non d'un accident au sens de la police ?

Pour résoudre le litige, la Cour étudie en premier lieu les termes de la police, puisque c'est la police d'assurance qui définit la nature des risques couverts et les conditions d'application de la couverture.

L'article 1 de la police, qui prévoit que la couverture s'étend aux décès, mutilations, fractures, rupture ou perte d'usage à la suite d'un accident constitue une garantie d'assurance, et non une exclusion. Il est important de distinguer entre ces deux notions, puisque les principes d'interprétation d'une garantie et ceux d'une exclusion sont différents. L'exclusion, qui oblige l'assureur à établir que la perte est un événement exclu, emporte une exception au principe voulant que l'assuré a le fardeau d'établir que sa réclamation tombe sous la garantie du contrat.<sup>10</sup>

En l'espèce, la Cour a donc l'obligation de déterminer en premier lieu si la perte subie est couverte par les termes de la police avant d'examiner la clause d'exclusion.

Comme le suicide est admis par les parties, il faut conclure que le décès ne résulte pas d'un accident au sens de la police d'assurance, puisqu'il n'a pas été causé par une force extérieure telle que définie dans la police, mais qu'il découle de l'acte volontaire de l'assurée. Le demandeur n'ayant pu démontrer que la perte était couverte par la garantie du contrat d'assurance, l'assureur était bien fondé de refuser de payer l'indemnité, et ce, même si le suicide est survenu après un délai de deux ans de l'émission de la police.

Il s'agit, à notre connaissance, du second jugement rendu par la Cour supérieure sur cette question. Un litige de même nature s'était présenté dans la cause *Boucher c. Assurance-Vie Desjardins*<sup>11</sup>, dans laquelle un demandeur opposait à l'assureur l'ancien article 2532 du Code civil du Bas-Canada, dont la formulation, quoiqu'un peu différente, était au même effet que l'article 2441 C.c.Q. La Cour avait également décidé dans cette affaire que le suicide ne peut constituer un accident donnant ouverture à la protection de la couverture d'assurance. La même logique avait d'ailleurs été appliquée dans des cas d'assurance vie comportant des clauses d'indemnités additionnelles en cas de décès accidentel.<sup>12</sup>

Le débat restera cependant à suivre, car le jugement sous étude vient d'être porté en appel.

- **L'obligation de défendre d'un assureur responsabilité doit être exécutée dès la comparution si les dommages allégués à la déclaration paraissent être couverts par la police d'assurance : *Compagnie d'assurances Wellington c. M.E.C. Technologie Inc*<sup>13</sup>**

La Cour d'appel, le 19 février dernier, accueillait une requête d'un assuré qui réclamait de son assureur qu'il prenne fait et cause dans une action en responsabilité dirigée contre lui. La Cour statue

que l'assuré a le droit de faire immédiatement exécuter en nature cette obligation, sans avoir à attendre le jugement final sur sa responsabilité.

La Cour confirme ainsi la décision interlocutoire de la Cour supérieure qui accueillait la requête de l'assurée visant à contraindre son assureur à prendre fait et cause pour lui. Dans cette affaire, une entreprise spécialisée entre autres dans la surveillance de travaux d'installation de séchoirs à bois avait fourni et installé un tel séchoir à bois à une scierie qui lui réclamait un service «clé en main». À la suite de l'installation, l'entreprise effectue certaines modifications au séchoir. Quelque mois plus tard, l'appareil est la source d'un incendie qui cause d'importants dommages à la scierie.

Avant même que toute procédure judiciaire soit déposée, l'assureur transmet à l'assurée un avis de dénégation de couverture relativement à ce sinistre expliquant que la police couvrait bien la responsabilité de l'intimée pour sa responsabilité commerciale relative à la conception et la surveillance des travaux relatifs à l'installation des séchoirs à bois, mais qu'elle excluait toute installation par ou pour le compte de l'assurée. Or, le sinistre découle, selon l'assureur, d'une installation faite pour le compte de l'assurée, car en vertu du contrat «clé en main», cette dernière a fait exécuter par des sous-traitants la presque totalité des travaux de construction.

Recherchée en responsabilité par la scierie, l'intimée comparait par le biais de ses propres procureurs et présente une requête en vertu des articles 2 et 20 C.p.c. pour forcer l'assureur à intervenir et prendre son fait et cause. Selon l'assurée, la décision de l'assureur de refuser de couvrir le sinistre était prématurée car au moment du refus, aucune action n'avait encore été intentée et l'assureur n'a pu prendre connaissance des allégations de la demande et des faits reprochés.

Le juge Jacques Babin, de la Cour supérieure, analyse les jugements marquants<sup>14</sup> portant sur l'obligation de l'assureur de défendre son assuré, et retient, entre autres principes, que l'obligation de défendre de l'assureur s'analyse à la lumière des allégations de la déclaration, et que la seule possibilité qu'une réclamation puisse faire l'objet d'une couverture d'assurance suffit à enclencher l'obligation de défendre et ce, même si certains poste de dommages ne font pas l'objet de la couverture. En l'espèce, le juge conclut que l'assureur doit prendre la défense de son assurée, car bien que la demande fasse état de certaines fautes dans la construction et l'installation du séchoir, il faut considérer également la présence d'allégations reprochant à l'intimée une faute au niveau de la conception

du séchoir et lors de la surveillance des travaux d'installation. Ces fautes alléguées s'inscrivent *prima facie* dans le cadre de la couverture d'assurance.

La Cour d'appel confirme ce jugement en rappelant que l'obligation de défendre est exécutoire même lorsque l'obligation d'indemniser ne l'est pas. L'obligation de prendre fait et cause existe dès lors que la police paraît couvrir le dommage. L'existence même de cette obligation suppose que son bénéficiaire puisse exiger son exécution en nature, sinon, elle n'aurait aucune valeur. L'assuré n'a donc pas à attendre, avant de requérir cette obligation de l'assureur, que le jugement final soit rendu sur le litige principal.

Après avoir discuté du véhicule procédural approprié pour faire valoir ce droit (articles 2 et 20 du Code de procédure civile), la Cour souligne en terminant que l'obligation de défendre l'assuré perdure tant et aussi longtemps que subsiste la possibilité que la décision finale entraîne la responsabilité de l'assuré. A part des cas très limités où l'obligation de défense s'éteint en cours de procès en raison de faits nouveaux, cette obligation ne devrait pas faire l'objet d'un débat lorsqu'il apparaît *prima facie* que le risque est couvert par la police.

Selon le juge Dussault, qui a rendu ce jugement, il s'agirait du premier jugement rendu sous l'autorité du Code de procédure civile actuel obligeant un assureur de responsabilité civile à assumer les frais de défense d'un assuré dès la comparution. Il reconnaît par ailleurs que sa décision va à l'encontre de la pratique établie en matière d'assurance responsabilité, mais il maintient que la crainte de difficultés d'exécution ne doit pas primer sur le principe voulant que l'obligation de défendre puisse exister et s'exécuter sans que l'obligation d'indemniser ne soit exécutoire à l'issue du litige.

## □ Notes

1. *Compagnie d'Assurance Générale Dominion du Canada c. Chabot*, C.A. Montréal, 500-09-000991-950, le 11 mars 1999, les juges Proulx, Rousseau-Houle et Delisle (J.E. 99-809).

2. *Chabot c. Compagnie d'Assurance Générale Dominion du Canada*, C.S. Montréal, 500-05-004999-932, le 6 juin 1995, le juge André Denis.

3. *Benoît Martel et als c. Réjean Martel et Le Groupe Commerce, Compagnie d'assurance c. Benoît Martel*, C.A. Québec, 200-09-000256-955 et 200-09-000239-951, jugements rendus le 15 avril 1999, les juges Rousseau-Houle, Pidgeon et Denis, J.E. 99-852.

4. Sur la question de la responsabilité en Cour supérieure, voir : *Benoît Martel et als c. Garage Réjean Martel*, C.S. Québec, 200-05-003018-913, le 31 mars 1995, le juge Jean Marquis.

Sur la question de subrogation en Cour supérieure, voir : *Le Groupe Commerce, Compagnie d'Assurances c. Benoît Martel*, C.S. Québec, 200-05-004018-912, le 31 mars 1995, le juge Jean Marquis.

5. Voir *Gagné c. La Laurentienne*, (1990) R.J.Q. 1819 (C.A.) et *La Compagnie d'assurance Missisquoi c. Duquette*, (1996) R.J.Q. 1479 (C.A.).

6. *La Solidarité, compagnie d'assurance sur la vie c. Anny Poulin*, C.A. Québec, 200-09-000039-955, et *1858-0894 Québec Inc. c. La Compagnie d'assurance Standard Life*, 200-09-001713-970, les juges Gendreau, Delisle et Letarte, le 19 mars 1999, J.E. 99-732.

7. • la demande de rétablissement de la police doit être faite dans les deux ans de sa résiliation

• l'assuré doit remplir encore les conditions nécessaires pour être assurable

• les primes en souffrance doivent être payées, et les avances reçues sur la police doivent être remboursées.

8. Dans le dossier *Poulin c. La Solidarité, Compagnie d'assurance sur la vie*, C.S. Frontenac, 235-05-000107-913, le 2 décembre 1994, le juge André Desmeules concluait que la résiliation du contrat pour non-paiement de prime entraînait simplement la suspension du délai de deux ans et que la période écoulée entre l'émission de la police et sa résiliation devait être comptée.

Dans le dossier *1858-0894 Québec inc. c. La Compagnie d'assurance Standard Life*, C.S., 150-05-000237-968, le 22 septembre 1997, le juge Jean Lemelin concluait que le délai recommençait à courir à zéro à compter du rétablissement de la police. Le juge distinguait ce dossier de celui ayant donné lieu au jugement de la Cour suprême dans *Syndic de Chablis Textiles inc. c. London Life* (1996) 1 R.C.S. 160, dans lequel la Cour avait décidé que le délai d'exclusion de garantie en cas de suicide ne pouvait courir plus d'une fois à l'intérieur d'un même contrat d'assurance du fait que la couverture avait été augmentée à quelques reprises. Les juges Delisle et Letarte sont d'ailleurs d'accord avec la distinction faite par le juge de première instance. Le juge Letarte souligne que cet arrêt ne peut créer de précédent en matière de résiliation d'un police pour non-versement de la prime.

9. *Rénald Vallée c. Assurance-vie Desjardins*, C.S. Trois-Rivières, 400-05-000714-965, le 7 mai 1999, le juge Ivan Godin.

10. Voir sur ce principe : *S.S.Q. Mutuelle d'assurance-groupe c. Blanchard*, (1998) R.R.A. 722 (C.A.) ; *American Home Co. c. Champagne*, (1981) C.A. 6.

11. *Boucher c. Assurance-Vie Desjardins*, C.S. Abitibi, 605-05-000143-904 et 605-05-000153-903, le 13 janvier 1993, le juge Camille Bergeron.

La Cour provinciale a également rendu un jugement sur ce point de droit il y a plus d'une dizaine d'années, dans l'affaire *McGuerrin-Houle c. Compagnie d'assurance Combined d'Amérique*, C.P. Joliette, 705-02-001174-853, le 6 août 1986, dans laquelle le juge Denis Charrette appliquait le même raisonnement.

12. Voir entre autres sur cette question *New-York Life Insurance Co. c. Schlitt*, [1945] R.C.S. 289; *Villeneuve c. Prudentielle d'Amérique, Compagnie d'assurance*, (1986) R.R.A. 523 (C.Q.) G.-M. (N.) c. S., C.S. Québec, 200-05-001574-859, le 7 mars 1988, le juge Hubert Walters, J.E. 88-577; *S.S.Q. Mutuelle d'assurance-groupe c. Blanchard* (1998) R.R.A. 772 (C.A.).

13. *Compagnie d'assurances Wellington c. M.E.C. Technologie Inc.*, C.A.Q., 200-09-001957-981, les juges Dussault, Otis et Pidgeon, le 19 février 1999 (Motifs rendus par le juge Dussault), J.E. 99-524.

14. *Nichals c. American Home Assurance Co.* (1990) 1 R.C.S. 801 ; *Boréal Assurances Inc. c. Réno-Dépôt Inc.* (1996) R.J.Q. 46 (C.A.) ; *Zurich du Canada, compagnie d'indemnité c. Renaud & Jacob* (1996) R.J.Q. 46 (C.A.) et *Parizeau c. Fonds d'assurance responsabilité du Barreau du Québec* (1997) R.J.Q. 2184 (C.S.).



## FAITS D'ACTUALITÉ

par Rémi Moreau

### 1. Les règlements sous la loi 188 furent adoptés le 20 juin 1999

La réglementation du Bureau des services financiers ainsi que celles des Chambres de l'assurance de dommages et de la sécurité financière ont été adoptées le 20 juin dernier, ce qui a exigé un calendrier de travail très serré depuis trois mois tant pour la rédaction des règlements, pour une consultation publique et, enfin, pour les formalités entourant leur publication dans la Gazette officielle.

La réglementation adoptée devra par la suite être déposée au ministère des Finances et approuvée par le Ministre. C'est alors que les deux Chambres seraient officiellement en état d'exercer leurs activités respectives. Ainsi, la Chambre de la sécurité financière et la Chambre de l'assurance de dommages seront alors saisies d'office des biens, des droits et des obligations de l'Association des intermédiaires en assurance de personnes du Québec et de l'Association des courtiers d'assurances de la province de Québec.

### 2. Nouvelles avenues pour gérer le risque d'inondation au Canada

Tel est le thème d'un colloque national sur les inondations et les dommages causés par l'eau tenu le 12 mai 1999 et parrainé par l'Institut de Prévention des Sinistres Catastrophiques et par le Bureau d'assurance du Canada.

Le colloque était articulé autour de quatre thèmes précis :

- Vulnérabilité du Canada aux risques d'inondations
- Leçons des dernières inondations
- Évaluation du risque d'inondation pour les assureurs et pratiques dans l'industrie
- Moyens et actions pour réduire les pertes matérielles.

M. Roger Nicolet, président de la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages et président de l'Ordre des ingénieurs du Québec, fut le conférencier invité à l'occasion du déjeuner-causerie. Il traita des leçons du déluge survenu au Saguenay à l'été 1996. Le texte de cette allocution est publié intégralement dans le présent numéro.

Mentionnons que le gouvernement québécois s'intéresse également à la problématique des risques causés par les inondations. À cet égard, il a initié la formation d'un comité formé de personnes issues du bureau de l'Inspecteur général des institutions financières, du ministère de la Sécurité publique et de l'industrie privée de l'assurance, qui est chargé de mettre en commun l'expertise de chaque groupe et d'examiner la possibilité de garantir les risques de dommages causés par les inondations au Québec.

### **3. Les fruits de la démutualisation**

Considérée comme une manne, (voir l'article de Robert Dutrisac, intitulé *La manne de la démutualisation*, *Affaire Plus*, Juin 1999), nous apprenons que les assurés mutualistes vont bientôt recevoir un joli pactole, en argent comptant ou en actions. En effet, les cinq plus grandes mutuelles canadiennes, qui ont annoncé leur intention de se démutualiser (Sun Life, Canada Vie, Groupe La Mutuelle, Financière Manuvie et L'Industrielle-Alliance), verseront à quelque 2 millions de titulaires de polices le surplus qu'ils ont accumulés pendant plusieurs décennies. Le montant total de cette manne serait supérieur à 10 milliards de dollars, ce qui représenterait un montant de 5 000 dollars par personne.

### **4. La Bourse de Montréal se spécialise dans les instruments financiers dérivés**

Tout un remue-ménage qu'annonçait la Bourse de Montréal, à la mi-mars, désireuse de se spécialiser exclusivement dans les instruments dérivés, délaissant les actions boursières à sa consœur torontoise, qui détenait déjà 91 % du marché canadien des actions. Ces instruments financiers, généralement conçus pour les grands investisseurs institutionnels et les trésoreries d'entreprises, se développent aujourd'hui au même rythme que les actions. La réaction immédiate du ministre des Finances Bernard Landry fut de s'en réjouir : « *La Bourse ne s'en va pas ! Elle se spécialise sur ce qu'elle a fait de meilleur au cours des années* », a-t-il déclaré.

Pour l'essentiel, ces instruments financiers permettent la gestion des risques financiers. Combinés dans une architecture financière



complexe, ils sont utilisés en placement. Les instruments dérivés négociés en bourse se divisent en deux grandes catégories : les options et les contrats à terme.

L'option est un contrat qui donne le droit d'acheter ou de vendre un produit précis, pendant une période de temps donnée, à un prix fixé à l'avance. On négociait en mars, à Montréal, des options sur les actions d'une cinquantaine de sociétés cotées en bourse, alors qu'on négociait à Toronto des options sur 55 autres sociétés, qui seraient regroupées sur le parquet de Montréal.

Le contrat à terme constitue un engagement d'acheter ou de vendre un produit précis, à une date à venir et à un prix fixé d'avance. Le contrat serait plus risqué que l'option, car il crée des obligations pour les deux parties.

Ces instruments dérivés pourront se négocier soit à la criée, soit électroniquement. La manière électronique serait utilisée en appui ou en parallèle, comme à la Bourse de Chicago, qui est le chef de file mondial en cette matière.

## **5. Reconnaissance des conjoints de même sexe**

Suite au dépôt à l'Assemblée nationale, le 6 mai dernier, par la ministre de la Justice du Québec, d'une loi reconnaissant les conjoints de fait, sans égard à leur orientation sexuelle, le Québec devient le premier gouvernement au Canada et le second en Amérique du Nord, après l'État américain d'Hawaï, à reconnaître officiellement les couples du même sexe. Cette loi modifie 28 textes de loi et 11 règlements dans lesquels on introduit la notion de conjoints de fait de même sexe.

En vertu de cette législation, les conjoints d'un couple gai pourront bénéficier d'avantages, tel les prestations ou rentes versées aux conjoints dans les programmes d'assurance automobile ou du régime des rentes.

On retrouve, à l'article 2 du contrat d'assurance automobile, au titre DISPOSITIONS DIVERSES, la définition suivante qui devient désuète et qui serait automatiquement abrogée par la loi :

CONJOINT, l'homme et la femme qui au moment du sinistre :

- a) sont mariés et cohabitent ;
- b) cohabitent maritalement et se présentent publiquement comme conjoints, depuis au moins trois ans, ou, dans les cas suivants, depuis au moins un an :
  - un enfant est né ou est à naître de leur union,
  - ils ont conjointement adopté un enfant ;
  - l'un d'eux a adopté un enfant de l'autre.

Un autre événement juridique de même nature survint le 20 mai dernier, soit la publication d'un jugement rendu par la Cour suprême du Canada, statuant que les conjoints de même sexe auraient désormais le droit d'obtenir une pension alimentaire.

## **6. La réforme des services financiers**

Alors que tous les experts s'attendaient l'an dernier à une réforme rapide, dans la foulée et dans l'esprit du rapport Mackay, certaines grandes institutions bancaires, telle la Banque de Montréal, commençaient à croire que la réforme canadienne des services financiers ne serait pas amorcée avant l'an prochain. Constatant que le gouvernement fédéral a déposé depuis longtemps le projet de loi C-67, qui vise à favoriser l'implantation et le développement des institutions financières étrangères au Canada, elles trouvaient pour le moins paradoxal que les autorités fédérales *soient davantage préoccupées à favoriser dans un premier temps l'implantation de concurrents étrangers au pays plutôt que de chercher à favoriser d'abord le développement des institutions financières canadiennes.*

En effet, depuis deux ans, nous avons assisté à l'arrivée ou à l'annonce d'implantation au Canada d'une cinquantaine de sociétés étrangères.

Or, le 25 juin dernier, le ministre fédéral des Finances a déposé aux Communes un document intitulé «Un cadre pour l'avenir», où il propose de hausser à 20 % la limite actuelle de 10 % des actions avec droit de vote d'une banque qu'une personne pourrait dorénavant détenir. On y apprend aussi que le ministre a décidé de ne pas autoriser les banques à vendre des produits d'assurance. Nous reviendrons à ce sujet dans le prochain numéro.

## **7. Les résultats du quatrième trimestre de 1998 des assureurs IARD canadiens**

L'industrie de l'assurance IARD canadienne a souscrit des primes nettes totalisant 4,9 milliards de dollars, au cours du quatrième trimestre de l'année 1998, par rapport à 4,4 milliards de dollars au cours du trimestre correspondant de l'année 1997. Les sinistres nets, pour leur part, ont totalisé 3,5 milliards de dollars par rapport à 3,5 milliards au troisième trimestre de 1997. Les résultats techniques (296 millions de dollars pour ce trimestre) sont toujours déficitaires. Les revenus nets après impôt ont totalisé 304 millions de dollars par rapport à 498 millions de dollars, en ce qui concerne le trimestre correspondant de l'an dernier.

Pour l'année, les assureurs ont émis des primes nettes totalisant 18,9 milliards de dollars, subi des sinistres nets de 13,6 milliards de dollars et réalisé des revenus nets après impôt totalisant 1,1 milliard de dollars.

Voyons les résultats tirés du dernier *Quarterly Report* :

### QUATRIÈME TRIMESTRE – 1998

(en millions de dollars)	totaux trimestriels		total annuel
	1998	1997	1998
Primes nettes émises	4 964	4 479	18 914
Primes gagnées	4 811	4 573	18 389
Sinistres nets	3 514	3 256	13 659
Rapport sinistres à primes net	73,0 %	71,2 %	74,3 %
Frais encourus	1 611	1 451	6 120
Gains techniques avant impôt	- 296	- 110	- 1 314
Rapport combiné	106,5 %	102,9 %	107,6 %
Rapport de souscription	- 6,1 %	- 2,4 %	- 7,1 %
Revenus de placement avant impôt	547	551	2 160
Gains de capital	36	279	660
Revenus d'opération après impôt	304	498	1 146

Source : *The Quarterly Report* – 4th Quarter 1998.

## 8. La loi fédérale sur la démutualisation est adoptée au Sénat

Le Sénat a approuvé, au printemps dernier, le projet de loi fédéral visant la démutualisation des grandes sociétés mutuelles canadiennes d'assurance vie. Il ne manque que la sanction royale pour que cette loi soit en vigueur, vraisemblablement à l'automne. Plus de deux millions d'assurés à travers le monde seraient touchés par la transformation des sociétés mutuelles canadiennes en sociétés par actions. On estime à 10 milliards de dollars les montants qui seraient alors distribués par les quatre grandes sociétés mutuelles, à savoir la Mutuelle du Canada, la Financière Manuvie, Sun Life et Canada Vie.

## 9. Le point sur la réassurance mondiale, selon la compagnie Suisse de Ré

Alors que la part de marché des quatre plus importants réassureurs à l'échelle mondiale était passée de 22 % à 29 % entre 1990 et 1996, elle s'établirait aujourd'hui à 34 %, selon la revue Sigma

(autre son de cloche pour le président des AGG qui observait une part de marché des quatre grands largement supérieure : 48 %). La bande des quatre se compose de la Munich Ré, de la Suisse de Ré, de General Re et d'Employers Re. Ce phénomène de concentration, qui a pris racine dans les années 1980 à l'occasion de la crise de l'assurance de responsabilité et qui s'est accéléré au début des années 1990 par l'explosion des catastrophes naturelles, continue de croître sous l'impulsion de la recherche de la qualité et de la solvabilité. On a observé aussi que d'autres forces remodelent le marché de la réassurance, notamment l'extension des activités à l'extérieur des branches d'affaires habituelles, voire même à l'extérieur du champ de la réassurance, soit du côté de l'assurance directe.

Le bulletin Sigma (No 9, 1998), publié par la Suisse de Ré, nous apprend en outre que le marché mondial de la réassurance s'est accru de 2,6 % par année depuis le début de cette décennie, une croissance qui devance fortement celle du marché primaire qui a affiché, durant la même période, un taux moyen de 1,7 %. Le total des primes de la réassurance mondiale s'élevait à 124 milliards de dollars américains en 1997, dont 83 % étaient issus de la branche d'assurance IARD et 17 % de celle de l'assurance vie et maladie. En 1998, le chiffre d'affaires mondial de la réassurance a atteint 171 milliards de dollars, soit 145 milliards dans la branche réassurance de dommages (dont la majeure partie de l'activité provient des risques industriels) et 26 milliards dans celle de la réassurance vie.

Réunis à Monaco à l'occasion du traditionnel *Rendez-vous de septembre* (l'occasion est propice pour commencer à renégocier les traités qui arrivent en général à échéance le 31 décembre), les réassureurs n'ont rien fait cette année pour désamorcer la guerre des prix.

## 10. Tableau des catastrophes naturelles en 1998

Nous avons publié dans le dernier numéro de la Revue (avril 1999) le nombre et le coût faramineux des catastrophes naturelles en 1998. En voici un bref rappel. Leur coût s'est élevé à 90 milliards de dollars US, par rapport à 30 milliards de dollars en 1997. Elles ont provoqué la mort de 50 000 personnes, soit 37 000 de plus que l'année précédente.

Dans le monde, la facture représente près de 15 milliards de dollars US, soit trois fois plus que l'année précédente. Au Canada, les sinistres liés à la tempête de verglas représentent un montant de 1,44 milliard de dollars, trois fois plus que l'ancien record canadien pour une année. Les 2/3 de cette somme furent couverts par la réassurance.

Le groupe Munich Re a publié de tableau suivant des dix catastrophes naturelles les plus importantes en 1998 (tableau reproduit dans *Journal de l'assurance* – mars 1999) :

Date	Événement	Lieu	Dommmages (millions \$ US)	Dommmages assurés (\$)	Morts
Janvier	Tempête de verglas	Canada États-Unis	2 500	1 150	23
Février	Tremblement terre	Afghanistan	–	–	4 600
Mai	Tremblement terre	Afghanistan	–	–	4 500
Mai/août	Feux de forêts	États-Unis	4 275	–	130
Mai/sept.	Inondations	Chine	30 000	1 000	3 656
•uin	Cyclone	Inde	1 700	400	10 000
Juil./sept.	Inondations	Inde, Bengladesh	5 000	–	4 500
Sept.	Ouragan Georges	Caraïbes, USA	10 000	3 300	4 000
Sept.	Typhon	Japon	1 500	700	18
Oct./nov.	Ouragan Mitch	Amérique Centr.	5 000	150	9 200

## 11. L'industrie canadienne de l'assurance de personnes et les technologies de l'information

Selon une étude réalisée par Price Waterhouse en 1998, l'industrie canadienne de l'assurance de personnes a investi plus de 900 millions de dollars depuis une trentaine d'années dans les technologies de l'information pour améliorer ses systèmes et réduire ses coûts de traitement, ce qui représente 3 % de ses coûts annuels.

Ces dépenses sont importantes, car la course technologique est une obligation pour une industrie dont les systèmes informatiques sont non seulement un outil mais un objet de vente. Les sociétés d'assurance fonctionnent de moins en moins avec du papier. Les ventes se font par transfert électronique. Les sociétés communiquent aussi avec les courtiers par la voie électronique.

## 12. Statistiques sur l'industrie de l'assurance de personnes (1998)

L'industrie canadienne de l'assurance de personnes est une puissante locomotive économique. À elles seules, les sociétés d'assurance vie et de secours mutuels possèdent des actifs de près de 290 milliards de dollars (31 mars 1998). Les Canadiens occupent le deuxième rang, derrière les Japonais, pour l'achat d'assurance vie et d'assurance maladie, la moyenne des sommes assurées par personne étant de 81 000 dollars.

Cette industrie est en profonde mutation, due à la démutualisation, d'une part, et à la concentration, d'autre part. Certains spécialistes estiment même que, d'ici cinq ans, les cinq principales sociétés actuelles seront sans doute regroupées en deux très grands groupes, de taille mondiale, avec des capitalisations boursières de quelques dizaines de milliards de dollars et des activités très diversifiées, tant sur le plan géographique que sectoriel.

### **13. La Convention de Montréal succède à la Convention de Varsovie**

Les représentants de quelque soixante pays membres de l'OACI, un organisme des Nations unies qui a son siège à Montréal, ont signé le 28 mai 1999 la Convention de Montréal qui augmente à 135 000 dollars (par rapport à 16 000 dollars actuellement) l'indemnisation maximale qui pourra être accordée aux héritiers d'un passager mort à la suite d'un accident d'avion (vol international), sans égard à la responsabilité du transporteur ni au genre d'accident (ex. acte de terrorisme). Ce nouveau plafond pourra être rehaussé tous les cinq ans en fonction de l'inflation. De plus, l'accord prévoit que des paiements anticipés pourront être versés aux dépendants des victimes d'accidents, avant même qu'un règlement final n'intervienne.

L'actuelle Convention remplace l'ancienne Convention de Varsovie, signée en 1929 et amendée à plusieurs reprises, et elle collige dans un seul acte juridique une série de réglementations disparates appliquées inégalement dans le monde.

En vertu du nouveau régime sans égard à la responsabilité, les représentants des victimes conservent le droit de poursuivre le transporteur pour des dédommagements supérieurs à la compensation maximale, s'ils ont des motifs de croire qu'ils ont commis une faute, dont la preuve leur incombe. L'OACI obligera dorénavant les transporteurs à lui soumettre une preuve d'assurance. L'OACI et les transporteurs se sont entendus pour réduire de moitié le nombre d'accidents d'ici l'an 2005, date à laquelle le nombre de passagers aura doublé par rapport au début de la décennie. En effet, on estime à deux milliards le nombre de passagers aériens dans le monde dans six ans.

Seulement la moitié des 122 pays participant à la Conférence de Montréal ont paraphé l'entente de Montréal. Celle-ci entrerait en vigueur à la fin de l'an 2000, quand au moins 30 pays l'auront ratifiée.

#### 14. Le point sur le bogue de l'an 2000

Selon une enquête de Statistique Canada, publiée le 27 avril dernier (*Enquête sur la préparation à l'an 2000*), il semble que 99,5 % des 1 600 grandes entreprises canadiennes (employant plus de 250 préposés) seraient prêtes à affronter les problèmes liés au passage au nouveau millénaire.

Même constat du côté des ministères et des organismes publics. Tous devraient faire le saut du siècle sans souci. Au Québec, un communiqué émanant du Conseil du Trésor, daté du 1<sup>er</sup> mai, précise que le gouvernement québécois, les sociétés d'État et les réseaux de la santé et de l'éducation sont presque prêts pour le passage à l'an 2000. C'est le cas à Hydro-Québec, où l'adaptation des systèmes stratégiques est complétée à 98,6 %. Rappelons que le Conseil du Trésor a constitué un Bureau de coordination, en 1998, afin d'assurer la préservation des données du Gouvernement et de ses organismes. L'équipe comprend 102 coordonnateurs oeuvrant dans les différents ministères, sociétés d'État ou réseaux.

Au palier fédéral, l'opération a été réalisée par 8 000 fonctionnaires et 3 000 contractuels. Selon le Bureau du Projet de l'an 2000, le Canada est l'un des pays actuellement les mieux préparés au fameux passage (prêts à 93 % actuellement), avec les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie.

En ce qui concerne les petites et moyennes entreprises, près de 90 % de celles-ci ont pris des mesures pour s'assurer que leurs systèmes critiques fonctionneront correctement à l'heure fatidique. Mais elles étaient encore insuffisamment préparées.

Du côté des grandes municipalités (celles qui abritent les trois quart des Canadiens), on estime que plus de 90 % d'entre elles devraient avoir terminé les préparations de leurs services d'urgence (police, ambulance et incendie) d'ici la fin du mois d'octobre.

Au niveau mondial, le coût du passage à l'an 2000 est évalué entre 300 et 1 500 milliards de dollars. Le coût de l'opération au Canada : 60 milliards de dollars, gouvernements et entreprises confondus.

Une grande inconnue subsiste pour les entreprises concernées, elles-mêmes prêtes à affronter le grand passage : quel est le degré de préparation des fournisseurs, surtout les plus petites entreprises, car les dates informatisées sont disséminées partout où il y a des applications informatiques, des plus gros équipements jusqu'aux plus petits outils ?

## **15. Face au grand sinistre, au soir du 31 décembre, penser au plan d'urgence**

Après la prévention, la protection. *La Tribune de l'assurance* (mars 1999) précise que le CDIA a publié, en mars dernier, une brochure à l'intention des entreprises. Cette brochure explique en détail le processus de mise en place d'un plan de protection en cas de sinistre, articulé autour de trois points. En voici les grandes lignes.

- Protéger les dispositifs internes défaillants

On commence par faire un inventaire des éléments stratégiques de l'entreprise, c'est-à-dire les éléments qui peuvent provoquer des préjudices personnels ou des dommages matériels.

- Protéger les moyens et les personnes

Il faut entendre tout ce qui est nécessaire au fonctionnement de l'entreprise : la continuité de l'alimentation électrique, la distribution d'eau, les télécommunications, le service du courrier et les locaux de secours.

- Mettre en place un dispositif de crise

Ce dispositif passe par un plan et une cellule de crise. On établit les priorités et les responsabilités. On élabore des procédures pratiques sur la sécurité des personnes et des biens et une plus grande vigilance contre les vols et les fraudes.

Enfin, pour le 1er janvier 2000 (samedi) et le 3 janvier 2000 (premier jour ouvrable), des procédures spécifiques doivent être définies afin de centraliser les incidents.

## **16. Service d'assistance psychologique**

Les assureurs sont de plus en plus engagés en partenariat dans l'offre de différents services d'assistance : droit, voyage, victimes d'accidents, santé, aide aux convalescents, aide aux employés, assistance internationale. Le dernier en date, le Service d'assistance psychologique, lancé conjointement en mai dernier par Sigma Assistel, une filiale de l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne, et McKinnon Groupe Conseil Inc., une firme-conseil spécialisée dans le développement des ressources humaines et organisationnelles, permet d'obtenir de l'aide pour pallier à certaines difficultés d'ordre psychologique : adaptation dans une famille reconstituée, évolution d'un enfant ou d'un adolescent, conflit au travail ou au domicile, perte d'un être cher, et autres.



Il suffit de composer, du lieu de sa résidence ou d'un autre lieu, le numéro de téléphone prévu à cet effet, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'aide est confidentielle et anonyme.

Ce service d'assistance, voué aux préoccupations d'ordre psychologique, serait une première au Québec. Pour obtenir des renseignements additionnels, on peut contacter Sigma Assistel.

## **17. Aegon achète Transamerica**

La compagnie d'assurance néerlandaise achetait, en février dernier, la compagnie américaine Transamerica au coût de 9,7 milliards de dollars US. Leurs activités américaines seraient fusionnées dès cet été. L'union des forces des deux entités créerait la troisième plus importante société d'assurance vie aux États-Unis sur le plan des actifs et des primes.

## **18. Les trois premiers assureurs allemands**

La fusion annoncée des deux premières sociétés mutuelles allemandes, soit HDI de Hanovre et HUK de Coburg (Bavière), créerait le troisième plus important assureur allemand, générant des primes totalisant 11,2 milliards d'euros, après Allianz et Ergo. Cette fusion devrait être ratifiée lors des assemblées générales des deux sociétés en juillet.

## **19. La création de captives s'accroît**

La création de compagnies captives dans le monde ne cesse de s'accroître, malgré le cycle baissier en cours et la prolifération d'alternatives à l'assurance sur le marché des capitaux. Le nombre total des captives serait maintenant estimé à 4 135, selon un répertoire publié par la firme d'actuariat-conseil Tillinghast-Towers Perrin, ce qui représenterait des primes totalisant 21,3 milliards de dollars US en 1998, une hausse de 18 % par rapport à l'année précédente. Leur capital total et leur surplus sont estimés à 54 milliards de dollars US, une hausse de 20 % depuis deux ans.

## **20. Le rapport de l'année 1998 de l'Inspecteur général des institutions financières**

Le rapport annuel de l'Inspecteur général des institutions financières (IGIF) pour l'année 1998, déposé le 16 juin dernier, dresse un bilan peu reluisant en général sur la rentabilité des institutions financières québécoises en 1998.

Les 12 sociétés d'épargne québécoises ont vu passer leur bénéfice de 1,2 milliard de dollars en 1997 à 789 millions de dollars en 1998. Leur actif a également diminué de 4,5 % pour la même période.

Du côté des caisses d'épargne et de crédit, l'actif cumulé a progressé de 1,4 %, de 53,6 milliards de dollars à 54,4 milliards de dollars, mais leur rentabilité a été moindre, ce qui serait explicable par une hausse des frais d'exploitation. Les caisses et les fédérations Desjardins ont cependant amélioré leur capitalisation, celle-ci passant de 4 à 4,1 milliards de dollars.

Pour ce qui est des sociétés de fiducie, elles ont connu une augmentation de 15,4 % de leurs activités fiduciaires, alors que leur rentabilité est demeurée stable (319,5 millions de dollars).

Enfin, les compagnies d'assurance à charte québécoise en assurance de dommages ont vu leur bénéfice net baisser de 45,4 %, passant de 1,9 milliard de dollars à 1 milliard de dollars et les compagnies oeuvrant en assurance de personnes ont également vu leur chiffre d'affaires diminuer de 10,3 % en 1998, et leur bénéfice net de 3,4 %. La part de marché des assureurs québécois (assurances de dommages et de personnes) est passée de 42,9 % en 1997 à 41,8 % en 1998.

## NEWS FROM IBC / NOUVELLES DU BAC

by various IBC's contributors /  
par différents collaborateurs du BAC

### **A. *Financial Affairs*, A quarterly report from IBC's Financial Affairs Committee, March 1999.**

#### ■ **Committee matters, by Stuart Kistruck**

Financial Affairs Committee is responsible for financial, tax and regulatory issues. Its principal mandates are actually the following:

#### Review of OSFI's spending plans

The federal Superintendent, John Palmer, will meet again this year with the members of the Financial Affairs Committee to discuss OSFI's spending plans for 1999/2000. As in previous years, this will provide an opportunity to discuss assesment rates, OSFI user-fees, and other changes.

We anticipate a discussion concerning the current restructuring underway at OSFI. Significant reforms are taking place.

The meeting is scheduled for April 20.

#### Financial Affairs Symposium

The third annual IBC financial Affairs conference will be held on Wednesday, March 24, at the Toronto Sheraton Centre.

Fred Gorbet is the keynote speaker. Fred was the Executive Director of the Task Force on the Future of the Financial Service Sector, and he will share his views on legislative reform options.

Like the last two years, the session will address emerging issues for P&C insurers in taxations, reporting and regulations.

### Pre-budget consultations

IBC is participating in discussions with federal and provincial authorities concerning public spending and revenue priorities. This annual process is a critical element of our ongoing discussion on taxation and regulatory reform.

#### ■ **Tax Panel, by Eileen Young**

Eileen Young has volunteered to chair the Tax Panel for 1999. Here are some of the main mandates.

### Surety contracts

A new legislative provision has been introduced by the Department of Finance to deal with performance bonds. The new section ensures that the recipient of construction services must pay GST on any contract payment still owing after the surety carries on the construction. The changes apply to transactions occurring after October 8, 1998.

### Ontario capital tax

Throughout the fall, IBC has worked with the CLHIA to discuss solutions to recent changes in the Ontario Capital Tax that inadvertently imposed additional tax on insurance companies in a holding company framework. The legislative changes required to amend the Ontario Capital Tax were proclaimed into law in December 1998. A change in regulation is also required. The Tax Panel will continue to monitor this issue.

### Mark-to-market

The working group continues its work to prepare a mark-to-market submission to the Department of Finance in early 1999. The submission will advance several new arguments including the results of a short survey to members of the tax panel to gauge the volatility of tax instalments. Research shows that there is no other country that marks financial institutions' securities to market for tax purposes when this is not also the treatment for book purposes. The group is investigating further details.

### Head office account

Revenue Canada's work to interpret the tax status of the Head Office Account is ongoing. Member companies with audit experience regarding Revenue's position on the Head Office Account are encouraged to contact IBC.

### Transfer pricing

The Tax Panel will examine transfer pricing. Early work suggests that the major vulnerability cited in this presentation was with reinsurance arrangements with a foreign parent. The members of the Panel agreed to approach individuals within their companies about this issue.

### Multi-national regulations

The Tax Panel has begun work on determining the implications for the P&C industry of the Department of Finance's draft multi-national regulations for life companies.

### ■ **Financial Issues, by Doug Hogan**

Doug Hogan has agreed to assume responsibility as chair, following Norm McIntyre's completion of term as chair of the subcommittee.

### IASC insurance accounting project

The International Accounting Standards Committee (IASC) is expected to produce an exposure draft proposing new comprehensive standards for financial reporting (accounting and disclosure) for insurance in mid-1999. This report is expected to propose significant changes to financial reporting for insurance companies. Doug Hogan is participating on a CICA Task Force to develop a Canadian response to the IASC project. There is little consensus at this early stage on many important issues among the members of the task force, including how and when to recognize revenue and catastrophic exposure.

The subcommittee will actively monitor the issues raised by this project and the subcommittee will devote a portion of its next meeting discussing the implications of the IASC project for Canadian P&C reporting. If the subcommittee achieves its own consensus on key issues, it will recommend an IBC response to the exposure draft.

### Discounting

OSFI's work on the discounting of actuarial provisions has halted until the broader issues raised by the IASC Insurance Accounting project report can be considered. However, The Canadian Institute of Actuaries continues to actively work to meet the conditions raised by OSFI's 1997 discussion paper. The subcommittee will continue to monitor this issue.

### Quebec derivative guideline

Quebec's Inspector General of Financial Institutions has approached IBC about a new draft Derivative Guideline for P&C insurers. The Quebec regulator is aware of OSFI's existing derivative guideline, but wishes to tailor a specific guideline for P&C insurers. They have noted the increased likelihood of P&C insurers using derivatives to manage their earthquake exposure. The members of the subcommittee will assist IBC's Montreal office in providing input to the Quebec regulator's guideline in 1999.

### Annual disclosure guideline

OSFI is currently redrafting its Annual Disclosure Guideline. The subcommittee members continue to feel that the majority of the disclosure required by the guideline mirrors the disclosure requirements of the CICA and the CIA. However, this is a high priority for OSFI and who intend that the new guideline will be effective for fiscal 1999.

## **B. Perspective, A quarterly analysis of the financial performance of Canada's P&C insurance industry, Vol 5, Number 1, March 1999.**

### ■ **A year to remember, by Paul Kovacs**

The January ice storm was the defining event for the Canadian insurance industry during 1998. More than 700,000 claims were paid, worth a total of \$1.44 billion, three times greater than any previous event – a remarkable challenge and triumph for the country and the insurance industry. Certainly a year to remember.

The ice-storm, cyclical weakness and lower investment income contributed to a decline in industry earnings of 42 percent last year. Preliminary year end results published by Statistics Canada show that the industry's combined ratio increased from 103.1 in 1997, to 107.6 last year.

Adjusted for the one-time costs associated with the ice-storm, the results show a slight deterioration last year in several key measures of industry performance. This reflects cyclical weakness. The cost of auto insurance in Ontario, for example, has declined by more than 10 percent over the past two years. Several other insurance markets across the country are also soft. Even a major event like the ice storm did not affect these soft markets.

The industry's investment income, excluding realized gains, did not grow last year. Canadian equity markets lost more than 30 percent of their value, on average, between April and October, reflecting international economic problems. Reliance primarily on interest income, and strength in equity markets in the early and final parts of the year ensured stable investment income for the industry.

Insurers ended the year with solid industry fundamentals, strong capitalization, and, adjusted for the ice storm, most underwriting performance measurers remain near the strongest level in twenty years. The industry continues to maintain sound fundamentals. A return to firmer markets, however, may take another 12 to 18 months.

\*\*\*

## **A. *Affaires Financières*, Rapport trimestriel du Comité des affaires financières, mars 1999.**

### **■ Le Comité en bref, par Stuart Kistruck**

Le Comité des affaires financières se penche sur des questions financières, fiscales et législatives. Il s'intéresse actuellement aux trois mandats suivants :

#### Examen des plans et dépenses du BSIF

Le surintendant fédéral, John Palmer, rencontrera encore une fois cette année les membres du Comité des affaires financières pour discuter des plans de dépenses du BSIF pour 1999-2000. Comme par les années antérieures, cette rencontre permettra de discuter des taux de cotisation et des frais d'utilisation imposés par le BSIF, et d'autres modifications.

Nous prévoyons un échange sur la restructuration en cours au BSIF. Le Bureau procède actuellement à d'importantes réformes. La rencontre est prévue pour le 20 avril.

#### Colloque sur les affaires financières

Le troisième colloque annuel du BAC sur les affaires financières se tiendra le mercredi 24 mars, au Centre Sheraton de Toronto.

Fred Gorbet sera le conférencier invité. Fred Gorbet était directeur exécutif du Groupe de travail sur l'avenir du secteur des services financiers canadien. Il commentera les options relatives à la réforme de la législation.

Comme au cours des deux dernières années, le colloque portera sur les nouvelles questions auxquelles les assureurs de dommages sont confrontés, notamment au chapitre de la fiscalité, des rapports et de la réglementation.

### Consultations prébudgétaires

Le BAC participe à des discussions avec le gouvernement fédéral et les provinces au sujet des priorités en matière de recettes et de dépenses publiques. Ce processus annuel constitue un élément essentiel de nos discussions permanentes sur la réforme de la fiscalité et de la réglementation.

### ■ **Groupe de travail sur la fiscalité, par Eileen Young**

Les travaux du Comité seront présidés en 1999 par Eileen Young. Voici quelques-uns des principaux mandats.

#### Contrats de cautionnement

Une nouvelle disposition législative a été déposée par le ministre des Finances au sujet des cautions d'exécution. En vertu du nouvel article, le bénéficiaire de services de construction doit payer la TPS sur les versements à effectuer au terme du contrat après la poursuite des travaux de construction suivant l'application de la caution. Les modifications s'appliquent aux opérations effectuées après le 8 octobre 1998.

#### Impôt sur le capital en Ontario

Par ailleurs, pendant tout l'automne, le BAC a collaboré avec l'ACCAP pour discuter de solutions à la suite des récents changements apportés à l'impôt sur le capital en Ontario qui ont malencontreusement l'effet d'imposer un impôt supplémentaire aux sociétés d'assurance membres d'une société de portefeuille. Les modifications apportées à la Loi pour changer l'impôt sur le capital de l'Ontario ont été promulguées en décembre 1998. Il faudra également modifier la réglementation. Le Comité de travail sur la fiscalité continuera de suivre l'évolution de cette question.

#### Évaluation au prix du marché

Le Groupe de travail poursuit ses travaux en vue de préparer un mémoire sur l'évaluation au prix du marché qui sera remis au ministère des Finances au début de 1999. Ce mémoire renfermera plusieurs arguments nouveaux, y compris des résultats d'un court



sondage auprès des membres du Groupe de travail sur la fiscalité pour mesurer l'instabilité des comptes provisionnels. Les recherches indiquent qu'aucun autre pays n'évalue les titres des institutions financières auprès du marché aux fins de l'impôt si ce n'est pas déjà le cas aux fins comptables. Le Groupe examine d'autres détails.

### Compte du siège social

Les travaux effectués par Revenu Canada en vue d'interpréter le statut fiscal du compte du siège social se poursuivent. Nous recommandons aux sociétés membres qui possèdent l'expérience de la vérification au sujet de la position de Revenu Canada relativement au compte du siège social de communiquer avec le BAC.

### Prix de transfert

Le Groupe de travail sur la fiscalité examinera la question du prix de transfert. Selon les premiers travaux effectués, la majeure partie de la vulnérabilité exprimée dans le mémoire avait trait à des accords de réassurance avec une société mère étrangère. Les membres du Groupe de travail ont accepté de consulter des représentants de leurs sociétés au sujet de cette question.

### Réglementation internationale

Le Groupe de travail sur la fiscalité a amorcé ses travaux en vue de déterminer les répercussions du projet de réglementation internationale des sociétés d'assurance vie proposée par le ministère des Finances sur le secteur des assurances de dommages.

## ■ **Finances, par Doug Hogan**

Doug Hogan a accepté d'assumer la présidence du sous-comité après la fin du mandat de Norm McIntyre à ce poste.

### Projet du CINC sur la comptabilité d'assurance

Le Comité international de la normalisation de la comptabilité (CINC) devrait produire un exposé sondage dans le but de proposer des nouvelles normes détaillées pour les rapports financiers (comptabilisation et divulgation) des sociétés d'assurance au milieu de 1999. Les auteurs de ce rapport devraient proposer d'importantes modifications au rapport financier des sociétés d'assurance. Doug Hogan participe aux travaux d'un groupe de travail de l'ICCA pour mettre au point la réponse du Canada au projet du CINC. Pour le

moment, les membres du Groupe de travail s'entendent peu sur bon nombre de questions importantes, y compris sur la façon et le moment de comptabiliser les recettes et les risques de sinistres.

Le sous-comité surveille de près les questions soulevées par ce projet et il consacrerá une partie de sa prochaine réunion à une discussion sur l'incidence du projet du CINC sur les rapports des sociétés canadiennes d'assurance de dommages. Si le sous-comité établit son propre consensus au sujet des questions principales, il recommandera au BAC de rédiger une réponse à l'exposé sondage.

### Actualisation

Le BSIF a interrompu ses travaux sur l'actualisation des réserves actuarielles jusqu'à ce que les questions de plus grande envergure soulevées par le rapport du projet du CINC sur la comptabilité d'assurance soient examinées. Cependant, l'Institut canadien des actuaires poursuit activement ses travaux pour respecter les conditions posées par le BISF dans son document de travail de 1997. Le sous-comité continuera de suivre l'évolution de cette question.

### Ligne directrice du Québec sur les instruments dérivés

L'Inspecteur général des institutions financières du Québec s'est adressé au BAC au sujet d'un nouveau projet de ligne directrice sur les produits dérivés pour les assureurs de dommages. L'organisme de réglementation du Québec connaît l'existence de la ligne directrice du BSIF au sujet des instruments dérivés, mais désire élaborer une ligne directrice adaptée aux assureurs de dommages. L'inspecteur a noté que les assureurs de dommages sont plus susceptibles d'utiliser les instruments dérivés pour gérer le risque de tremblement de terre. Les membres du sous-comité aideront le bureau du BAC à Montréal à participer à la mise au point de la ligne directrice de l'organisme de réglementation du Québec en 1999.

### Ligne directrice sur la divulgation annuelle

Le BSIF reformule actuellement sa ligne directrice sur la divulgation annuelle. Les membres du sous-comité continuent de croire que la plus grande partie des renseignements exigés en vertu de la ligne directrice s'apparente de près aux exigences de divulgation de l'ICCA et de l'ICA. Cependant, cette question est prioritaire pour le BSIF, qui entend mettre la nouvelle ligne directrice en oeuvre pour l'exercice 1999.

## **B. Perspectives, Analyse trimestrielle de la situation financière de l'industrie canadienne des assurances IARD, Volume 5, numéro 1, mars 1999.**

### **■ Une année mémorable, par Paul Kovacs**

La tempête de verglas de janvier a été le point tournant en 1998 pour l'industrie canadienne de l'assurance. Plus de 700 000 demandes d'indemnisation totalisant 1,44 milliard de dollars ont été réglées, soit trois fois plus qu'à l'issue de tout autre sinistre de notre histoire. Il s'agit d'un défi et d'un succès remarquables pour le pays et pour l'industrie de l'assurance. Ce sera certainement une année mémorable.

La tempête de verglas, la faiblesse cyclique et la baisse des revenus de placement ont contribué à la baisse de 42 % des revenus de l'industrie l'an dernier. Selon les données préliminaires de fin d'année publiées par Statistique Canada, le ratio combiné de l'industrie a augmenté, passant de 103,1 à 107,6 % entre 1997 et 1998.

En tenant compte des coûts ponctuels attribuables à la tempête de verglas, on observe une légère détérioration, l'an dernier, de plusieurs indicateurs du rendement de l'industrie. Cela reflète une faiblesse cyclique. Par exemple, le coût de l'assurance automobile en Ontario a reculé de plus de 10 % au cours des deux dernières années. Plusieurs autres marchés de l'assurance à travers le pays affichent une certaine faiblesse. Mais même un sinistre comme la tempête de verglas n'a pas contribué au redressement de ces marchés.

Abstraction faite des gains réalisés, le revenu de placement de l'industrie n'a pas augmenté l'an dernier. Entre avril et octobre, les bourses canadiennes ont perdu plus de 30 % de leur valeur en moyenne, reflétant les bouleversements économiques internationaux. Le recours privilégié au revenu d'intérêt et la vigueur des marchés boursiers au début et à la fin de l'année ont contribué à la stabilité du revenu de placement de l'industrie.

Les assureurs ont terminé l'année en bénéficiant de la solidité des fondements de l'industrie et d'une solide capitalisation. En outre, compte tenu de la tempête de verglas, la plupart des mesures de rendement des activités de souscription demeurent près de leur niveau le plus élevé en 20 ans. L'industrie continue de demeurer saine. En revanche, le raffermissement des marchés pourrait prendre encore 12 à 18 mois.



## CHRONIQUE ACTUARIELLE

par Louise Labrèche

### LES CONSÉQUENCES DU TABAGISME POUR LES EMPLOYEURS ET LES PROGRAMMES ANTITABAC

Les risques de l'usage du tabac pour la santé sont bien connus. Le tabagisme est d'ailleurs l'objet chaque année de nombreuses études et statistiques concluantes.

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux ont adopté ces dernières années plusieurs lois et règlements visant à sensibiliser la population aux dangers que présente l'usage du tabac pour la santé. On observe notamment que la publicité et la promotion des produits du tabac font l'objet de nombreuses limitations<sup>1</sup>. De plus, diverses formes de restrictions à l'usage du tabac se retrouvent dans la majorité des lieux publics.

La lutte contre le tabagisme représente sans contredit un enjeu social dont l'importance se reflète de plus en plus dans les milieux de travail.

Il est aujourd'hui interdit de fumer dans tous les établissements de compétence fédérale ainsi que dans les administrations provinciales en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et dans l'administration des Territoires du Nord-Ouest.

Les lois provinciales (à l'exception de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard<sup>2</sup>) confèrent le pouvoir aux municipalités de déterminer par règlement les politiques sur les limitations de l'usage du tabac, le plus souvent dans les lieux publics tels les restaurants, les établissements de l'industrie de l'accueil, etc., mais tendent à englober de plus en plus les milieux de travail.

---

**L'auteure :**

Louise Labrèche, F.I.C.A., F.S.A., est vice-présidente du Groupe-conseil Aon inc.

Après avoir interdit l'usage du tabac dans les milieux de travail et dans un grand nombre de lieux publics dont les centres commerciaux, le conseil municipal de la ville de Toronto envisage encore une fois d'étendre l'interdiction aux restaurants, aux salles de quilles et aux casinos.

L'usage du tabac en milieu de travail fait l'objet d'une réglementation partout au Canada. Le Québec, qui figurait parmi les provinces les plus permissives à ce chapitre, verra cette année (au plus tard le 17 décembre 1999) l'entrée en vigueur de dispositions interdisant de fumer dans les lieux de travail<sup>3</sup>. Par conséquent, les employeurs devront choisir entre un environnement sans fumée et l'aménagement de fumeurs fermés et ventilés selon certaines spécifications.

Les lois provinciales exigent notamment des employeurs qu'ils implantent des politiques concernant l'usage du tabac sur leurs lieux d'affaires, qu'ils voient à leur application (incluant les sanctions aux contrevenants) et, lorsqu'ils permettent aux employés de fumer, qu'ils désignent et aménagent des aires fermées à cet effet, de taille définie et munies de systèmes de ventilation spécifiques ou de dispositifs de retenue. De plus, ces lois imposent des amendes à l'exploitant d'un lieu qui tolère des fumeurs là où il est interdit de fumer ou qui contrevient aux normes d'installation et d'affichage des espaces désignés pour fumer.

L'usage du tabac dans les milieux de travail a des répercussions déterminantes sur bon nombre d'aspects touchant la principale ressource de l'entreprise : ses employés. Plus particulièrement, on s'inquiète de la santé des employés fumeurs et des effets de la fumée secondaire pour les non-fumeurs.

### **Des coûts réels**

Les employés qui fument représentent des coûts réels pour l'employeur, parmi lesquels on compte notamment l'accroissement de l'absentéisme, la baisse de productivité, l'augmentation des primes d'assurance vie et les frais engagés pour l'installation des aires pour fumeurs. On observe également que les fumeurs coûtent cher aux régimes d'assurance médicaments, puisqu'ils ont tendance à consommer plus de médicaments que les non-fumeurs. Une étude a d'ailleurs estimé que la totalité des sommes moyennes engendrées pour chacun des coûts mentionnés ci-dessus s'élève à plus de 2 500\$ par année, par employé<sup>4</sup>.

Dans ce contexte, l'implantation d'un programme antitabac auprès des employés peut constituer une stratégie qui tend à mener vers des économies importantes pour l'employeur car il peut contribuer à réduire le fardeau financier du tabagisme. De plus, beaucoup d'employés pourraient être plus enclins à vouloir cesser de fumer sachant qu'ils disposent d'un support approprié en milieu de travail.

Cependant, l'implantation d'un programme antitabac représente également un investissement. Si le programme choisi n'est pas adéquat, il se traduira pour l'employeur en une dépense supplémentaire sans résultat concret.

### **Une question de volonté**

L'employeur doit être sensibilisé au fait que, dans tous les cas, cesser de fumer constitue une responsabilité individuelle : il ne peut s'agir que d'une volonté personnelle de la part de chacun des employés qui choisissent de participer au programme.

Il faut aussi garder à l'esprit qu'un programme antitabac est élaboré comme étant un processus qui s'accompagne souvent de rechutes. Le taux de succès escompté devra être réaliste et réalisable.

Avant d'opter pour l'implantation d'un programme antitabac, l'employeur doit donc procéder à l'analyse de diverses questions, notamment :

- Y a-t-il une politique sur le tabac dans l'entreprise?
- Quels sont les objectifs d'un programme antitabac dans l'entreprise?
- Quels sont les résultats attendus (réalistes et réalisables)?
- Le programme est-il intégré à une démarche de «santé» plus globale?
- Qui chapeaute le programme antitabac?
- Quelles sommes sont disponibles?

Toutes ces questions forcent une réflexion qui permettra de faciliter le choix d'une intervention adéquate s'inscrivant dans une stratégie de « gestion de la santé » propre à l'entreprise. Ainsi, on pourra simplement rendre disponible l'information sur les moyens pour cesser de fumer, ou encore mettre de l'avant un programme complet antitabac adéquat en entreprise.

### **Les programmes antitabac**

Les programmes antitabac peuvent comprendre diverses méthodes de désaccoutumance au tabac, notamment :

- les méthodes individuelles (sevrage brutal);
- les programmes de modification du comportement;
- les programmes de consultation en groupe;
- l'hypnose, l'acupuncture, le traitement au laser, etc.;
- les méthodes médicamenteuses (timbres de nicotine et pilule sans nicotine).

#### **Le choix d'un fournisseur**

Les fournisseurs de programmes de désaccoutumance étant nombreux, l'employeur devra rechercher celui qui est en mesure de lui offrir le programme correspondant le mieux aux besoins de ses employés. L'approche retenue devra notamment être adaptée au niveau d'instruction des employés (plus spécifiquement concernant la documentation sur papier) et chercher à rejoindre le plus possible tous les types de fumeurs.

Avant d'arrêter son choix, l'employeur aura avantage à se renseigner sur les résultats obtenus auprès d'autres employeurs par les fournisseurs potentiels.

#### **Conclusion**

Un des objectifs poursuivis par les lois antitabac est la sensibilisation au prix à payer pour le tabagisme : chaque année, il en coûte environ 40 000 vies humaines en raison des maladies liées au tabagisme et des milliards de dollars aux contribuables canadiens. L'importance de ces coûts a certainement contribué à amener les gouvernements à poser les gestes que l'on connaît. À plus petite échelle, les actions contre le tabagisme dans les milieux de travail du secteur privé prendront leur essor au fur et à mesure que les employeurs seront sensibilisés de façon concrète aux coûts engendrés par le tabagisme dans leur entreprise.

#### **Notes**

1. *Loi sur le Tabac*, sanctionnée le 25 avril 1997, laquelle est arrivée après que la Cour suprême du Canada ait invalidé en 1995 la *Loi sur le contrôle des produits du tabac* au nom des droits et libertés d'expression des fabricants: *RJR-MacDonald inc. c. Canada (P.G.)* [1995] 3 R.C.S. 199.

2. Statistique Canada, Catalogue 82-003, Health Reports, Winter 1998, Vol.10. No.3.

3. *Loi sur le tabac* (Québec), 1988, c.33.

4. Source : Conference Board of Canada.



## ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

### LES SYSTÈMES DE PROTECTION DES ASSURÉS EN CAS DE FAILLITE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE \*

Le problème de protection des titulaires de contrats d'assurance en cas de faillite de leurs sociétés d'assurance est aigu. Il est important de mentionner que, malgré le nombre élevée de compagnies accréditées dans un pays, on dénombre annuellement peu de faillites. Cette rareté explique sans doute qu'elles sont spectaculaires. L'exemple des grands remaniements entrepris chez la plus vieille institution britannique d'assurance, les Lloyd's de Londres, illustre à souhait la qualité des administrateurs et les standards élevés de gestion prudente des compagnies d'assurance, qui doivent opérer selon des méthodes rigoureuses et sous le contrôle des organismes publics de réglementation.

Il nous a paru utile de faire le point sur diverses expériences étatiques en cas de défaillance des assureurs et d'aboutir sur les solutions canadiennes, tant dans la branche d'assurance de personnes que dans celle de l'assurance de dommages.

#### Grande-Bretagne

La faillite de plusieurs compagnies anglaises, dans les années 1970, dont celle de Nation Life, a conduit le gouvernement britannique à mettre en oeuvre une loi de protection des assurés, intitulée *Policy Holders Protection Act*. Cette loi fut promulguée en 1975. L'un des grands principes derrière cette législation est la solidarité.

---

\* L'auteur remercie L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. et la Société D'indemnisation en Matière D'assurances IARD, qui ont bien voulu lui fournir la documentation appropriée. Certaines autres informations ont été puisées dans une étude de L'Argus (6 mars 1998), signée par Sylvaine Salahub, actuaire consultant, et dans une étude de Moody's Investors Service (Mars 1998).

En cas de déconfiture d'une société, leurs consoeurs s'obligent vis-à-vis les assurés lésés par le biais de contributions prédéterminées qui alimentent le fonds de protection. Le fonds de garantie remplace ainsi les fonds constitués a posteriori à la suite d'une compagnie déterminée. Dans le cas de la faillite de Nation Life, les autres compagnies britanniques avaient dû verser 0,25 % de leur chiffre d'affaires pour indemniser les assurés.

Le bureau de protection est composé de membres désignés par le Gouvernement, certains d'entre eux étant choisis parmi les dirigeants de compagnies d'assurance et d'autres qui représentent les intérêts des assurés.

Les contributions annuelles exigées s'appliquent sans distinction à toutes les compagnies, en proportion de leur chiffre d'affaires, mais sans excéder 1 % des primes encaissées annuellement. Le fonds de garantie est en mesure de couvrir les engagements contractuels de l'assureur défaillant à concurrence de 90 % des garanties souscrites.

Les avantages d'un tel système préétabli sont, d'une part, de rassurer les détenteurs de contrats et, d'autre part, d'améliorer l'image de l'industrie de l'assurance, qui se veut solidaire face aux assurés. Il est vrai qu'un tel système peut être mal perçu par les compagnies biens gérées. Cependant, les contributions a posteriori introduisent un aléa dans les charges futures des compagnies, préjudiciables en cas de conjoncture difficile. On a aussi critiqué le mode universel de calcul des contributions, qui s'applique à l'ensemble des primes encaissées par les assureurs, quelle que soit la nature des contrats offerts, ce qui n'est pas sans pénaliser les assureurs qui ont volontairement soustrait de leur portefeuille des produits attractifs mais susceptibles de présenter des aléas.

### Japon

Une première réglementation sur la protection des assurés, adoptée en 1996 sous l'Empire du Soleil Levant, avait introduit la constitution d'un fonds de protection des assurés qui bénéficiait au repreneur de l'assureur failli et auquel l'ensemble des assureurs contribuait à hauteur de 200 millions de yens. La contribution des assureurs dans ce fonds n'était pas obligatoire ; en revanche, les compagnies qui refusaient d'y participer privaient leurs assurés de toute protection en cas de faillite.

La faillite de Nissan Life, en 1997, eût pour effet de remettre en cause cette législation. Il s'avéra alors que les 200 millions de yens disponibles dans le fonds ont été épuisés. Les actifs de Nissan ont été sous-estimés d'environ 300 milliards de yens par rapport au

passif. On a créé une nouvelle compagnie dans laquelle on transféra l'ensemble des polices de la défunte. Les garanties offertes ont été restructurées et les taux d'intérêts garantis aux assurés ont été réduits à des niveaux plus conformes à l'offre existant sur le marché. Le plan de réhabilitation a permis d'assurer les engagements réévalués des assurés sur la base des montants disponibles dans le fonds (les 200 milliards de yens de contribution de la profession) et aussi d'un plan d'économies substantielles sur les frais généraux destinés à garantir la gestion des sinistres en suspens (*run-off*), introduisant ainsi un nouvel actif de 100 milliards de yens dans les comptes de la nouvelle compagnie.

Un nouveau système de garantie a été introduit en 1998, mais il a suscité de nombreuses réactions. Les opposants argumentaient principalement sur le partage des responsabilités face à la faillite d'un des leurs, entre les assureurs, le Gouvernement et les assurés eux-mêmes. La virulence de l'opposition au nouveau système venait du fait qu'il existait plusieurs possibilités de faillites de compagnies nippones, pouvant conduire à des larges contributions de la part des autres assureurs et entraîner des réactions en chaîne. Nous ignorons l'issue de ce débat et les réponses finales adoptées par le législateur japonais.

### États-Unis

La responsabilité de la protection des assurés en cas de déconfiture des assureurs incombe aux États. Ceux-ci ont établi une procédure en vertu de laquelle les compagnies solvables absorbent les pertes des compagnies défaillantes. Dans certains États, tel New York, on a constitué des fonds en permanence. Dans d'autres États, les compagnies d'assurance se sont regroupées en association en vue de fournir des prestations aux assurés lésés par un assureur en faillite faisant partie du regroupement. Chaque assureur participant contribue dans le fonds de garantie en proportion de son chiffre d'affaires.

Dans le cas de deux grandes faillites survenues aux États-Unis, celles d'Executive Life Insurance et de Mutual Benefit, les différents textes définis par les associations de garantie de chaque État n'ont pas été appliqués, car un plan spécial a été adopté. Les États se sont rassemblés sous l'égide de la National Organization of Life and Health Guaranty Association – un organisme qui regroupe les associations de garanties des différents États – et sous la direction d'un administrateur, à savoir le commissaire contrôleur de l'État dans lequel était implanté le siège de la société en liquidation. Tous les intervenants se sont mis d'accord sur un plan équitable permettant d'indemniser les assurés.

Les modèles législatifs mis en place par les États sont inspirés de la National Association of Insurance Commissioners (NAIAC), une organisation nationale qui regroupe les contrôleurs de chaque État. Il en résulte une certaine uniformité, d'un État à l'autre, sur le plan de la rédaction et de l'application de la réglementation, bien que chaque modèle soit propre à chacun. Chaque État est libre d'y apporter des aménagements distinctifs, en fonction de la nature des contrats, du montant versé au titulaire de police, des contributions maximums des assureurs participants. Fait à noter, les assureurs n'ont pas le droit de mentionner l'existence de fonds de garantie dans leur publicité ou documents commerciaux. Les contributions versées au fonds jouissent d'avantages fiscaux.

### France

En France, il n'existe pas encore, sauf erreur, un plan de protection adopté par le législateur. La question se pose depuis la liquidation en décembre 1997 d'une petite compagnie d'assurance vie, nommée Europavie, qui a suscité une vive émotion dans le milieu de l'assurance, puisque les titulaires des polices de cette compagnie n'ont pu recevoir le parfait paiement de leur demande d'indemnité. On constata alors que bien que les titulaires de polices françaises sont considérés comme des créanciers privilégiés en vertu de la législation sur la faillite, applicable aux compagnies d'assurance, cette loi ne leur garantit pas le plein paiement de leurs réclamations.

Les autorités françaises de réglementation, à savoir le ministre de l'Économie et des Finances, assistées du Conseil du Trésor et de la Commission de contrôle des assurances, jouent un rôle consultatif et de contrôle et elles décident de certaines sanctions, mais n'ont pas un pouvoir d'indemnisation des assurés. Tout au plus, elles veillent à ce qu'une distribution au pro rata soit effectuée à l'égard des créanciers privilégiés, dans le cas d'une faillite.

### Canada

Qu'en est-il dans notre pays ? Qui ne se souvient de la faillite successive de trois compagnies à l'aube de cette décennie, à savoir Les Coopérants (1991), Sovereign Life (1992) et Confederation Life (1994) ? Depuis, les normes de contrôle ont été accentuées et aucune autre faillite n'a eu lieu. Il n'existait ici, avant 1988, aucune forme de protection pour les assurés. Depuis, deux fonds ont été établis, l'un dans la branche d'assurance de personnes (SIAP), l'autre dans celle de l'assurance de dommages (PACICC).

## *La Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes (SIAP)*

La SIAP a été mise sur pied par l'industrie canadienne des assurances de personnes pour fournir aux titulaires de polices, en cas d'insolvabilité d'une société d'assurances, une protection contre la perte de leurs prestations. Elle est financée par toutes les sociétés d'assurance membres (initialement 190), qui ne peuvent mettre fin à leur adhésion à la SIAP tant qu'elles sont en opération. Il n'est pas nécessaire de présenter une demande pour bénéficier de cette protection. Elle s'applique systématiquement aux polices admissibles (souscription canadienne).

Dans le cadre du fonds de garantie géré par la SIAP, les titulaires canadiens de polices d'assurance de personnes bénéficient, pour l'assurance vie, d'une protection maximale de 200 000 \$, pour l'épargne, de 60 000 \$ (2 plafonds distincts : A) pour l'épargne enregistrée ou non enregistrée ; B) pour l'épargne individuelle ou collective), pour les contrats de rentes ou d'assurance invalidité, de 2 000 \$ mensuellement, pour l'assurance invalidité, de 60 000 \$.

En cas de faillite d'un assureur, la SIAP s'assure que les polices admissibles sont maintenues en vigueur jusqu'à concurrence de ses plafonds. Pour être admissibles, les polices doivent être établies en monnaie canadienne et provenir des produits suivants : assurance vie, assurance maladie, instrument de capitalisation (REÉR ou régime de retraite), rente (viagère ou FERR) ou rente d'invalidité. De plus, elles doivent être souscrites au Canada par une société membre ou figurer dans les registres de la succursale canadienne d'une société membre et elles ne doivent pas être couvertes par un autre fonds du même genre.

La SIAP ne fournit aucune protection lorsque les prestations prévues par la police se rattachent à des éléments d'actifs qui ne sont pas détenus dans les fonds généraux de l'assureur ou lorsque l'assureur ne fournit que des services administratifs à l'égard d'un régime d'avantages sociaux ou de tout autre régime collectif.

Le plafond de 60 000 \$ s'applique au capital et aux intérêts jusqu'à la date de l'ordonnance de la mise en liquidation. L'intérêt couru après cette date est couvert par la SIAP, même si le plafond de 60 000 \$ se trouve dépassé. Lorsqu'une personne a souscrit plus d'une police appartenant à une même catégorie auprès d'un même assureur, le plafond prévu pour une catégorie est réparti entre les polices proportionnellement aux sommes assurées.

Dans le cas de coassurés (au moins deux personnes), c'est-à-dire lorsque le capital assuré n'est payable qu'au décès qui survient en premier, ou qu'à celui qui survient en dernier, le plafond de 200 000 \$ pour l'assurance vie est appliqué, de sorte qu'aucun des coassurés ne bénéficie d'une protection de plus de 200 000 \$ auprès d'un même assureur.

Dans le cas de sociétés membres qui fusionnent, les polices qui bénéficient de la protection de la SIAP au moment de la fusion continuent d'être couvertes après cette dernière, même si les plafonds de la SIAP se trouvent dépassés. Cependant, la protection accordée à l'égard de la nouvelle société ne peut excéder les plafonds de la SIAP tant que les polices existant au moment de la fusion demeurent en vigueur.

Dans le cas d'un assureur membre qui devient insolvable, le liquidateur tente de trouver un autre assureur membre de la SIAP qui prendra en charge les polices de la société insolvable.

#### *La Société d'indemnisation en matière d'assurance IARD*

Comme dans le cas de la SIAP, cette Société est financée par les compagnies d'assurance de dommages en vertu d'un programme spécial approuvé par les autorités de contrôle. Dans le cas d'une faillite, il n'est pas nécessaire que l'assuré fasse une demande pour bénéficier des services de la Société : ils sont couverts automatiquement à concurrence d'un montant maximal de 250 000 \$ relativement à toute demande d'indemnité impayée relative à des sinistres provoqués par un seul événement.

Toute demande d'indemnité est examinée par la Société pour des événements survenus à la date de la faillite ou avant cette date, et au cours des 45 jours qui suivent l'ordonnance d'un tribunal déclarant la faillite d'une compagnie. Cette période est généralement suffisante pour permettre la souscription d'une autre assurance.

Il est nécessaire d'épuiser toute autre source d'assurance disponible avant de faire appel à la Société. De plus, les franchises applicables dans les contrats d'assurance de l'assureur failli sont déduites du montant total du sinistre assuré.

La Société s'engage aussi à rembourser 70 % de la partie non échue de la prime, correspondant à la période restant à courir à partir de la date à laquelle l'assureur a fait faillite, à concurrence d'un montant maximum de 700 \$.

La rapidité est l'un des atouts majeurs de l'indemnisation par la Société. L'assuré évite ainsi des retards parfois très longs imposés

par le liquidateur pour régler une partie ou la totalité d'une demande d'indemnité. Toutefois, l'assuré peut opter de s'adresser directement au liquidateur pour obtenir une compensation.

Dans le cas de l'assurance de responsabilité, une victime peut faire une réclamation directement contre l'auteur d'un dommage et elle a le droit d'exiger le paiement de la somme totale plutôt que de poursuivre en justice l'assureur de tel auteur du dommage. Ce dernier peut alors demander au liquidateur de la faillite de le défendre. La Société n'interviendra dans le paiement des demandes d'indemnités que lorsque le montant à payer aura été préalablement déterminé et approuvé.

Toutes les compagnies d'assurance de dommages agréées des provinces et des territoires du Canada doivent être membres de la Société. Elles peuvent cesser leur adhésion lorsqu'elles n'exercent plus aucune activité au Canada. Toutefois, les assureurs spécialisés qui suivent ne sont pas tenus d'être membres : les assureurs agréés dans des domaines tels que les cautionnements, les détournements, les assurances maritime et aviation, les assureurs automobiles de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan.

Toutes les compagnies membres de la Société paient une cotisation modeste afin de couvrir ses frais d'exploitation. En cas de faillite, la Société traite les demandes d'indemnité recevables et évalue la contribution à payer de chaque compagnie d'assurance membre.





## **GARANTIES PARTICULIÈRES**

**par Daniel Labadie et Jocelyne Douville**

### **FONDS DISTINCTS ET FONDS COMMUNS DE PLACEMENT : DES AIRS DE FAMILLE MAIS DES DIFFÉRENCES APPRÉCIABLES**

#### **Introduction**

Bien qu'ils aient certains airs de ressemblance, les fonds communs de placement et les fonds distincts diffèrent sur plusieurs points, principalement sur le plan des garanties et du traitement fiscal. Pour les consommateurs, ces distinctions sont importantes et devraient guider leur choix au moment d'investir dans l'un ou l'autre des types de fonds.

Ce document a pour but de présenter ces caractéristiques distinctives, traitant notamment des aspects suivants :

- les législations applicables et les exigences relatives au permis de vente
- les garanties
- le traitement fiscal
- les frais d'exploitation

Un tableau abrégé comparatif complète le document.

---

#### **Les auteurs :**

Daniel Labadie est conseiller, mise en marché, Fonds distincts, et Jocelyne Douville est conseillère principale en communications externes, tous deux chez Assurance vie Desjardins-Laurentienne.

## **Législations applicables et exigences relatives au permis de vente**

- **Les fonds distincts** sont établis par des sociétés d'assurance de personnes. Ils sont vendus sous forme de contrats d'assurance et sont régis par la législation relative aux compagnies d'assurance. On les qualifie de «distincts» parce que l'actif des fonds distincts est gardé séparément des fonds généraux de la société d'assurance et qu'il est géré pour le bénéfice exclusif des titulaires de contrats. Les fonds distincts sont offerts par des représentants qui détiennent un permis en assurance de personnes.
- **Les fonds communs de placement** sont établis par des sociétés de fonds communs de placement constituées en vertu des lois canadiennes ou par des fiducies de fonds communs de placement établies en vertu d'un contrat de fiducie. Ils sont régis par les différentes législations provinciales sur les valeurs mobilières et ils sont distribués par des représentants détenant un permis de vente de fonds communs de placement c'est-à-dire ceux qui ont réussi l'examen approprié et qui sont inscrits auprès de la commission des valeurs mobilières de leur province.

## **Les garanties**

C'est sur le plan des garanties que se distinguent particulièrement les fonds distincts par rapport aux fonds communs de placement.

## **Garantie sur le capital**

- **Les fonds distincts** offrent la particularité unique de garantir le capital investi, ce qui explique en partie pourquoi ils intéressent particulièrement les investisseurs qui, traditionnellement, optent pour les placements à revenu fixe, comme les certificats de placement garanti (CPG). Ils garantissent le remboursement d'un certain pourcentage (minimum 75 %) des cotisations nettes de tout rachat à la date d'échéance du contrat (minimum 10 ans après son établissement) ou au décès du client (*voir plus loin «Coût de la garantie des fonds distincts»*).

L'actif des fonds distincts est détenu par un «gardien» à l'écart de celui de la société d'assurance. Par conséquent, il est à l'abri des créanciers en cas d'insolvabilité de la société d'assurance.

Enfin, si le contrat vient à échéance ou si l'investisseur décède pendant que les marchés financiers sont à la baisse et que la société est insolvable, la Société canadienne d'indemnisation pour les assurances de personnes (SIAP) comble la différence entre la valeur au marché et le montant de la garantie jusqu'à concurrence de 60 000 \$.

- **Les fonds communs de placement** n'offrent généralement pas de garantie sur le capital investi. Toutefois, dans le contexte actuel de volatilité des cours et étant donné la popularité montante des fonds distincts auprès des investisseurs, de nouveaux types de fonds communs de placement «hybrides» ont vu le jour au cours des derniers mois. Résultat de partenariat entre gestionnaires de fonds et compagnies d'assurance, ils offrent des garanties semblables à celles des fonds distincts. Les banques se sont également lancées dans la mêlée avec de nouvelles familles de fonds comportant une garantie de capital.

Enfin, en cas de faillite de la société de fonds communs de placement, il n'y a aucune garantie ni aucun remboursement par la Société d'Assurance-Dépôt du Canada (SADC). Certaines provinces ont toutefois adopté des lois et constitué des fonds de prévoyance pour protéger les clients en cas de faillite ou fraude du gestionnaire des fonds ou du distributeur.

#### **Protection de la plus-value**

- **Certains fonds distincts** permettent à l'investisseur de rajuster à la hausse la garantie du capital en sauvegardant la plus-value réalisée sur ses investissements, moins les retraits effectués, s'il y a lieu. La garantie est égale à 100 % de la valeur marchande des parts détenues au moment de l'exercice de l'option. Selon les compagnies qui établissent les fonds, cette option peut être exercée à un rythme plus ou moins fréquent après le premier dépôt, allant de la mise à jour quotidienne et automatique à la mise à jour annuelle. La nouvelle valeur cristallisée devient le nouveau capital garanti qui est reconduite pour une nouvelle échéance de 10 ans ou pour toute autre échéance précisée au contrat. La même garantie s'applique au décès.
- **Les fonds communs de placement** n'offrent pas cette option.

## ☐ **Insaisissabilité**

- **Les fonds distincts** peuvent être insaisissables en cas de poursuite judiciaire ou de faillite si le bénéficiaire du contrat est le conjoint ou l'un des enfants, petits-enfants ou parents de l'investisseur ou lorsque la désignation de bénéficiaire est irrévocable. Il s'agit là d'un aspect fort intéressant pour les propriétaires d'entreprise, les gens de profession libérale et les autres personnes qui risquent davantage d'être poursuivies en justice. Il est à noter, toutefois, que les contrats deviennent saisissables lorsqu'on peut prouver que le contrat a été établi au cours des cinq années précédentes dans le but d'éviter des créances ou lorsque l'assuré déclare faillite dans l'année suivant une désignation de bénéficiaire.
- **Les fonds communs de placement** ne sont pas à l'abri des créanciers, même s'ils sont enregistrés au nom d'un individu. Ils peuvent en effet toujours être saisis en s'adressant à la cour.

## ☐ **Le traitement fiscal**

- **Les fonds distincts** déclarent les revenus de placements et les gains (pertes) en capital réalisés sur le feuillet T3/Relevé 16, mais ils ne les distribuent pas. L'investisseur ne reçoit pas de parts additionnelles puisque le nombre de parts demeure constant. C'est plutôt la valeur des parts qui fluctue et qui est déterminée en fonction de la plus-value (ou moins-value) de l'actif du fonds.

Les gains nets réalisés qui figurent sur le feuillet T3/Relevé 16 des fonds distincts sont particulièrement intéressants en ce sens qu'ils dépendent seulement du nombre de jours pendant lesquels des parts de fonds ont été détenues par le client. Par exemple, si un client a acquis des parts de fonds le 23 décembre, il recevra un feuillet T3/Relevé 16 pour les revenus de placements gagnés entre la date de l'acquisition et la fin de l'année.

- **Les fonds communs de placement** ne font pas cette dernière nuance par rapport à la période d'acquisition ce qui, au moment de la production des déclarations annuelles d'impôt, obligent les investisseurs qui ont acheté des parts de fonds dans les semaines ou les mois précédant la distribution des revenus à payer de l'impôt sur des revenus (gains en capital, intérêts ou dividendes) qu'ils n'ont pas réellement gagnés.

Au moment de la distribution des revenus aux porteurs de parts inscrits, ceux-ci reçoivent les gains accumulés sous forme de parts additionnelles ou en argent comptant. Le montant des revenus est indiqué sur le feuillet T3/Relevé 16 des clients qui détiennent des placements non enregistrés. Les investisseurs qui ont acheté leurs parts dans les semaines ou les mois précédant la distribution des revenus vont devoir payer de l'impôt sur ces revenus, même s'ils n'ont pas réellement bénéficié des gains réalisés pendant l'année. Toutefois, lors d'un rachat ou au décès du détenteur de parts, l'impôt sur la plus-value sera moins élevé.

#### **Frais d'exploitation**

Les fonds distincts tout comme les fonds communs de placement offrent plusieurs combinaisons possibles : des frais d'entrée, des frais de sortie, des frais de commissions réduits ou aucuns frais.

#### **Coût associé à la garantie des fonds distincts**

La garantie du capital offerte par les fonds distincts a un coût qui varie selon les compagnies, les types de fonds et les options offertes. Ainsi, le coût relié à un fonds du marché monétaire ou d'obligations sera évidemment moins élevé que celui d'un fonds d'actions, plus volatile. Les coûts de cette garantie se chiffrent entre 0,1 et 1,25 % et se retrouvent dans les frais d'exploitation du fonds. (Ces coûts peuvent être plus élevés pour certains fonds «hybrides»).

À titre d'exemple, prenons un investissement de 25 000 \$ dans un fonds de type croissance, sur dix ans (durée de la garantie) à 10 % de rendement brut. À l'échéance, on aurait, avec un fonds commun de placement comportant 2,0 % de frais d'exploitation, 53 973,12 \$. Avec un fonds distinct de même type comportant des frais d'exploitation de 2,4 % (2,0 % + 0,4 % pour couvrir la garantie), on aurait 52 007,11 \$ à l'échéance, soit quelque 2 000 \$ de moins.

Pour être en mesure de juger de la pertinence d'une garantie sur une période aussi longue, on peut analyser comment les marchés financiers se sont comportés dans le passé.

- Prenons un indice de référence connu pour des actions canadiennes, le TSE 300. De janvier 1965 jusqu'à novembre 1998, mois après mois, il n'y a pas eu une seule période de dix ans sur 287 qui ait connu un rendement négatif!

- Si l'on prend maintenant un indice de référence pour les actions américaines, le SP 500, on remarque 27 périodes négatives de dix ans sur 287 périodes depuis janvier 1965. La pire performance depuis 1965 a été de -1,34 %. La dernière période négative de dix ans remonte au début des années 80.
- L'exemple le plus actuel est celui du Japon, seconde économie en importance à l'échelle mondiale, pour lequel l'indice de référence, le Nikkei 225, se situait à 30 159 en décembre 1988 et se maintient encore maintenant à moins de 50 % de ce niveau, plus de 10 ans plus tard, aux alentours de 14 000 en janvier 1999.

On peut constater, par ces exemples, que dans certains cas les coûts associés à la garantie du capital sont hautement justifiés, quoi qu'en disent certains analystes financiers, ne serait-ce que pour avoir une plus grande tranquillité d'esprit. Ainsi, dans le dernier exemple, l'investisseur qui aurait investi 10 000 \$ dans un fonds commun de placement aurait vu fondre son placement de moitié. Il ne lui resterait plus qu'à supporter cette perte et racheter son fonds ou à espérer une remontée potentielle de l'indice japonais. Par contre, s'il avait investi dans un fonds distincts, le rendement n'aurait certes pas été optimal mais son capital serait tout au moins demeuré intact.

## Tableau abrégé comparatif entre les fonds communs de placement et les fonds distincts\*

	Fonds communs de placement		Fonds distincts*
	Corporations	Fiducies	Compagnie d'assurance de personnes**
<b>Définition</b>	Corporations de fonds communs de placement constituées en vertu des lois canadiennes	Fiducies de fonds communs de placement établies en vertu d'un contrat de fiducie	Contrat de rente différée en vertu duquel les prestations payables dépendent du rendement des fonds (c.-à-d. qu'il s'agit d'une combinaison de contrat de rente traditionnel et de fonds de placement)
<b>Titres émis</b>	Actions	Parts	Parts
<b>Placement ou solde du compte minimum</b>	Varie. En général minimum de 500 \$	Varie. En général minimum de 500 \$	500 \$
<b>Montant minimum des CPA</b>	Varie. En général minimum de 50 \$	Varie. En général minimum de 50 \$	50 \$/mois (25 \$ dans le cas de fiducies pour un mineur) 100 \$/mois pour le régime Prospérité Plus
<b>Représentants autorisés</b>	Représentants détenant un permis de vente de fonds communs de placements, i.e. ceux qui ont réussi l'examen d'accréditation de la Commission des valeurs mobilières de leur province	Représentants détenant un permis de vente de fonds communs de placement, i.e. ceux qui ont réussi l'examen d'accréditation de la Commission des valeurs mobilières de leur province	Représentants détenant un permis de vente d'assurance de personnes

Tableau abrégé comparatif entre les fonds communs de placement et les fonds distincts\* (suite)

	Fonds communs de placement		Fonds distincts*
	Corporations	Fiducies	Compagnie d'assurance de personnes**
<b>Matériel de vente à remettre aux clients (obligatoire)</b>	Prospectus simplifié des Fonds, rapports annuels et semestriels etc.	Prospectus simplifié des Fonds, rapports annuels et semestriels etc.	Notice explicative, rapport annuel
<b>Rachat</b>	Tout jour ouvrable	Tout jour ouvrable	Tout jour ouvrable
<b>Règlement</b>	3 jours ouvrables (selon la loi) après réception de la documentation pertinente	3 jours ouvrables (selon la loi) après réception de la documentation pertinente	Délai d'envoi postal habituel (objectif : 3 jours ouvrables après réception de la documentation pertinente)
<b>Frais de transferts</b>	Aucuns (nombre illimité de transferts)	Aucuns (nombre illimité de transferts)	Aucuns (nombre illimité de transferts)
<b>Relevés</b>	Habituellement trimestriels	Habituellement trimestriels	Trimestriels
<b>Liquidation de REER</b>	Sous réserve de l'article 146 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada	Sous réserve de l'article 146 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada	Sous réserve de l'article 146 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada
<b>Garantie</b>	Aucune	Aucune	Totalité des primes, moins tout rachat partiel, à l'échéance du contrat (au moins dix ans après la date d'établissement du contrat) ou au décès du titulaire
<b>Admissibilité</b>	Régime enregistré d'épargne-retraite (compte de retraite immobilisé) et fonds enregistré de revenu de retraite (fonds de revenu viager)	Régime enregistré d'épargne-retraite (compte de retraite immobilisé) et fonds enregistré de revenu de retraite (fonds de revenu viager)	Régime enregistré d'épargne-retraite (compte de retraite immobilisé) et fonds enregistré de revenu de retraite (fonds de revenu viager)



Tableau abrégé comparatif entre les fonds communs de placement et les fonds distincts\* (suite)

	Fonds communs de placement		Fonds distincts*
	Corporations	Fiducies	Compagnie d'assurance de personnes**
<b>Options d'achat</b>	Sommes forfaitaires et plans périodiques	Sommes forfaitaires et plans périodiques	Sommes forfaitaires et plans périodiques
<b>Genres de régime</b>	Non enregistré, enregistré (individuel et du conjoint)	Non enregistré, enregistré (individuel et du conjoint)	Non enregistré, enregistré (individuel et du conjoint)
<b>Programme de retraits</b>	Retraits forfaitaires, partiels ou systématiques	Retraits forfaitaires, partiels ou systématiques	Retraits forfaitaires, partiels ou systématiques
<b>Valeur au rachat</b>	Nombre d'actions rachetées multiplié par la valeur liquidative	Nombre de parts rachetées multiplié par la valeur liquidative	Avant l'échéance : parts rachetées multiplié par la valeur liquidative À l'échéance ou au décès : valeur au marché ou totalité des primes, moins tout rachat partiel
<b>Dividendes ou distributions</b>	Versés au comptant ou réinvestis mensuellement, trimestriellement ou annuellement, selon le Fonds	Versés au comptant ou réinvestis mensuellement, trimestriellement ou annuellement, selon le Fonds	Aucun : tous les revenus de placement sont retenus par les Fonds et se reflètent dans la valeur des parts
<b>Évaluation des actions ou parts</b>	Tous les jours; les cours sont affichés dans la section des affaires de la plupart des grands quotidiens	Tous les jours; les cours sont affichés dans la section des affaires de la plupart des grands quotidiens	Tous les jours; les cours sont affichés dans la section des affaires de la plupart des grands quotidiens (ils peuvent paraître séparément)

\* Les Fonds Millénia III établis par \*\*L'Impériale, Compagnie d'assurance vie, une société sœur de l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne, sont utilisés à titre d'exemple dans ce tableau.



## LE MONDE VIRTUEL DE L'ASSURANCE ET DE LA GESTION DES RISQUES

**Nous avons visité le site Web de la Chaire en assurance  
L'Industrielle-Alliance**

<http://www.fsa.ulaval.ca>

Créée en 1975 dans le but de promouvoir l'enseignement et la recherche dans les domaines de l'assurance et de la gestion des risques, et dénommée Chaire en assurance L'Industrielle-Alliance, depuis 1996, en reconnaissance d'un don important de la société éponyme L'Industrielle-Alliance, la Chaire dispose d'un fonds de capital constitué à partir de contributions diverses dans le milieu de l'assurance et dans le public en général.

Son site Web est intéressant. Voici les principales rubriques :

- Abonnements à des périodiques
- Bourses offertes
- Conseil d'administration
- Conseil de direction
- Corps professoral associé à la Chaire
- Enseignement de l'assurance
- Hyperliens pratiques en assurance et en gestion de risques
- Perspectives de carrière
- Recherches

Les bureaux de la Chaire en assurance L'Industrielle-Alliance se trouvent à la Faculté des sciences de l'administration (Pavillon Palasis-Prince) de l'Université Laval. Son directeur actuel est Michel Gendron, professeur titulaire, et le secrétariat est assumé par Lise Jacques, tél. : (418) 656-7972; fax : (418) 656-2624; courriel : [Lise.Jacques@fas.ulaval.ca](mailto:Lise.Jacques@fas.ulaval.ca)

---

*Nous invitons les lecteurs, les entreprises, les associations ou les organismes d'assurance à nous faire connaître leur site. C'est avec plaisir que nous y naviguerons en vue de le faire découvrir aux lecteurs de ASSURANCES.*

## THE VIRTUAL WORLD OF INSURANCE AND RISK MANAGEMENT

### We have visited the Web site of the Industrielle-Alliance Chair in Insurance

<http://www.fsa.ulaval.ca>

Created in 1975 to promote teaching and research in the areas related to insurance and risk management, known as the Industrielle-Alliance Chair in Insurance following a major donation in 1996 by the eponymous Society The Industrielle-Alliance, the Chair has a fund made up of various contributions received from the insurance industry or individuals.

The Web site of the Chair is attractive. Here are the main sections:

- Academics
- Board of directors
- Career opportunities
- Executive committee
- Links
- Research
- Scholarships
- Subscriptions
- Staff

The Industrielle-Alliance Chair in Insurance is located at the faculty of Business Administration (Palasis-Prince Pavilion) at Laval University (Québec). The Chair's actual Director is Michel Gendron, full professor, and the secretary is Lise Jacques.

Tel.: (418) 656-7972; Fax: (418) 656-2624;

E-Mail : [Lise.Jacques@fas.ulaval.ca](mailto:Lise.Jacques@fas.ulaval.ca)

---

*Readers, as well as insurance companies, associations and entities are encouraged to let us know their Web page. We will be pleased to check it out and may be tell our readers about it.*

ROYAL &  SUNALLIANCE

Forte d'une tradition d'excellence qui remonte au 18<sup>e</sup> siècle, la Royal & SunAlliance met à votre service un savoir-faire et une intégrité qui ont acquis la patine du temps.

Notre Société jouit d'une réputation de stabilité et de fiabilité, atouts inestimables et promesses auxquelles peu d'entreprises n'ont jamais failli.

C'est pourquoi la Royal & SunAlliance est aujourd'hui un leader de l'industrie canadienne des assurances de dommages.

**UNE  
TRADITION  
D'EXCELLENCE**

ROYAL &  SUNALLIANCE

*Un avenir rassurant depuis 1710<sup>+</sup>*

# **AUTOMOBILE INSURANCE:**

## **Road Safety, New Drivers, Risks, Insurance Fraud and Regulation**

---

**A book edited by**

**Georges Dionne (HEC, Montréal)**

**and Claire Laberge-Nadeau (Université de Montréal)  
at Kluwer Academic Publishers**

This book is for people concerned about road crashes (prevention and compensation) and about the insurance problems they pose — namely private and public institutional authorities, consultants, administrators, practitioners, and researchers interested in sharing the authors' experience in this domain. The book presents original contributions related to motor vehicle insurance and road safety. All papers have been evaluated by external referees.

**Four subjects are covered:**

1) Automobile Insurance Pricing, Risks and Asymmetric Information; 2) Insurance Fraud; 3) Young Drivers: Licensing Policies, Evaluation and Risks; and 4) Road Insurance Regulation.

---

### **ORDER FORM**

Order Form is available at the Risk Management Chair  
École des Hautes Études Commerciales

Tel.: (514) 340-5651

FAX: (514) 340-5019

E-Mail: [revue.assurances@hec.ca](mailto:revue.assurances@hec.ca)

Vous avez droit aux  
**meilleures  
solutions.**



Que diriez-vous d'un cabinet d'avocats qui se présente comme un partenaire en affaires plutôt qu'uniquement comme un défenseur de vos droits?

Chez *Lavery, de Billy*, nous proposons toujours à nos clients des solutions pratiques et durables, aussi rapidement que possible et au meilleur coût. Nous ne faisons aucun compromis dans notre quête d'excellence. Les membres de nos équipes multidisciplinaires sont prêts à relever tous les défis que vous voudrez bien nous proposer.



**LAVERY, DE BILLY**

AVOCATS

*Une vision moderne*

[www.laverydebilly.com](http://www.laverydebilly.com)

Montréal : (514) 871-1522 Québec : (418) 688-5000

Laval : (450) 978-8100 Ottawa : (613) 594-4936

Toronto, Calgary, Vancouver et Londres - Cabinet associé Blake, Cassels & Graydon

## **DESMARAI PICARD GARCEAU PASQUIN**

### **AVOCATS**

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.

Pierre Bazinet, 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.

Luc Séguin, LL.L.

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.



## Bélangier Sauvé

AVOCATS

AGENTS DE MARQUES DE COMMERCE

1, Place Ville Marie, Bureau 1700, Montréal (Québec) H3B 2C1  
Téléphone : (514) 878-3081 • Télécopieur : (514) 878-3053  
Info@belangersauve.com



**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 via Brown Chart Report/L'annuaire brun – données provinciales**

**ÉQUIPE  
EN DROIT  
DE L'ASSURANCE**

Claude Bédard  
Daniel Bellemare, c.r.

Joëlle Boisvert

Adrien Bordua

Sylvie Champagne

Marie-Julie Croteau

C. François Couture

Michel Dupont\*

Benoît Emery

Jocelyne Gagné

Claude Girard\*

Paule Hamelin

Louis Huot\*

Pierre Legault

Éric Lemay\*

Réjean Lizotte

Michel McMillan

Sonia Paradis

Marie A. Pettigrew\*

Marie St-Pierre

Annie Turcotte

Roger Vallières\*

**Visitez notre site : [www.ddsm.ca](http://www.ddsm.ca)**



**DESJARDINS DUCHARME STEIN MONAST**

**SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF**

**A V O C A T S**

**VOUS AVEZ LE DROIT DE RÉUSSIR**

**MONTREAL**  
600, RUE DE LA GAUCHETIÈRE OUEST  
BUREAU 2400, MONTREAL (QUEBEC)  
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](http://www.ddsm.ca)  
COURRIEL :  
[avocat@ddsm.ca](mailto:avocat@ddsm.ca)

**Suisse de  
Réassurances Vie & Santé  
Canada**



*Votre partenaire pour la vie!*

Suisse de Réassurances  
Vie & Santé Canada  
1010, rue Sherbrooke Ouest  
17<sup>e</sup> 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<sup>(2)</sup>  
Michel Savonitto  
Louis-Denis Laberge  
François Haché  
Pierre Visockis

Pierre Magnan<sup>(1)</sup>  
Bertrand Paiement  
François Shanks  
Francis C. Meagher  
Marie Deslauriers  
Marie-Claude Thibault  
Ruth Veilleux  
Hugues Duguay, LL.M.

Yves Forget  
Jacquelin Caron  
Michel Tourangeau  
Jean-François Desilets  
Alain Falardeau  
Martine Trudeau  
Sylvie Lafontaine

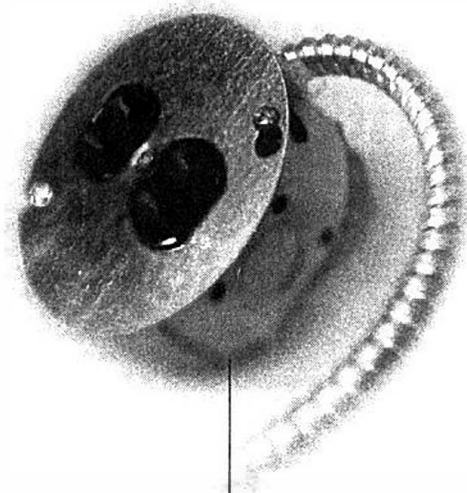
Agents de marques de commerce

<sup>(1)</sup> Arbitre accrédité (CACNIQ) en matières civiles et commerciales

<sup>(2)</sup> 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



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](mailto: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.

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 Charrette  
Guylaine Mallette  
Martin André Roy  
Jean-François L. Denis

Le bâtonnier Guy Pepin, C.R.  
Émilien Vallée  
Gaétan H. Legris  
André Cadieux  
Anne Jacob  
Yves Carignan  
Annie Brault  
Gilbert Hourani  
Stéphanie Robillard  
Vlad Zolia

Robert J. Lafleur  
Daniel Letourneau  
Michel Beauregard  
Charles E. Bertrand  
Suzanne Cadieux  
Pascale Caron  
Rémi Tremblay  
Marc-André Raymond  
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](mailto:Peplex@microtec.net)

# Assurances

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

## Les chroniques

Voici l'éventail et la description des chroniques régulières :

**Chronique actuarielle:** tirée du bulletin mensuel du Groupe-conseil Aon Inc.

**Chronique de documentation:** compte rendu de livres

**Chronique juridique:** commentaire de jugements ou de lois

**Commentaires d'articles:** opinions critiques de lecteurs

**Document:** reproduction d'un texte ou d'un article ayant une valeur historique

**Études techniques:** analyses particulières

**Faits d'actualité:** événements marquants commentés par le rédacteur en chef

**Garanties particulières:** études sur des garanties inédites ou une nouvelle police

**Gestion des risques:** étude, analyse, conférence applicable à la gestion des risques

**IBC News/Nouvelles du BAC:** nouvelles de l'industrie publiées par le BAC

**Intermédiaires de marché:** études applicables aux agents, aux courtiers ou aux experts en sinistre

**Page de l'internaute:** description du site Web d'une compagnie ou organisme

**Projets de recherche des chaires:** projets réalisés par les trois chaires canadiennes en assurance et gestion des risques

**Reinsurance Dialogue:** échange entre deux représentants du milieu de la réassurance

**Tendances:** nouvelles orientations commentées par le Centre de documentation du groupe Aon.

## Columns

The following is a list and description of regular columns:

**Chronique actuarielle:** excerpt from the Groupe-conseil Aon Inc. newsletter

**Chronique de documentation:** book review

**Chronique juridique:** commentary on laws or judgments

**Commentaires d'articles:** readers' critical opinions

**Document:** reprint of a text or article with historical value

**Études techniques:** technical analysis

**Faits d'actualité:** editor's comments on current events

**Garanties particulières:** special guarantees or new wording analysis

**Gestion des risques:** studies or conferences on risk management

**IBC News/Nouvelles du BAC:** news from the industry published by IBC

**Intermédiaires de marché:** studies on agents, brokers or loss adjusters

**Internet Surfer Page:** Web site description of a company or organism

**Projets de recherche des chaires:** projects of research conducted by the three Canadian Insurance and Risk Management Chairs

**Reinsurance Dialogue:** discussion between two reinsurance's representatives

**Tendances:** new trends reported by Aon Group Documentation Center.



## **Les articles publiés dans Assurances sont répertoriés dans :**

*Index à la documentation juridique au Canada, Index de périodiques canadiens, Index to Canadian Legal Periodical Literature, Index to Legal Periodicals & Books, Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec, Insurance Journal Index, Insurance Periodical Index, Repère et Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.*

## **Politique éditoriale**

*Assurances* est publiée trimestriellement, soit en avril, en juillet, en octobre et en janvier. Elle contribue, par des études ou des recherches, à mieux faire connaître l'assurance et ses techniques, dans les branches IARD ou vie, ainsi que la gestion des risques.

Les textes sous la rubrique «Articles généraux» doivent être transmis au chef de la rédaction, en français ou en anglais, deux mois avant le mois de publication. Ils doivent être dactylographiés. Ils ne doivent pas dépasser 30 pages, à un interligne et demi, sur papier 8½" x 11" et ils doivent être accompagnés d'une disquette, format Word PC ou Macintosh, ou format compatible. Ils peuvent également être acheminés par courrier électronique.

Chaque texte est accompagné d'un résumé en français et en anglais.

Les textes sous la rubrique «Articles évalués» doivent être transmis au chef de la rédaction au moins trois mois avant le mois de publication. Ils font l'objet d'une évaluation par un membre du Comité international de lecture et/ou par un évaluateur externe.

Les auteurs reçoivent gratuitement trois exemplaires du numéro de la revue auquel ils ont collaboré.

La Revue se réserve le droit d'apporter certaines corrections quant à la forme, sur les plans grammatical ou orthographique ou conformément à ses normes typographiques.

Les articles n'engagent que leurs auteurs.

La Revue tient à remercier sincèrement les sociétés, les fondations ou les organismes qui, par leur publicité ou des subventions, contribuent à son financement.

## **Articles are indexed in the following publications:**

*Index à la documentation juridique au Canada, Index de périodiques canadiens, Index to Canadian Legal Periodical Literature Index to Legal Periodicals & Books, Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec, Insurance Journal Index, Insurance Periodical Index, Repère and Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.*

## **Editorial policy**

*Assurances* is published four times a year, in April, July, October and January. The paramount objective is to publish studies or research works on property & casualty insurance and life insurance, as well as risk management.

French or English manuscripts intended for publication under the "General articles" section must be sent to the Editor-in-chief at least two months before the month of publication. Manuscripts must be typed, 1½-spaced, on 8½" 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 • Québec : (418) 650-1119

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.

