

# Assurances

juillet 2000 ■ no 2

revue d'assurance et de gestion des risques

## SOMMAIRE

**DÉVELOPPER LA COOPÉRATION  
ENTRE COMPAGNIES POUR  
CONSTRUIRE UN DISPOSITIF  
DE PRÉVENTION DES RISQUES  
DE FRAUDE – L'EXEMPLE DES  
ASSUREURS BELGES**

René Dhondt

**URBAN INFRASTRUCTURE  
FLOODING IN SOUTHERN  
ONTARIO : A CASE STUDY  
APPROACH TO DETERMINE  
CAUSALITY (PART TWO)**

Tanuja Kulkarni

**L'OBLIGATION DE L'ASSUREUR DE  
RESPONSABILITÉ DE DÉFENDRE  
L'ASSURÉ N'EST PAS ABSOLUE :  
RÉFLEXIONS À LA LUMIÈRE  
D'UNE DÉCISION RÉCENTE DE  
LA COUR D'APPEL DU QUÉBEC**

Rémi Moreau

**L'IMPACT DU PARTAGE DES  
COÛTS SUR LA CONSOMMATION  
DE MÉDICAMENTS**

Norma L. Nielson et Gillian R. Currie

**LA GESTION DES FORMES  
DE DISTRIBUTION DANS  
L'ASSURANCE PAR L'ARBITRAGE  
CONTRÔLE — INCITATION :  
UNE ÉTUDE EMPIRIQUE SUR  
DONNÉES FRANÇAISES**

Fabrice Roth

## CHRONIQUES



## DES MILLIONS DE GENS, UNIQUES ET DIFFÉRENTS

Vous êtes 4 millions, tous différents, à nous confier votre sécurité financière. Pas besoin de chercher plus loin pour comprendre pourquoi nous détenons la première place parmi les assureurs de personnes au Québec.

C'est parce que vous êtes différents que vous profitez à fond de la variété de nos produits et de la flexibilité de nos services. Peu importe que vous soyez à l'orée d'une fructueuse carrière ou au seuil d'une retraite paisible, à l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne, nous saurons vous conseiller pour la planification de votre sécurité financière.

**Parce qu'à l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne, nous savons ce que c'est que d'être différents!**

Assurance vie  
Assurance invalidité  
Assurance santé  
Assurance affaires  
Assurance dentaire  
Assurance voyage  
Assurance collective  
Assurance accident  
Rente, FERR  
Fonds distincts  
Fonds communs de placement



Assurance vie  
Desjardins-Laurentienne

L'assureur d'un monde différent.  
[www.avdl.com](http://www.avdl.com)

# 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 Amott, 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, Gilles Bernier, Claire Boisvert, Georges Dionne, Christian N. Dumais,  
Robert Gagné, Louis Haeck, Raymond Medza, Rémi Moreau, Robert Parizau, 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

Télécopie / Fax : (514) 340-5019

revue.assurances@hec.ca

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

**Agence des abonnements / *Subscription Agency***

**RoweCom Canada**

2155, rue Guy, bureau 950, Montréal (Québec) H3H 2R9  
Téléphone / Phone : (514) 274-5468 (ou / or 1-800-361-1431)  
Télécopie / Fax : (514) 274-0201  
Courriel : faxonquebec@faxon.ca

©2000 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.

©2000 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***



**MERCI À NOS DONATEURS  
THANKS TO OUR CONTRIBUTORS**

L'École des Hautes Études Commerciales remercie  
les entreprises ci-dessous, qui contribuent au financement  
de la Chaire de gestion des risques et/ou  
de la revue Assurances.

*The École des Hautes Études Commerciales thanks  
the corporations mentioned hereafter for their financial  
support to the Risk Management Chair and/or  
the Journal Assurances.*

**Catégorie OR / GOLD category**

Aon Parizeau inc.  
Banque Toronto-Dominion

**Catégorie ARGENT / SILVER category**

Marsh Canada Ltd.  
Chubb du Canada compagnie d'assurance  
La Sécurité, assurances générales



# Assurances

68<sup>e</sup> année, numéro 2, juillet 2000

## ARTICLES GÉNÉRAUX

- DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE COMPAGNIES POUR  
CONSTRUIRE UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION DES RISQUES  
DE FRAUDE – L'EXEMPLE DES ASSUREURS BELGES**  
par René Dhondt ..... 163
- URBAN INFRASTRUCTURE FLOODING  
IN SOUTHERN ONTARIO: A CASE STUDY APPROACH  
TO DETERMINE CAUSALITY (PART TWO)**  
by Tanuja Kulkarni ..... 179
- L'OBLIGATION DE L'ASSUREUR DE RESPONSABILITÉ  
DE DÉFENDRE L'ASSURÉ N'EST PAS ABSOLUE :  
RÉFLEXIONS À LA LUMIÈRE D'UNE DÉCISION RÉCENTE  
DE LA COUR D'APPEL DU QUÉBEC**  
par Rémi Moreau ..... 199

## ARTICLES ÉVALUÉS

- L'IMPACT DU PARTAGE DES COÛTS SUR LA CONSOMMATION  
DE MÉDICAMENTS**  
par Norma L. Nielson et Gillian R. Currie ..... 215
- LA GESTION DES FORMES DE DISTRIBUTION  
DANS L'ASSURANCE PAR L'ARBITRAGE CONTRÔLE – INCITATION :  
UNE ÉTUDE EMPIRIQUE SUR DONNÉES FRANÇAISES**  
par Fabrice Roth ..... 241

## CHRONIQUES

- FAITS D'ACTUALITÉ, par Rémi Moreau ..... 261**

1. La création du Fonds Gérard-Parizeau – 2. Le lourd bilan humain et monétaire des catastrophes mondiales de 1999 – 3. Les tremblements de terre : un risque latent mais bien réel – 4. La vente d'assurance dans les magasins à grande surface est désormais légale – 5. Le Mouvement Desjardins se positionne pour un rôle de chef de file dans la gestion du patrimoine des Québécois – 6. L'assurance de responsabilité professionnelle – 7. La caisse de la SAAQ a un surplus de 258 millions de dollars en 1999 – 8. Le classement des vingt premières compagnies d'assurance canadiennes en 1999 (toutes classes d'assurance confondues) – 9. Le point sur la démutualisation en cette année 2000 – 10. La fusion annoncée des deux

principales compagnies d'assurances britanniques – 11. Un exemple de réassurance de deuxième niveau – 12. L'assurance aviation a piqué du nez en 1999 – 13. La cyberbanque en constante évolution – 14. Création de programmes d'assurance relatifs à la propriété intellectuelle – 15. La Belgique sera dotée d'une loi particulière sur les catastrophes naturelles – 16. La régie d'entreprise – Conditions de succès

**CHRONIQUE ACTUARIELLE,**

par divers collaborateurs du Groupe-conseil AON

Modifications proposées à la Loi sur les régimes complémentaires  
de retraite ..... 277

**CHRONIQUE JURIDIQUE,** par Jean-François Michaud

La maison de l'assuré : la subrogation peut s'exercer contre l'assureur  
de la personne responsable ..... 281

**NEWS FROM IBC/NOUVELLES DU BAC,**

by various contributors / par divers collaborateurs ..... 285

**ÉTUDES TECHNIQUES,** par Rémi Moreau

Les documents d'assurance ..... 295

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

LE BUREAU DES SERVICES FINANCIERS /  
THE BUREAU DES SERVICES FINANCIERS ..... 301

**DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE  
COMPAGNIES POUR CONSTRUIRE  
UN DISPOSITIF DE PRÉVENTION  
DES RISQUES DE FRAUDE**  
*L'exemple des assureurs belges*

par René Dhondt

**RÉSUMÉ**

Les assureurs belges ont défini, il y a six ans, un plan d'action de prévention de la fraude à l'assurance. Ces assureurs se sont engagés, par le biais de conventions, à renforcer leur collaboration et à partager les informations nécessaires utiles à la lutte contre le phénomène de fraude. Cette politique volontariste a mené à la création d'un groupement d'intérêts économiques, Datassur, chargé de la gestion de fichiers et de services communs, au développement de programmes de sensibilisation et de formation et à la mise en place de structures de collaboration et d'échange avec les autorités publiques.

**ABSTRACT**

*Six years ago the Belgian insurers set up a plan to take active preventive measures against insurance fraud. These insurers will, by way of conventions, strengthen their collaboration and exchange useful information in order to fight the fraud phenomenon. Such a voluntarist policy had for effect the establishment of an economic group of interest, called Datassur, mandated to manage data and services, to develop several awareness-raising and training programs and to form a corporation and exchange structure with the government authorities.*

---

**L'auteur :**

René Dhondt est directeur général de l'UPEA.

## ■ INTRODUCTION

Personne n'a jamais pu dénombrer les propriétaires d'une voiture diesel qui font le plein au mazout de chauffage ou les usagers des transports publics qui voyagent sans billet. Dans le domaine de l'assurance, le chiffrage de la fraude présente les mêmes problèmes.

Cependant, sur la base d'indications recueillies par le Comité européen des assurances (CEA), la fraude à l'assurance représenterait sur la plupart des marchés d'Europe 5 % à 10 % du montant total des indemnités versées en assurance non-vie.

Dans le cas du marché belge, cela signifie que la fraude représente entre 10 à 20 milliards de francs belges. Autrement dit, chaque ménage assuré honnêtement débourse pour ses primes d'assurances en moyenne 2 500 à 5 000 Bef de trop qui vont dans la poche des assurés sans scrupules.

## ■ POURQUOI CE CHIFFRE EST-IL SI ÉLEVÉ ?

Un contrat d'assurance est, par définition, basé sur la bonne foi des parties. Il s'applique à une multitude de situations qui, pour des raisons commerciales et économiques, ne peuvent être contrôlées systématiquement par l'assureur. En effet, le contrat offre une gamme infinie d'opportunités de fraude lors de sa conclusion ou de son exécution :

### *lors de la conclusion :*

- la dissimulation d'éléments qui permettent d'évaluer le risque à couvrir (fausse déclaration intentionnelle) pour éviter un refus de couverture de la part de l'assureur, ou pour obtenir des conditions de garantie plus avantageuses;

- la dissimulation de l'existence d'autres garanties portant sur le même risque (assurances multiples) pour préparer une indemnisation multipliée;

- la souscription de garanties sur des biens qui n'existent pas ou dont la valeur déclarée est délibérément surévaluée en vue de s'enrichir en cas de sinistre.

### *lors de l'exécution*

- sinistre volontaire ou faux sinistre : l'assuré provoque volontairement un sinistre ou il déclare un sinistre qui n'est pas survenu;

– après un sinistre réellement survenu : l'assuré tente de faire entrer un sinistre dans le cadre d'une garantie qui ne devait normalement pas jouer; ou il augmente le montant des dommages qu'il prétend avoir subi.

## ■ MESURES POUR COMBATTRE LA FRAUDE

L'action de lutte contre la fraude commence bien sûr par des mesures à prendre au niveau de chaque entreprise, mais l'action ne peut être laissée à la seule initiative des entreprises, qui sont trop souvent retenues par des considérations de concurrence.

C'est la raison pour laquelle l'UPEA (Union professionnelle des entreprises d'assurances) a décidé de faire de la prévention et de la lutte contre la fraude à l'assurance un thème d'action prioritaire.

Elle a dès lors élaboré un *programme en six points* qui a jeté les bases pour la réalisation d'une série d'initiatives concrètes :

### 1. Signalement mutuel de risques aggravant considérablement la charge des sinistres

L'accroissement considérable de la charge des sinistres au cours de ces dernières années a rendu nécessaire un échange de données sur le passé «sinistres» de preneurs d'assurance. Ces données permettent une meilleure évaluation du risque au moment de la souscription et donnent, lors de la gestion du sinistre, une idée précise du passé «sinistres» de l'assuré.

### 2. Sensibilisation des preneurs d'assurance et du public en général

Le fait de donner un écho aux initiatives prises par les assureurs pour combattre la fraude a pour effet non seulement de dissuader les fraudeurs (potentiels), mais aussi de renforcer l'image de marque du secteur.

### 3. Étude et analyse

Une fraude non élucidée incite les fraudeurs à recourir chaque fois à des procédés identiques ou similaires. C'est la raison pour laquelle une Union professionnelle doit essayer de mieux cerner les



mécanismes de la fraude à l'assurance et d'instaurer ou de renforcer la collaboration entre les spécialistes en la matière des différentes compagnies.

#### 4. Formation

D'une manière générale, le niveau de (re)connaissance de la fraude à l'assurance est trop bas dans les compagnies. Les pratiques frauduleuses évoluent rapidement et constituent souvent des échantillons d'ingéniosité. Une formation s'avère donc nécessaire pour pouvoir suivre les évolutions.

#### 5. Politique en matière de déclaration et de poursuites

Lorsqu'un contrôle démontre qu'un sinistre ne peut pas être indemnisé du fait d'une fraude ou d'une tentative de fraude, l'assureur doit éviter que ces faits demeurent non sanctionnés. Outre le refus d'indemnisation et de reconduction de la couverture ainsi que la reprise des personnes concernées dans un fichier, les instances judiciaires doivent également être impliquées.

#### 6. Coopération avec les autorités

Lors du traitement de dossiers de sinistres, les assureurs ne disposent pas de toutes les informations concrètes qui existent cependant auprès des instances de police et officielles. Ils se heurtent par ailleurs à des entraves légales dans l'exercice de leur profession.

Dans une deuxième phase, ce programme en six points a été converti en un *plan d'action* détaillé ci-après.

### ■ PLAN D'ACTION

#### I. Signalement mutuel de risques

##### *1.1. Fichiers communs aux assureurs gérés par Datassur*

Il existe actuellement un système d'information entre compagnies sous forme de fichiers informatisés. Ces fichiers sont conformes à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée qui régit la tenue et l'utilisation des fichiers et

dont toutes les dispositions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1996. Il est évident que les fichiers seront également adaptés à la nouvelle loi sur la protection de la vie privée, qui a été publiée au Moniteur belge le 3 février 1999, mais dont les Arrêtés royaux d'exécution n'ont pas été publiés jusqu'à présent.

Selon la loi de 1992, les traitements de données ne peuvent être effectués qu'à la condition d'être légitimes. Ce caractère légitime s'apprécie en fonction de la «finalité» déclarée de chaque fichier.

Afin de respecter les dispositions de la loi sur la protection de la vie privée, les assureurs ont par ailleurs dû désigner un seul maître de ces fichiers. C'est lui qui s'occupe de la gestion des fichiers et qui est pénalement responsable des éventuelles infractions à la loi.

Ce maître des fichiers a pris la forme juridique d'un groupement d'intérêt économique (GIE) dénommé Datassur. Cet organisme a le mérite d'apporter plus de transparence vis-à-vis du public et présente l'avantage de n'avoir aucune véritable incidence sur l'image du secteur puisque cette organisation est distincte de celle de l'UPEA, tout en restant sous le contrôle de cette dernière.

L'offre des services de Datassur est à géométrie variable, c'est-à-dire que les entreprises d'assurances, pour autant qu'elles soient membres du GIE, peuvent recourir à ses services en fonction de leurs besoins. Il est cependant évident que, dans le cadre des fichiers communs, plus il y a d'adhérents au système, plus celui-ci est efficace et pertinent.

Actuellement, Datassur gère deux fichiers, à savoir le fichier RSR pour les branches incendie, accidents et risques divers (IARD) qui a démarré le 1<sup>er</sup> juin 1996, et le fichier VBR pour les branches vie, maladie et soins de santé qui a démarré un an plus tard.

### *1.1.1. Convention RSR*

Une convention entre compagnies et un code de bonne pratique reprennent des accords explicites sur la finalité de l'échange de données, les types de données reprises, la responsabilité des compagnies signataires, ainsi que leurs droits et obligations.

Selon la convention, quatre faits peuvent donner lieu à une reprise dans le fichier RSR, à savoir la résiliation d'un contrat, les risques particuliers auto, le refus de couverture et la fraude :

La *résiliation* comprend sept volets :

– résiliation à l'échéance (ne vise pas les résiliations ordinaires) ;

– non-paiement de primes et/ou non-recouvrement de franchise (environ 78 % des cas) ;

– résiliation après un sinistre (avec indication d'une catégorie de montants) ;

– résiliation après plus d'un sinistre responsable (environ 13 % des cas) ;

– responsabilité reconnue (environ 3 % des cas) ;

– résiliation après sinistre avec refus d'intervention (pour des raisons contractuelles) ;

– résiliation avec recours (par exemple après indemnisation en cas d'intoxication alcoolique).

#### *Risques particuliers Auto :*

– après plus d'un sinistre responsable ;

– avec recours.

Cette rubrique vise le vrai conducteur qui, dans certains cas, n'est pas le preneur d'assurance lui-même (sociétés de taxi, de leasing, etc.). Dans ces cas, il n'y a pas nécessairement résiliation du contrat.

Le *refus* est motivé comme suit :

– non-correspondance avec les informations du fichier RSR ;

– non-correspondance avec la réalité.

Pour les «risques alourdis» (= fraude) qui représentent environ 2 % des cas, une catégorie de montants est chaque fois indiquée pour les types de fraude suivants :

– non-correspondance avec la déclaration à la souscription ;

– non-correspondance avec la déclaration de sinistre ;

– pluralité de couvertures indemnitaires ;

– participation au fait constaté ;

– fait volontaire ;

– sinistre antérieur à la souscription.

En 1999, plus de 46 600 enregistrements ont été effectués dans le fichier RSR. Fin mai 2000, le total des personnes inscrites approche les 235 000. Chaque jour, les gestionnaires de dossiers des 57 compagnies ayant adhéré au système transmettent, par voie informatique, les données relatives à quelque 210 cas pour enregistrement. Le non-paiement de la prime et/ou le non recouvrement de la franchise ainsi que la sinistralité importante sont souvent à l'origine de l'enregistrement mais, dans près de 3 % des cas, une fraude ou une tentative de fraude fut à l'origine du signalement.

### *Qu'en est-il de la qualité et de la pertinence des données enregistrées ?*

La loi sur la protection de la vie privée prévoit que les personnes enregistrées dans un fichier automatisé doivent en être informées, de sorte qu'elles puissent faire valoir leur droit à l'information et, le cas échéant, à la rectification et/ou l'annulation des données les concernant. Datassur informe donc systématiquement toutes les personnes physiques reprises dans ses fichiers.

Les taux de demandes d'information et de rectification/annulation émanant des personnes «fichées» constituent de bons baromètres pour mesurer la qualité des données enregistrées. En 1999, les 46 600 enregistrements précités ont donné lieu à 819 demandes de renseignements complémentaires, ce qui correspond à une demande pour 57 enregistrements. Mieux encore, sur ces 819 personnes qui manifestèrent de l'intérêt pour le contenu de leur enregistrement, 138 seulement exigèrent une rectification ou, dans la plupart des cas, l'annulation de l'enregistrement en question. Ceci démontre bien que les enregistrements ne se font pas à la légère, puisqu'ils sont pertinents dans la toute grande majorité des cas.

### *Comment mesurer le rendement d'un tel système ?*

Mesurer le rendement exact d'un tel système est impossible et inutile, s'empresse d'ajouter les responsables des branches concernées dans les compagnies d'assurances. L'investissement (adaptation des applicatifs internes dans les compagnies) est de toute façon dérisoire, dès lors que l'on peut éviter quelques cas de fraude par une meilleure connaissance du profil de l'assuré potentiel. Comme la plupart des compagnies adhèrent au système, celui-ci est performant et fiable. La probabilité pour un fraudeur de passer entre les mailles du filet s'est ainsi considérablement amenuisée.

Le raisonnement vaut également pour les «mauvais payeurs» et ceux dont la statistique sinistre est particulièrement mauvaise. En

adhérant au système, les compagnies peuvent, dès la phase de souscription, évaluer correctement le risque qu'elles encourent et adapter leur tarif en fonction du profil du futur assuré, voire refuser le risque.

### *1.1.2. Convention VBR*

La convention VBR est appliquée en branches vie, maladie et soins de santé. Ce fichier comprend des risques ajournés, refusés ou alourdis.

*Risques ajournés* : par exemple en attendant la guérison d'une maladie, le retour d'un militaire parti en mission, etc. (environ 37 % des cas).

#### *Risques refusés*

– refus de couverture à l'initiative de la compagnie (environ 54 % des cas) ;

– refus explicite de fournir les renseignements complémentaires demandés et nécessaires à l'acceptation du risque (environ 3 % des cas).

#### *Risques alourdis (= fraude)*

– non-correspondance avec la déclaration à la souscription (environ 4 % des cas) ;

– non-correspondance avec la déclaration de sinistre (environ 1 % des cas) ;

– fait volontaire (environ 1 % des cas).

Les branches les plus concernées sont respectivement la branche vie individuelle (79 % des cas), invalidité individuelle (14 % des cas), soins de santé et invalidité collective (3 % des cas chacune).

Les chiffres relatifs au VBR sont très modestes en comparaison avec le RSR. En 1999, quelque 500 enregistrements ont été effectués à l'initiative d'une douzaine de compagnies. Ce chiffre a cependant plus que doublé par rapport à 1998 et dénote un intérêt croissant de la part des compagnies pour les informations détenues dans ce fichier. Sur le plan de la qualité et de la fiabilité, ce fichier est comparable au fichier RSR, puisque les ratios dont il est question pour le RSR se confirment au niveau du VBR.

### *1.1.3. Le fichier Discover*

Puisque le fichier RSR n'a plus grand chose à prouver au niveau de l'efficacité en matière de transmission des informations,

il est assez normal que les compagnies se soient tournées vers Datassur pour calquer les procédures existantes au signalement des véhicules volés.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2000, Datassur propose un logiciel utilisable sur PC, qui permet aux compagnies qui le souhaitent de signaler tout vol de véhicules aussitôt qu'elles en ont pris connaissance.

L'utilité d'une telle centralisation est multiple. Cela permettra, dans un premier temps, de confronter les données de Discover avec celles d'autres fichiers. Par exemple, avec celui de la police qui, en cas de vol réel, doit également contenir les données signalées dans Discover. L'on comprendrait mal en effet qu'un vol de véhicule ait fait l'objet d'une déclaration à la compagnie d'assurance mais d'aucune déposition devant les autorités verbalisantes. Le signalement à la compagnie d'assurance concernée avant le délai des 30 jours au terme duquel elle indemnise le propriétaire lésé, du fait que le véhicule a été retrouvé, se fera d'une manière plus systématique et surtout plus rapide. Combien de propriétaires lésés, informés comme il se doit par la police ou la gendarmerie que leur véhicule a été retrouvé, n'attendent-ils pas expressément la fin du délai de 30 jours et donc d'avoir reçu leur chèque avant d'informer leur compagnie que le véhicule a entre-temps été retrouvé.

Des actions en matière de recherche de véhicules volés, notamment en matière de récupération ou rapatriement de véhicules retrouvés, peuvent être entreprises de manière mieux coordonnée, donc plus efficace et moins coûteuse pour la collectivité des assureurs, dès lors qu'un organisme central, mandaté à cet effet par les compagnies, en assume la charge. La première pierre de cet ambitieux édifice est un fichier central commun aux assureurs et les compagnies l'ont compris puisqu'elles ont souhaité Discover.

### ***1.2. Instauration d'une banque de données «sinistres» en assurances auto***

Le nombre croissant de cas de fraude à la souscription et à l'occasion d'un sinistre, la segmentation poussée en assurance Auto et la disparition programmée du système bonus-malus engendrent la nécessité absolue d'un échange entre compagnies de données concrètes et objectives sur les risques au moyen d'une banque de données «sinistres» sectorielle.

A cet égard, l'UPEA a récemment mis en place un groupe de travail chargé d'examiner la solution idéale sur le plan juridique, fonctionnel et financier. Les résultats de cette étude de «faisabilité»

sont attendus pour l'été 2000 et conditionneront la poursuite du projet qui pourrait jeter les bases d'une banque de données sinistres toutes branches confondues.

## □ 2. Sensibilisation

Voici deux exemples d'actions que l'UPEA a menées pour sensibiliser le public.

### 2.1. Documents d'assurance

À l'intention de ceux qui pourraient céder à la tentation de s'y risquer, un avertissement a été imprimé sur les propositions d'assurance et les déclarations de sinistre, afin de rappeler la gravité des conséquences en cas de fraude. Le texte de cet avertissement peut varier légèrement d'une compagnie à l'autre, mais il a été repris d'une manière identique au verso du constat européen d'accident. Le libellé dans ce dernier cas est le suivant : «Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie de la compagnie d'assurances pourra faire l'objet de poursuites, en vertu de l'article 496 du Code pénal».

Par ailleurs, l'UPEA a proposé aux compagnies un pictogramme à faire figurer sur les documents destinés à la clientèle. Ce pictogramme doit, d'une part, susciter la sympathie ou le soutien des assurés honnêtes, mais, d'autre part, rappeler la vigilance des compagnies et, implicitement, le caractère punissable de la fraude. D'où le slogan qui l'accompagne : «Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus».

### 2.2. Les intermédiaires

La loi sur la distribution de l'assurance (loi Cauwenberghs) de 1995 détermine les conditions d'inscription des courtiers et autres intermédiaires dans le registre de l'Office de contrôle des assurances (OCA).

L'article 10, 3<sup>o</sup> de la loi prévoit que, pour pouvoir être inscrit au registre, l'intermédiaire d'assurances intéressé doit présenter une aptitude et une honorabilité professionnelle suffisantes.

Pour le législateur, toute personne impliquée dans l'intermédiation en assurances doit faire preuve d'une honorabilité professionnelle suffisante, qu'elle exerce cette activité en tant que travailleur indépendant ou salarié.

Dans ce contexte, l'UPEA se réunit régulièrement avec les fédérations de courtiers d'assurances pour sensibiliser les inter-



médiaires au problème de la fraude. L'objectif principal des dernières rencontres a été la mise sur pied, en avril dernier, d'un conseil professionnel mixte. Cet organe de concertation examinera à intervalles réguliers les infractions qui sont suffisamment importantes pour les soumettre à l'Office de contrôle des assurances (OCA) ou pour ester en justice.

### □ 3. Étude et analyse

Plusieurs projets ont été lancés dans le cadre de ce chapitre «Étude et analyse». Il s'agit d'initiatives dont les effets, sur le plan opérationnel, ont été immédiats.

#### *3.1. Échange de données opérationnelles entre inspecteurs «sinistres»*

L'UPEA a établi une liste de 437 inspecteurs «sinistres» répartis sur toute la Belgique. Ces personnes ont reçu cette liste sous une forme papier et sur disquette. Depuis lors, elles échangent des données sur le terrain afin de compléter leurs dossiers «sinistres».

#### *3.2. Échange de messages entre assureurs*

Début 1996, un réseau de communication à fonctionnement rapide a été mis en place. Ce réseau englobe 204 correspondants dans 100 compagnies. Depuis cette date, des centaines de messages ont été échangés avec des résultats fort positifs.

Aujourd'hui, constatant les avantages en terme de rapidité d'un vecteur d'information comme Internet, un groupe de travail ad hoc étudie les modalités pratiques pour une utilisation plus systématique de ce média dans ce contexte.

#### *3.3. Indicateurs de fraude*

Les services d'enquête internes ou externes des compagnies utilisent des «clignotants», des indicateurs de fraude, qui peuvent les amener à approfondir leurs investigations. Si une voiture disparue à la suite d'un vol est retrouvée dans un coin perdu à l'étranger, à une distance supérieure à celle que le véhicule aurait pu parcourir avec un plein d'essence et que rien n'indique que la serrure du bouchon du réservoir a été forcée, il va de soi que tous ces éléments peuvent donner lieu à des questions et des vérifications quant au scénario mentionné dans la déclaration.

Ces clignotants ont été finalisés dans un document papier et ont également été convertis en un programme informatique pour PC.

### **3.4. La loi « Franchimont »<sup>1</sup>**

L'UPEA suit de près l'évolution des législations. Certaines lois peuvent en effet avoir des conséquences là où on s'y attend le moins. Ainsi, la loi dite Franchimont, qui permet à toute victime d'avoir accès au dossier répressif, a fait l'objet d'un examen particulier à la lumière du travail des inspecteurs fraude. Un groupe de travail ad hoc s'est donc penché sur les conséquences de cette loi et de ses impacts sur le travail des inspecteurs, en égard notamment aux statuts de «personnes lésées» et de «personnes interrogées». Ce type d'étude débouche sur un rapport, voire une série de recommandations qui sont communiquées à l'ensemble des compagnies.

## **4. Formation**

### **4.1. Au niveau des compagnies**

En concertation avec la Commission Fraude, le Centre de formation de l'UPEA a organisé les sessions suivantes pour les collaborateurs des compagnies d'assurances :

- une journée d'étude pour sensibiliser les responsables des services de production IARD;
- des séminaires pratiques, étalés sur plusieurs jours et organisés par branche, à l'intention des souscripteurs;
- des séminaires pratiques, également étalés sur plusieurs jours et organisés par branche, à l'intention des gestionnaires «sinistres».

### **4.2. Au niveau des autorités**

Les services de police et les assureurs ont un intérêt commun dans l'élucidation des délits. C'est pourquoi l'UPEA a organisé pour la première fois, en octobre 1996, un séminaire intitulé «Fraude à l'assurance et criminalité auto» à l'intention des services de police. En Belgique, il s'agissait d'une première dans la collaboration entre autorités et assureurs.

En fait, cette formation était une initiative conjointe du service Prévention du Ministère de l'Intérieur et de la Commission Fraude de l'UPEA, qui a attiré plus de 100 participants provenant des

services de gendarmerie, de police et d'autres organes spécialisés dans le domaine de la prévention.

Cette initiative a rencontré un accueil très favorable auprès des participants.

Elle a été suivie d'autres organisations conjointes, telle que la formation d'une centaine de gendarmes spécialisés dans la détection de véhicules volés. Ces gendarmes ont bénéficié de cette formation supplémentaire pour approfondir leurs connaissances en matière de lutte contre la fraude «Auto».

#### **5. Politique en matière de déclaration et de poursuites**

La Commission Fraude a constaté qu'au niveau du secteur, des règlements de sinistres très souples et un manque d'action ont favorisé le développement actuel de la fraude. Au lieu de montrer la sévérité voulue, les assureurs ont, en général, essayé de compenser les pertes en augmentant leurs primes. Cette approche n'est plus défendable.

C'est pourquoi les compagnies ont convenu, pour les cas où la fraude est établie, de déposer systématiquement plainte. Cette mesure est reprise dans une convention sectorielle qui a pris effet le 1<sup>er</sup> mars 1997 et comprend les points suivants :

a) la reprise obligatoire de la clause anti-fraude dans tous les documents d'assurance;

b) l'adaptation de la politique en matière de poursuites des compagnies;

c) une collaboration entre compagnies concernant le règlement des dossiers fraude.

#### **6. Coopération avec les autorités**

Le 30 juin 1997, la *Plate-forme nationale de lutte contre la criminalité en matière de véhicules* a été créée. Elle comprend une dizaine de membres des secteurs public et privé et est présidée par les Ministres de la Justice et de l'Intérieur. Une réalisation importante de la plate-forme est le lancement, en septembre 1999, d'une nouvelle procédure de contrôle des véhicules accidentés.

Cette procédure a été élaborée par l'UPEA, en étroite collaboration avec la DIV (Direction pour l'immatriculation des véhicules), le GOCA (Groupement des organismes agréés de contrôle

technique), Federauto, Febiac, les autorités verbalisantes police et gendarmerie, les douanes et les unions professionnelles des experts en automobiles. Elle poursuit un double objectif : améliorer la sécurité des véhicules circulant sur nos routes et mettre un terme au commerce «suspect» de certains véhicules gravement accidentés.

Depuis septembre 1999, le véhicule pour lequel l'expert en automobiles a détecté des dommages aux organes de sécurité que sont le châssis, la direction, la suspension ou le système de freinage, est convoqué par le contrôle technique afin de subir un examen spécifique après réparations. Ce dernier est effectué au moyen d'un matériel de pointe installé dans une dizaine de stations de contrôle technique réparties sur le territoire national.

L'objectif est de s'assurer que les réparations ont été correctement et complètement effectuées et que le véhicule ne présente plus de danger pour son utilisateur et les autres usagers de la route. Il est important à ce stade de souligner que la convocation au contrôle technique est accompagnée de l'introduction d'une mention particulière dans le fichier central de la DIV. Cette mention n'est effacée du fichier qu'à la condition que le véhicule fasse l'objet d'un contrôle technique réussi. À défaut, la mention est maintenue et les autorités verbalisantes peuvent en prendre connaissance. Le même système est d'application pour les convocations aux visites dites «annuelles».

Autre nouveauté. Depuis le début de l'été 1999, les véhicules en perte totale technique sont soumis à une procédure de suivi renforcée. Le véhicule, qui est considéré par un expert en automobiles comme «techniquement irréparable», voit son numéro de châssis bloqué dans le fichier central de la DIV et ne peut dès lors plus être immatriculé. Dans les cas exceptionnels où un tel véhicule viendrait malgré tout à être réparé, la personne qui souhaiterait le remettre en circulation se voit obligée de respecter une procédure administrative contraignante impliquant le réparateur, un expert en automobiles et l'importateur. Muni de cette triple attestation, le véhicule doit encore être présenté à un contrôle technique spécifique dont le but est de s'assurer de la qualité des réparations et de la sécurité générale du véhicule.

Ces différents contrôles permettent à la Belgique d'apporter sa contribution à l'assainissement du marché des épaves, puisqu'il est d'ores et déjà prévu de communiquer les informations relatives aux véhicules gravement accidentés à plusieurs pays européens via notamment le système d'échanges d'informations Eucaris.

## ■ ASSOCIATIONS INTERNATIONALES

Depuis 1997 l'UPEA est membre de l'IAATI et l'IAIFA.

L'IAATI (International Association for Auto Theft Investigators) est très active dans le domaine de la lutte contre le vol de véhicules et a pu compter sur l'appui de l'UPEA pour organiser son séminaire à Spa en décembre 1999.

Tout comme l'IAATI, l'IAIFA (International Association for Insurance Fraud Agencies) a ses racines aux États-Unis. Cette association se concentre spécifiquement sur la lutte contre la fraude à l'assurance. Pour la toute première fois, elle a organisé son séminaire annuel à Bruxelles, les 24 et 25 juin 1999. Cette organisation est également soutenue par l'UPEA.

## ■ CONCLUSION

L'UPEA a complété le programme en six points par les actions suivantes :

### 1. Signalement mutuel de risques

– Création du GIE Datassur qui gère actuellement trois fichiers :

- le fichier RSR pour l'IARD, opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996 ;
- le fichier VBR pour la Maladie et la Vie, opérationnel depuis septembre 1997 ; depuis le 1<sup>er</sup> mars 2000 : le fichier Discover.

– Étude de faisabilité quant à une banque de données «sinistres» Auto.

### 2. Sensibilisation des preneurs d'assurance et du public en général

– Reprise d'une clause «anti-fraude» dans tous les documents d'assurance.

– Création d'un conseil professionnel mixte avec les courtiers.

**3. Étude et analyse**

– Échange d'information entre plus de 400 inspecteurs sinistres répartis sur toute la Belgique.

– Utilisation d'un réseau de communication reliant plus de 100 compagnies.

– Élaboration d'une liste des indicateurs de fraude (= clignotants) et de clignotants spécifiques à l'an 2000.

**4. Formation**

– Au niveau des compagnies : formation des services de production et de règlement de sinistres.

– Au niveau des autorités : formation des services de gendarmerie et de police.

**5. Politique en matière de déclaration et de poursuites**

– Approbation d'une convention sectorielle.

**6. Coopération avec les autorités**

– Nouvelles procédures de contrôle des véhicules accidentés.

**Note**

1. Loi du 12 mars 1998 relative à l'amélioration de la procédure pénale au stade de l'information et de l'instruction.

# URBAN INFRASTRUCTURE FLOODING IN SOUTHERN ONTARIO: A CASE STUDY APPROACH TO DETERMINE CAUSALITY (PART TWO)

by Tanuja Kulkarni

## ABSTRACT

Three case study cities were chosen from a number of urban flood events that were identified through local newspapers. Peterborough, Sarnia and Ottawa all experienced urban floods in the same year and are all located southern Ontario. cursory review of the three events indicates that there may be different causal factors that influenced the urban floods. They were chosen to be case study cities because they fall in one region of Canada, are in the same climate zone and the flood events, though similar, appeared to be the result of different features of the urban setting. Precipitation data for each case study city was gathered, and the regional climate data was reviewed. Intensity, duration and frequency tables were considered for these cities but only maximum rainfall for 15 minutes, one hour and 24 hours were compared.

Land use change maps in the areas surrounding the flood events were developed over a minimum of 20 years for each city. Approximately 1km<sup>2</sup> was measured around the flooded area and compared over time. The change from permeable to impermeable land cover was considered as a mechanism for increased flooding.

The sewage systems were also examined to determine if they could be a cause for urban flooding in these cities.

## RÉSUMÉ

*Dans le cadre d'une étude de cas, trois villes ont été choisies à partir d'un échantillonnage d'événements liés à l'inondation et qui tous ont été rapportés dans les journaux locaux. Les villes de Peterborough, Sarnia et Ottawa ont toutes eu à subir l'expérience d'inondations urbaines au cours d'une même année et dans le même secteur géographique, à savoir le sud de l'Ontario. Une revue sommaire de ces trois événements*

## The author:

Tanuja Kulkarni is researcher at the Institute for Environmental Studies of the University of Toronto. The University of Toronto supported this research, with editorial and content support from Dr. Rodney White. The Insurance Bureau of Canada, the Ministry of Natural Resources and Environment Canada made data available.



démontre qu'il peut exister différents facteurs causals pouvant influencer les inondations urbaines. Les villes furent choisies comme cibles de l'étude de cas à cause de leur localisation dans une même région du Canada, de leur localisation dans la même zone climatique et du fait que les événements à l'origine de chaque inondation, quoique similaires, semblent être le résultat de particularités distinctes de l'infrastructure urbaine. On colligea les données de précipitation pour chaque cité cible et on révisa les données régionales climatiques. On prit en compte, dans chaque cas, les éléments relatifs à l'intensité, à la durée et à la fréquence, mais on compara uniquement les averses maxima de pluie de plus de 15 minutes, de plus d'une heure et de plus de 24 heures.

On a mis au point, sur une période minimum de 20 ans pour chaque cité, des cartes sur les changements d'utilisation de terrains environnant les inondations. On mesura approximativement 1 kilomètre carré autour de la zone inondée, et les résultats furent comparés sur différentes périodes. Le changement du sol, d'un couvert perméable à imperméable, fut considéré comme un mécanisme propre à augmenter les inondations.

On examina aussi les systèmes d'égout en vue de déterminer s'ils ont été un facteur causal d'inondation urbaine dans les villes ciblées.

## ■ 1.0 INTRODUCTION

The events examined in this paper were identified through local newspapers and are important to consider because they may indicate an emerging pattern of floods in southern Ontario.

The case study cities of Peterborough, Sarnia and Ottawa all experienced flooding in the summer of 1996, and were chosen based on apparent differences in the causes of the floods.

Precipitation in the cities was compared over time to determine if these cities have been experiencing an increase in extreme precipitation that may correspond to increased urban flood frequency.

Changes in land use are also analyzed to determine the contribution of permeable surfaces urban floods. The land use surrounding the affected areas was mapped over time to measure changes in permeability. The soil types in the hinterlands of the cities were mapped and the soil type within the city limits was interpolated, indicating the natural drainage that underlay each city.

The sewage systems themselves need to be considered when studying urban floods, as the increasing growth of the sewer network relative to urban development may be a key concern. The sewershed that the flooded area lies in is important to define, and its characteristics, including capacity and density need to be determined.

## ■ 2.0 VARIABLES OF CONSIDERATION

### □ 2.1 Precipitation

Precipitation data for each case study city was gathered, and the regional climate data was reviewed. The data collected for Peterborough was collected at the Peterborough Airport from 1971 to 1990. Data from the Sarnia Airport was collected from 1970 to 1990. The Ottawa data was collected at the Ottawa International Airport from 1967 to 1990. All three sites were located several kilometers from the airport, and likely do not reflect the exact volumes of rain that affected the flood areas. All events occurred in the summer, and due to convective rainfall, any precipitation data collected would be spatially concentrated. Intensity, duration and frequency (IDF) data for each city was evaluated to determine if the trends of the city followed a regional precipitation trend.

### □ 2.2 Land Use

Land use change maps in the areas surrounding the flood events were developed over a minimum of 20 years for each city. The change from permeable to impermeable land cover was considered as a mechanism for increased flooding.

An area approximately 1 km<sup>2</sup> in size surrounding the urban floods in the three case study cities was mapped using aerial photos, Ontario Geographic Survey topographic maps and city maps. The time intervals were chosen based on available air photos. Ontario Soil Survey maps were used to determine the soil type and drainage characteristics of lands surrounding the cities. The soil types within the cities were not mapped, due to the unavailability of urban soil maps, but were interpolated from the surrounding land.

An area of approximately 1 km<sup>2</sup> around the flooded streets was mapped, classified and measured. The area surrounding the flooded streets was mapped using three land use classes: urban, forested and field. The urban land class included all homes, driveways, sidewalks, commercial and industrial buildings, and most residential road networks. The forest class included areas with significant tree or shrub density. This determination, using aerial photos, was made based on whether the leaf coverage allowed the viewer to see the surface of the ground. Significant density was defined as an inability to view the ground surface. The field class

included all areas that appear to be farmed, sports fields, and large grassed areas.

Appendices 1, 2 and 3 contain tables of data from the airport climate stations that were used to create the intensity, duration and frequency curves for the case study cities. Table 1 lists the maximum rainfall amounts for the durations of 5 minutes to 24 hours for each year the station operated. The summary values for each duration include mean extreme, standard deviation, years of record, coefficient of skewness and coefficient of kurtosis. Table 2 consists of two sections: one showing rainfall durations of 5 minutes to 24 hours, and the precipitation amount for return period values for 2, 5, 10, 25, 50 and 100 years. The first section shows the expected total amount for each duration and return period. The second section lists the value for each duration as a mean hourly rate of rainfall averaged over the corresponding duration. Table 3 outlines the characteristics of the interpolation equation. The values from Table 1 (precipitation value by return period) are fit onto log-log paper (intensity by duration) and the best fit line is the IDF curve for that return period (Hogg and Carr 1989).

The IDF curves for the case study cities can be seen in Appendix 4. These IDF curves cannot be compared over time without comparing these IDF curves with historical IDF curves of these stations. This option was not available, so the undifferentiated values of Table 1 were considered. These graphs (Figures 3, 4 and 5) display precipitation value as the independent variable and thus, are more appropriate for this study.

The most common return period chosen is the 5 year storm, and in fact, Ottawa and Peterborough sewer networks have been constructed with a 5 year return period. The Sarnia sewage network is more variable and sections of it range from the 3 to 5 year return period.

### ■ 3.0 CASE STUDIES

The three case study cities were chosen from a number of urban flood events that were identified through local newspapers. These cities all experienced urban floods in the same year and are all located southern Ontario. cursory review of the three events indicates that there may be different causal factors that influenced the urban floods. These factors were explored within the confines of the limited resources.

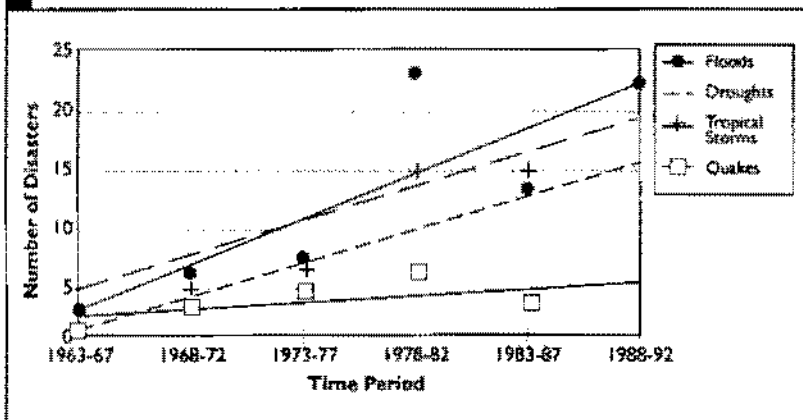
Global flooding has increased in frequency in recent years (Figure 1). In urban areas of the St. Lawrence Basin in Southern Ontario and Quebec, urban floods have caused damage by overland flow and sewer back-up. The cause of the flooding for each case study city is that the rainfall volumes exceeded infrastructure capacity, but the floods may be the result of land cover change, obsolete drainage infrastructure, extreme rainfall or a combination of these factors.

Recent urban floods in Ontario have left affected households and businesses to discover that compensation for flood damages is often not a simple process. The issue of urban floods is a complex one, where the role of insurance companies is generally defined, but the response of government changes for each event, as there is no municipal policy response to infrastructure flooding.

The summer of 1996 brought floods to much of Europe and to the American mid-west. The cities of Peterborough, Sarnia and Ottawa, also experienced flooding, leaving close to 3000 people with damaged property. These floods were unusual because they were flood events that occurred outside the floodplain. They were chosen to be case study cities because they fall in one region of Canada, are in the same climate zone and the flood events, though similar, appeared to be the result of different features of the urban setting. The population of the three cities can be seen in Figure 2.

As Peterborough developed new areas and paved them, the impact may have led to flooding in adjacent properties. Sarnia's

**FIGURE 1**  
**GLOBAL NATURAL DISASTERS, INCLUDING FLOODS**  
**1963 TO 1992 (FRANCIS AND HENGEVELD 1998)**



combined sewage network is up to 90 years old in some sections, and even moderate rainfall events may have contributed to urban flooding, particularly as the city expanded. Ottawa's sewage system is approaching 100 years old. The volume of flow that it was inundated with that summer was unusually large, leading to floods.

During the summer of 1996, Ottawa experienced large scale urban floods, where the average insurance claim was between \$1000 and \$1500, but the cost to the insurance industry was over \$20 million (Insurance Council of Canada 1998). The cost to service the large number of claims was increased as a result of using out of town adjusters, hotel and car rentals, and the number of support staff required to process the claims.

The case study cities each consider one urban infrastructure flood event, but do not look at the frequency of the floods over time. The value in considering the independent events is the process of collecting relevant urban data for very local areas and determining how these separate events fit into rainfall trends of the city.

### □ 3.1 Peterborough Case Study

Peterborough is a city whose growth has increased steadily since its incorporation in 1905 (Statistics Canada 1998). Its relative location to the other cities can be seen in Appendix 6.

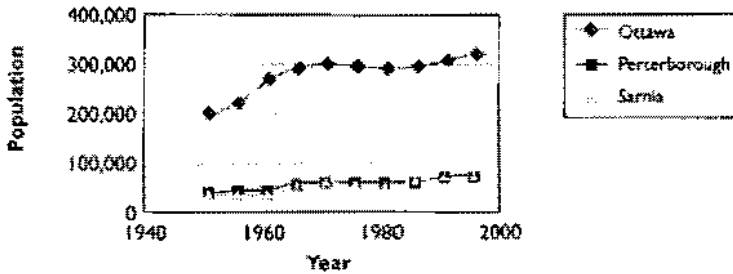
This city is in the midst of a drumlin field, and borders the Mark S. Burnham Provincial Park to the east (Appendix 7). The city recently annexed land on the eastern border extending to Television Road including part of the Provincial Park.

The soils that surround the city are alternating Ontonabee loam, Foxboro silt loam and Brinco loamy sand. The properties and location of these soils are listed in Appendix 8. The drainage in Peterborough is complex as a result of the extensive drumlins. The alternating Ontonabee loam is well drained, and is intermixed with Foxboro silt loam, a poorly drained soil, which may contribute to differential drainage. These are the two soil types surrounding the urban flood sites, but the actual underlying soil characteristics were unavailable.

#### *3.1.1 Peterborough Flood, 1996*

The 17.0 mm of rainfall that the City of Peterborough received on September 13, 1996 impacted many homes on Meadowview Road (Appendix 9). The residents attribute the flooding in this area

**FIGURE 2**  
**POPULATION GROWTH FOR OTTAWA, PETERBOROUGH**  
**AND SARNIA**



to construction of an uphill subdivision and the paving of an uphill drainage swale. Previous to the subdivisions 1993 construction, there were no flood problems on Meadowview Road. The runoff from the rain event created basement and yard floods, the resulting damage cost one homeowner \$17,000 (Tyson 1996). This was not a large volume of rainfall, but the impacts were considerable.

### 3.1.2 Land Use

The land area of the City of Peterborough is 53 square kilometers. Although the city is primarily urban, it includes a number of wetland sites within its borders. The major waterways, which have been channelized to some degree, are the Trent Canal and the Ontonabee River, which flow south into Little Lake and through to the North Monaghan Township.

The area affected by the September 1996 flood lies to the east of Little Lake and just west of the annexed land and Mark S. Burnham Provincial Park, which is primarily wetland. This subdivision borders North Beavermead Park and includes a tributary of Little Lake.

Approximately a 1 km<sup>2</sup> area was mapped around the affected area from 1954 and 1978 air photos. The change in land distribution can be seen in Table A and in Appendix 10. The areas were chiefly measured using a planimeter, but a grid based integration method was used for very small areas. The 1954 area and the 1978 area are not identically mapped. There is a 0.67 km<sup>2</sup> difference in the areas, which can be attributed to mapping error, relating to scale changes and to estimations of location, as the affected area was not constructed in 1954. The affected street was not identifi-

able in the 1954 aerial photos, and its location was approximated along with the 1.0 km<sup>2</sup> area surrounding it. The total area mapped for Peterborough may not be identical, but the changes in the land use of the areas mapped from 1954 to 1978 are broadly comparable.

The increase in urban area from nearly zero to 0.5 km<sup>2</sup> may be one of the key determining factors of the flooding experienced in September 1996. The field area decreased by 0.56 km<sup>2</sup>, and the forested area changed from 1.02 km<sup>2</sup> to 0.41 km<sup>2</sup>. The figures in Table A indicate that the forest area decreased, likely converted to field and to urban areas, and the field areas decreased, likely to the increase in urban area.

### ***3.1.3 Homeowner Reaction***

Those who were impacted by the urban floods in Peterborough were not compensated for damage through insurance and looked for support from the City. The homeowners viewed the situation as one where the City was responsible, and needed to take action (i.e. liable for damages), but the City insists that the City is not accountable, and that the citizens should be looking toward the uphill subdivision developer for blame. The homeowners maintain that the City authorized the subdivision, and are therefore liable for the damages. The issue of sewers was not raised in this community, as the sewers that attach the area to the larger trunk sewers are new, and the age and quality of the sewer shed it sits in has not been disputed.

### ***3.1.4 Peterborough Precipitation Graph***

The IDF curve data for the City of Peterborough from 1971 to 1990 can be found in Appendix 2. The 15 minute, one hour and 24

**TABLE A**  
**LAND USE CHANGE FOR PETERBOROUGH 1954-1978**

	1954 (km <sup>2</sup> )	1978 (km <sup>2</sup> )	Difference (km <sup>2</sup> )
<b>Total area mapped</b>	4.03	3.36	- 0.67
<b>Forest</b>	1.02	0.41	- 0.61
<b>Field</b>	2.68	2.30	- 0.38
<b>Water</b>	0.33	0.09	- 0.24
<b>Urban</b>	0.0075	0.56	+ 0.55



hour data were plotted (Figure 3). These graphs illustrate that there are not strong trends that were detected using a linear regression.

Although the precipitation graphs do not present an obvious change in precipitation for Peterborough, the land use change in the area was dramatic. If urban flooding in the area of Meadowview road is increasing, the more likely causes include changes in land use or sewer network problems.

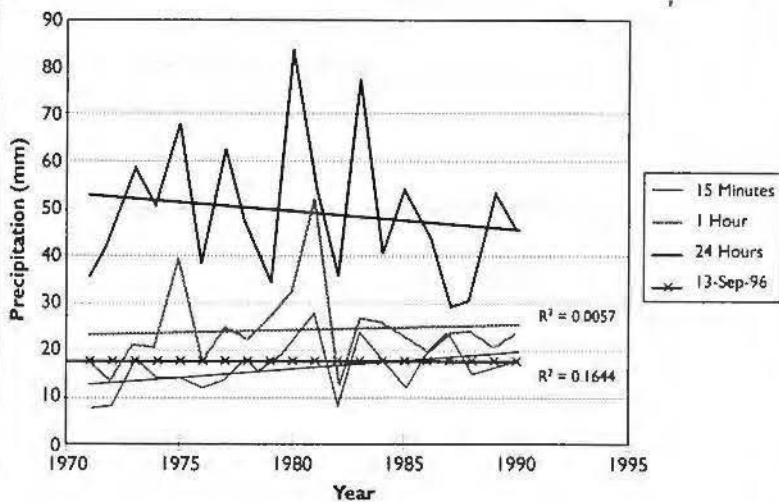
### □ 3.2 Sarnia Case Study

The City of Sarnia, located in the northwest portion of Lambton County, was incorporated in 1914, and has grown to a population of 72 738. Sarnia sits on the east shore of the St. Clair River and the south coast of Lake Huron (Appendix 11).

#### 3.2.1 Sarnia Flood, Summer 1996

Urban floods in Sarnia occurred on June 22, 1996, and affected over 200 homes. The one day, 40 mm rainfall affected homeowners who have combined sewer systems on Bright Street and Conrad Street (Appendix 12). Both were affected by sewer back-up, and are both on combined systems, while homes in the Wiltshire Park subdivision who are on a separate system were also

**FIGURE 3  
PETERBOROUGH TIME SERIES OF MAXIMUM  
PRECIPITATION**



flooded. These floods caused an estimated \$20 million in damage and 2 500 people made insurance claims.

Some residents of Bright Street have experienced urban infrastructure floods up to six times since they moved in. The 1996 event was the second flood in two years. Some residents have since lost their insurance due to the high number of claims (Mathewson 1996).

### *3.2.2 State of the Sewers*

Many Sarnia residents are connected to combined sewers. The City of Sarnia initiated a number of sewer projects in 1989 and has completed 30%-40% of the separation projects, including completion of \$5.4 million storage and holding tanks. Some residents believe that the separation issue should be a priority because when they are flooded, it is not with storm water, but with the contents of the combined sewers. The sewer system in Sarnia in parts is over 90 years old. The overflow of the system is a regular occurrence, and untreated sewage is often discharged into the lake (McMichael pers. comm.). The move towards a completely separated system is the preferred option, but is currently not a priority for the municipality. The system is designed for the 3-5 year storm event, but under the anticipated influence of climate change, that return period will likely shrink. New developments in the municipality have drainage networks that are separated, but are built for the 2-3 year storm event. This trend of decreasing the capacity of the sewers, but separating them does not mitigate the possibility of urban floods, but changes the quality of the water that inundates the home.

### *3.2.3 Land Use*

The current land area of the City of Sarnia is 165 km<sup>2</sup>. The City has few green spaces and few wetland areas. The waterways in the city are primarily channelized. The water flow direction is either to the east into Lake St. Clair or to the north into Lake Huron.

The soil that surround the city is primarily Brookston clay, although to the northeast of the city lies Brady sandy loam and to the north is Granby sandy loam and Plainfield sand. Appendix 13 contains the properties of these soils. Brookston clay is poorly drained and may explain why most of the natural watercourses are channelized. The poor drainage capacity may contribute to urban floods, as the natural drainage ability is low, the movement of

water to sewers from field and forested area is faster than it would be over better drained land.

Bright Street and Conrad Street were both affected by the "flood of '96", and a 1 km<sup>2</sup> area around them was mapped. Aerial photos were used to map the areas in 1955 and 1978. Due to the scale differences in the aerial photos, the 1955 map contains both streets, while the 1978 maps are separate.

The change in area of forest, field and urban area is detailed in Table B and in Appendix 14. When considered separately, the differences between the 1955 land use information and the 1972 land use appears large, but when considered together, the differences are less dramatic. The key changes is the combined increase is in the forested area. The newly greened area that surrounds major road ways were not planted in 1955, but are furthest away from the areas of interest. The change in water, field and urban areas may be the result of either mapping error, double counting due to overlap, or both.

### 3.2.4 Sarnia Precipitation Graph

The IDF curve data for the City of Sarnia from 1970 to 1990 can be found in Appendix 3. The 15 minute, one hour and 24 hour data was plotted (Figure 4). The graphs indicate that there has been no detectable increase using a regression analysis in the 20 year period.

**TABLE B**  
**SARNIA LAND USE 1955 TO 1978**

	1955	1978 Bright St.	1978 Conrad St.	1978 Bright St. + Conrad St. (combined)	Difference 1955 – combined 1978	Difference 1955 – Bright St.	Difference 1955 – Conrad St.
	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>	km <sup>2</sup>
<b>Total area mapped</b>	10.36	6.44	3.99	10.43	+ 0.07	- 3.92	6.37
<b>Forest</b>	0.03	0.05	0.09	0.14	+ 0.11	+ 0.02	0.11
<b>Field</b>	0.84	0.52	0.33	0.85	+ 0.01	0.32	0.01
<b>Water</b>	0.44	0.09	—	0.09	- 0.35	0.35	—
<b>Urban</b>	9.04	5.8	3.58	9.38	0.34	3.24	5.46

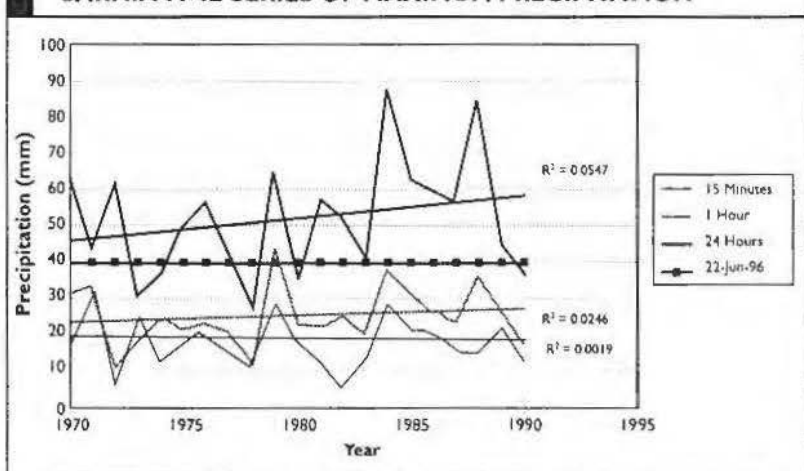
The land use change in the areas surrounding Bright St. and Conrad St. are not extensive, and the precipitation graphs do not indicate a consistent change over the three durations chosen. This leaves the question of the sewers to be resolved. The sewage network of Sarnia consists of different types and capacities of sewers. This may be the primary contributor to urban flooding in the city, but before that can be determined, the complete sewershed for Bright St. and Conrad St. need to be analysed.

### □ 3.3 Ottawa Case Study

Ottawa is 110 km<sup>2</sup> and was incorporated in 1854. It currently has a population of 223 340. The City is bordered to the north by the Ottawa river.

The Municipality agreed to pay for expenses that were caused by *blocked* sewers for the 1996 flood event, but not for damage resulting from total system overload (i.e. they would not be responsible for any natural volume overflows, but for overflowed sewers resulting from blockages would be covered). A by-law passed in 1987 provided the citizens of Ottawa with compensation of up to \$3000 for flood damage to homeowners who have installed backwater valves in their basements. These valves were designed to prevent sewage from back washing into basements. After the storm of August 8, 1996, the city claimed that only backwater valves that were installed and inspected under a municipal program would be eligible for this compensation.

**FIGURE 4**  
**SARNIA TIME SERIES OF MAXIMUM PRECIPITATION**



### 3.3.1 Ottawa Flood, Summer 1996

On August 8, 1996, 90 mm of rainfall fell, flooding hundreds of basements in Ottawa, Gloucester and Vanier in 24 hours. In the City of Ottawa, it affected over 1200 homes and spawned 1800 insurance claims for resulting property damage.

### 3.3.2 State of the Sewers

Portions of the sewer system of Ottawa are 100 years old. The City of Ottawa is responsible for storm sewers, while the region manages the larger trunk sewers flowing from municipality. The interceptor, into which stormwater drains, is part of a network of pipes that run across the city collecting sewage. This system was not designed for the type of flow that the City experienced on August 8, 1996. Overflows of this system occur regularly during heavy rainfalls. Improper connections like floor drains in garages that link to sanitary sewers result in numerous leaks in the system. The City needs to upgrade the sewer system, but is unwilling to finance the \$40 million project. The Commissioner of Public Works of Nepean stated that, "We have known for 35 years that sanitary sewers designed to take the flow from normal household use... don't have the capacity for the big rainfall" (Marr 1996).

Delmar Drive (Appendix 15), a street in Ottawa's Applewood Acres, flooded twice in two weeks during that summer.

### 3.3.3 Land Use

Ottawa is primarily underlain with moderately permeable Rideau clay (Appendix 16). The change in its land use can be seen from 1971 to 1991 in table C and in Appendix 17. The small increase of urban land use and of field area may be due to map

**TABLE C**  
**OTTAWA LAND USE 1971-1991**

	1971 km <sup>2</sup>	1991 km <sup>2</sup>	Difference km <sup>2</sup>
Total area mapped	5.57	5.64	+ 0.07
Forest	0.3	0.19	+ 0.11
Field	1.22	1.33	+ 0.11
Urban	4.04	4.12	+ 0.08

error, but this case study appears to have the least variability between the two years measured. The change in forest cover is most likely converted to both field and urban uses.

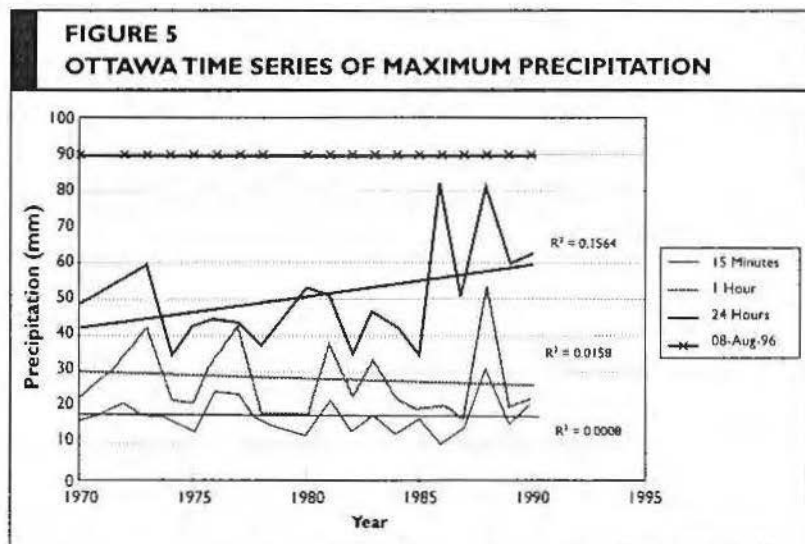
### 3.3.4 Ottawa Precipitation Graphs

The IDF curve data for the City of Ottawa from 1905 to 1990 can be found in Appendix 4. The 15 minute, one hour and 24 hour data was plotted for 1970 to 1990 (Figure 5). Although there appears to be a higher variance for the last five years of 24 hour data, the regression analysis applied found no strong correlation ( $R^2 = 0.16$ ).

Land use in Ottawa has not changed significantly over the 20 years that were examined. The sewer system and the rainfall extremes both seem to be important when considering urban flooding. The old sewage network combined with the apparent increases in extreme precipitation are mutually exclusive events that may occur independently, but the cumulative impact on homeowners may be significant.

## 4.0 ANALYSIS AND LIMITATIONS

When considering urban infrastructure floods independently, the first tool that is required is the sewershed map. This data was



unavailable, but efforts to estimate this area included using a 1 km<sup>2</sup> area around the affected sites and considering the natural drainage of the area. Mapping the sewersheds for the areas affected is critical for determining what areas influence the sewers. Since no sewer data was available, a 1 km<sup>2</sup> was used as a surrogate for the infrastructure, rainfall and land use flooding relationship. This assumption is legitimate, as the sewers are influenced by the surrounding land uses (Poof 1999 pers. comm.). Although complete sewer maps were unavailable for the cities, partial ones were available. One problem with using partial maps is that the route for storm and sanitary sewage to the receiving bodies (i.e., sewage treatment plants) could not be mapped. Other sewer issues including determining the age of specific sections of sewers were not addressed as a result of the incomplete maps, but general information on the systems was collected from personal interviews.

The result of climate change on urban flooding has not been explored in Canada, though its impact may be significant. With expected increases in extreme rainfall events in Canada (Francis and Hengeveld 1998), urban infrastructure flooding will increase correspondingly, especially if the sewer networks are old, or if the land use is changing from permeable to impermeable.

The land use analysis was not as conclusive as expected, as many important data sets were unavailable. According to most topographic maps, soil maps and city maps, urban areas are not treated as part of the ecosystems they are embedded in. The topographic maps display the urban areas as homogenous regions, without contours, small streams or open spaces. There were some spot heights on older maps stored on microfiche, but they did not include true contours, so watersheds could not be defined for the affected areas. For Peterborough, this lack of data was especially important, as the drumlin field in the city introduces planning and drainage obstacles. Soil maps also ignored urban areas and classified them simply as "urban rather than map the soils that underlie the area or the soils that exist in the open spaces or forested areas of the city. Soil data is important for this research because it contributes to the natural drainage of the land. Soils data for cities was interpolated from the surrounding areas, leading to inaccuracy in determining the natural drainage ability.

The case study cities all experienced floods during the same year, but the causes of the flooding may be different. The Peterborough urban flood event may be the result of the increased urbanization of the surrounding area. Peterborough had the largest



increase in the urban class, growing from 0.0075 km<sup>2</sup> to 0.56 km<sup>2</sup>. The water, forest and field classes all decreased. The area of flooding was recently developed from the field and forested land. The reduction in the area of water may be related to a development pattern of channelizing the streams or burying them. Homeowners identified the creation of a new uphill development to be the cause of the urban floods (Mathewson 1996). This land use analysis can not be used as conclusive evidence that paving is the cause of the downhill urban floods, since the first development was still under construction during 1978, the time of the most recent aerial photos. This type of analysis can be used to determine if paving is a cause of urban floods, but in this case, the analysis done was not sensitive to the critical time period.

The Sarnia analysis encountered some unresolved map problems. The 1971 and 1978 aerial photos were not at the same scale, which in itself is not a problem, but when the surrounding land area of approximately 1 km<sup>2</sup> was measured on the 1971 maps, the areas around Bright St. and Conrad St. overlapped. The difference between the 1955 total land area and the combined total of the two 1978 total areas is not large, and may be accounted for by scale transformation error. The analysis showed a slight increase in urbanization, but the addition of the two land use maps (i.e., Bright St. urban + Conrad St. urban) may be invalid because the overlap led to some double counting of the land. The sewer structure information was critical for Sarnia because one issue identified by homeowners to be a potential cause of urban floods is the aging of the sewage network. This could not be further explored due to the lack of data available on the state of Sarnia's sewers.

Ottawa's land use in the Applewood Acres area showed a slight increase in the urbanization and the field classes. These small increases may be the result of scale transformation error. The decrease in the forested area is less likely to result from mapping error because the difference is significantly higher than the urban and field differences.

The sewer system in the area of Peterborough where urban flooding had occurred is a newer branch of the system. The subdivision in question was constructed in 1978/1979 and is attached to a separate sewer line. As the sewer network increases in density, there is an increased possibility of urban flooding. This aspect of the sewage network could not be pursued, as sewage maps were not available for the City of Peterborough, but municipal engineers stated that the sewers were neither old nor dense in that area.



General conclusions can be drawn from the limited information available.

Older infrastructure may not be adequate for more frequent increased rainfall, which is one expected impact of climate change in Ontario (Francis and Hengeveld 1998). The change in the return period of rainfall would leave both separate sewers and combined sewers at a higher risk of flooding. In Sarnia, where the aging sewer network plays a key role in urban floods, a change in the return period of precipitation events will increase the vulnerability of the structures attached to the sewage network to flooding.

The precipitation literature is inconclusive for southern Ontario, and there are ongoing studies of extreme precipitation analysis. If an increase in extreme precipitation is occurring, then the sewage infrastructure needs to be re-examined. If the urban floods are a result of increased impermeable land surface, then the land use planning parameters should recognize the problem of urban infrastructure floods. One aspect of the rainfall events that needs to be further addressed is the type of rainfall events that occur that cause extremes in precipitation. This is important to recognize when determining how the flood events occur (i.e. through convective or frontal precipitation).

One of the obstacles to obtaining complete data sets of the land cover, sewage networks, floodplain and precipitation data was the lack of communication among the stakeholders. There are two sets of non-communicating stakeholders; insurers, homeowners and municipal governments, who do not share information on urban floods; and municipal governments and conservation authorities, who do not coordinate efforts when confronted with urban flood events. There is clearly value in establishing communication lines for municipal engineers and conservation area managers, if only to collect the appropriate data sets for studying urban floods. This lack of communication may contribute to the lack of integrated watershed management and the lack of preventative approaches to planning. If communication between these stakeholders was more structured and information about land use was exchanged more readily, land use analysis and urban flood causality research could be more easily facilitated.

The most current data released from the Insurance Council of Canada (1998) details natural disasters and major multiple payment occurrences. The data show how the natural disaster events, of which flooding is one, are categorized and broken down (Appendix 18). The records kept by insurers to date do not classify flood

events, recognize the distinction between floodplain and non floodplain events or distinguish urban and non urban floods. Both types of flooding are combined on the chart, as the Ottawa event of 1996 is included. This leaves the study of urban floods at a disadvantage, because the insurance data is not accessible. Insurance issues remain unresolved when causality of the event is not addressed.

## ■ 5.0 CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The only data that was available to test was the extreme precipitation data sets, which through the literature search was less decisive than expected; and upon testing the maximum annual values of the case study cities, no strong correlations could be drawn.

The land use data was not as conclusive as expected. The lack of physiographic data (i.e. soils, contours, drainage) in the urban areas blocked many routes to determining some potential causes of urban floods. If these obstacles are overcome, a more comprehensive study can be undertaken. The changes in land use data was taken from aerial photos and was not reproduced using a geographic information system (GIS). Future studies of urban floods may consider using a GIS to measure areas more accurately. Urban land use information is difficult to find, as there are few databases that include the urban and natural systems together. Drainage, soils and slope are topographic features that need to be applied to urban flood research.

Urban infrastructure flooding is best measured by considering the sewer networks that they are attached to and determining the frequency of urban flood occurrence. Sewage data collection was one obstacle to performing this analysis, and the collection of frequency information was equally difficult to determine. There are no databases for urban infrastructure flood events, as no group collects this type of information.

## □ References

- Francis, D. and H. Hengeveld. 1998. "Extreme weather and climate change". *Climate Change Digest*. Environment Canada.
- Hogg, W.D. and D. Carr. 1989. *Rainfall Intensity-Duration Frequency Values for Canadian Locations*. Atmospheric Environment Services, Environment Canada.

- Insurance Council of Canada. 1998. *Facts of the General Insurance Industry of Canada*. Insurance Council of Canada.
- Marr, G. 1996. After the floods. *Ottawa Sun*. September 8, 1996.
- Mathewson, G. 1996. Legal claims coming in from "Flood of '96". *The Sarnia Observer*. July 5, 1996.
- Statistics Canada, 1998. Demographics Information Services.
- Tyson, P. 1996. Residents demand floods fix from city. *Peterborough Examiner*. October 4, 1996.



# L'OBLIGATION DE L'ASSUREUR DE RESPONSABILITÉ DE DÉFENDRE L'ASSURÉ N'EST PAS ABSOLUE : RÉFLEXIONS À LA LUMIÈRE D'UNE DÉCISION RÉCENTE DE LA COUR D'APPEL DU QUÉBEC

par Rémi Moreau

## RÉSUMÉ

Les principes généraux et légaux qui gouvernent les contrats d'assurance de responsabilité permettent de conclure que l'obligation de l'assureur de responsabilité de défendre son assuré n'est pas absolue, même lorsque les actes de procédures portent sur des réclamations payables en vertu du contrat d'assurance et bien que l'assureur n'ait invoqué aucune exception en vertu de la police. Telle est l'essence d'un jugement rendu par la Cour d'appel du Québec, le 3 février 2000, par les juges LeBel, Otis et Letarte, dans l'affaire *Association des hôpitaux du Québec c. Fondation pour le cancer de la prostate, Centre hospitalier de l'Université Laval et autres*. En vertu de ce jugement, l'assuré a toujours le droit, s'il le demande, de choisir son propre avocat et d'assumer lui-même sa défense, mais à ses propres frais.

## ABSTRACT

*General and legal principles relating to the construction of insurance contracts support the conclusion that the duty of the liability insurer to defend his insured is not absolute, even when the pleadings raise claims which would be payable under the agreement to indemnify in the insurance contract and the insurer has not alleged any exception to defend his insured. This conclusion was accepted by the Quebec Court of Appeal in the February 3, 2000 decision Association des hôpitaux du Québec c. Fondation pour le cancer de la prostate, Centre hospitalier de l'Université Laval et al by the judges LeBel, Otis and Letarte. In this judgment, the insured has always the right, if he requires it, to retain counsel and to defend himself, but at his own costs.*

## ■ A. L'OBLIGATION DE L'ASSUREUR DE DÉFENDRE TOUT ASSURÉ QUI A DROIT AU BÉNÉFICE D'ASSURANCE

L'obligation de l'assureur de responsabilité de défendre l'assuré n'est plus absolue, en vertu du nouveau Code civil du Québec, comme elle semblait l'être sous l'ancien Code civil du Bas-Canada. D'entrée de jeu, cette conclusion semble s'imposer à la lumière d'une récente jurisprudence : l'arrêt *Association des hôpitaux du Québec<sup>1</sup> c. Fondation pour le cancer de la prostate, Centre hospitalier de l'Université Laval et autres*, rendu le 3 février 2000 par la Cour d'appel du Québec, en présence des honorables juges Louis LeBel, Louise Otis et René Letarte.<sup>2</sup>

Ce pourvoi en appel fait suite à une décision de la Cour supérieure, rendue le 25 juin 1999 par l'honorable André Gervais, qui accueillait la requête de l'intimée, la Fondation pour le cancer de la prostate, et l'autorisait à substituer à l'étude mandatée par l'assureur les avocats qu'elle choisissait elle-même, pour agir et la représenter dans le cadre d'une poursuite en responsabilité professionnelle intentée contre elle.

En l'espèce, la Fondation intimée, membre du réseau de la santé, devait obligatoirement détenir un contrat d'assurance de responsabilité, en vertu de l'article 267 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, pour les actes, erreurs ou omissions, commis ou allégués, dans l'exercice de ses activités professionnelles.

À titre de membre affilié du Centre hospitalier de l'Université Laval, elle bénéficiait d'un contrat d'assurance collective émis à ses membres par le Fonds d'assurance de responsabilité civile et professionnelle de l'Association des hôpitaux du Québec. Tant en vertu du contrat émis par l'AHQ que dans le cadre d'un mandat explicite entre l'AHQ et ses membres, le Fonds d'assurance<sup>3</sup> de l'AHQ s'obligeait à défendre tout assuré et à l'indemniser, le cas échéant, en raison d'une poursuite faisant l'objet du contrat d'assurance de responsabilité civile et professionnelle.

Pour ce faire et tel que prévu dans le mandat, le Fonds d'assurance, à titre d'assureur, a retenu un procureur chargé de représenter les droits de tous les assurés poursuivis, y compris l'intimée, et de les défendre en justice. Ce droit de défendre appartient à tout assureur. La conduite d'un procès est du ressort exclusif de l'assureur.

Ce jugement en cause illustre une sorte de tiraillement entre le droit fondamental du justiciable de choisir son propre avocat et, si ce justiciable est assuré, le droit particulier de l'assureur de choisir un avocat à sa place. À cet égard, il est d'importance capitale, tant pour l'industrie de l'assurance elle-même que pour les bénéficiaires du contrat d'assurance de responsabilité civile ou professionnelle.

Vu l'importance et le caractère inédit de cette décision, en voici un large extrait intitulé Le cadre juridique de l'appel :

« Ce pourvoi présente un aspect différent du problème des relations entre l'assureur et l'assuré dans la conduite de la défense de celui-ci. La jurisprudence a bien distingué les obligations de défense et d'indemnisation qui constituent les éléments principaux d'un contrat d'assurance de responsabilité professionnelle (voir notamment *Nichols c. American Home Assurance Co.*, [1990] 1 R.C.S. 801 ; *Boréal Assurances c. Réno Dépôt Inc.*, [1996] R.J.Q. 46 (C.A.) ; *Zurich du Canada c. Renaud & Jacob*, [1996] R.J.Q. 2160 (C.A.) ; *Fermont (Ville de) c. Pelletier*, [1998] R.J.Q. 736 (C.A.)).

« L'existence de l'obligation de défense s'apprécie par rapport aux allégations des procédures. Elle peut être exécutoire durant le procès sans que nécessairement, au terme de ce dernier, un jugement conclut que la garantie d'indemnisation était applicable. En contrepartie, cependant, des contrats d'assurance responsabilité confèrent des droits importants à l'assureur, le principal étant celui de conduire la défense, ce qui impose une obligation corrélatrice à l'assuré, celle d'y collaborer loyalement.

(...)

« Certes, le libre choix de l'avocat demeure un principe fondamental de l'organisation judiciaire et de la législation professionnelle québécoise. Ce principe a reçu des atténuations traditionnellement considérées comme compatibles avec l'ordre public, lorsque l'assuré, en contrepartie de l'endossement des frais de sa défense par l'assureur, aliène sa liberté de choix et accepte le procureur désigné par celle-ci. Ce mode de désignation ne dispense pas le procureur choisi par l'assureur de ses obligations déontologiques à l'égard de l'assuré, puisqu'il doit éviter notamment de se placer en situation de conflit d'intérêt. Toutefois, il appartient à l'assureur,

en vertu du contrat d'assurance lui-même, d'identifier les moyens de défense et il satisfait à son obligation fondamentale de défendre son assuré s'il propose des moyens qui permettent le rejet complet de la poursuite. Dans ce contexte, son obligation de défense ne l'oblige pas à préparer le terrain pour une contre-réclamation éventuelle de l'assuré ou à inclure celle-ci dans ses propres procédures. Exécutée sans réserve et de façon utile, en utilisant des moyens qui permettaient le rejet de la poursuite contre l'assuré, l'obligation de défense est bien remplie. S'il refuse de collaborer à cette défense, l'assuré viole les engagements qu'il a contractés dans ce contrat synallagmatique que demeure une convention d'assurance.

« En conséquence, l'inexécution de cet engagement de collaboration peut justifier l'assureur à son tour d'exécuter ses obligations et l'autoriser à demander au tribunal de constater la résolution du contrat d'assurance. L'assuré ne peut réclamer l'exécution des prestations de l'assureur lorsque celui-ci s'acquitte correctement et loyalement de celles-ci. S'il refuse les services de l'avocat désigné par les assureurs hors des circonstances où cela devient nécessaire pour régler, comme ce fut le cas dans l'affaire *Boréal Assurances c. Réno Dépôt*, ou lorsque l'avocat choisi s'est placé lui-même en conflit d'intérêt, bien qu'il conserve la liberté de désigner son avocat, il ne peut imposer à son assureur l'obligation de payer celui-ci ou de l'indemniser pour les frais de sa défense.

« S'il avait raison de reconnaître le droit à la Fondation de désigner ses propres avocats, le premier juge ne pouvait laisser les parties dans l'incertitude quant à l'existence de l'obligation de défense et, en particulier, celle de payer cette dernière, comme éventuellement d'indemniser l'assuré au cas de condamnation. [...] Le juge aurait dû faire droit en partie aux conclusions subsidiaires de l'appelante, en accordant toutefois à la Fondation un délai raisonnable pour maintenir ou non sa décision de changer d'avocat, celle-ci comportant alors clairement renonciation à la couverture d'assurance. Comme il a exécuté jusqu'à présent, de façon complète et loyale, ses obligations de défense, l'assureur a droit de connaître clairement sa situation juridique, ... »

*(Les soulignements sont de nous)*



Le tribunal d'appel conclut, à la lumière du droit actuel, que l'assureur peut être libéré de son obligation de défendre et d'indemniser, si l'assuré refuse de collaborer avec l'avocat de l'assureur, et s'il veut diriger sa défense avec son propre avocat.

Il est approprié de mentionner, en l'espèce, que l'assureur n'invoquait aucune exception ni restriction découlant du contrat d'assurance. Le tribunal a bien compris que l'assureur ne refusait pas de défendre cet assuré. La dernière phrase citée ci-dessus est explicite à cet égard (voir le soulignement).

À prime abord, quoiqu'elle soit équitable pour l'assureur, en l'occurrence le Fonds d'assurance de l'AHQ, qui est libéré de ses obligations contractuelles, cette décision est étonnante, à double titre :

- d'une part, le tribunal n'a pas retenu les règles d'un mandat spécifique, valide et en vigueur<sup>4</sup> liant les parties au litige, notamment sur les pouvoirs donnés par le mandant au mandataire de la représenter, et de retenir, au nom de chaque mandant, tout expert, tout conseiller juridique ou autre, et de régler toute réclamation ;

- d'autre part, en l'espèce, l'association agissant à titre d'assureur avait exécuté loyalement ses obligations et ne se trouvait pas dans une situation de conflit d'intérêt, tel qu'explicité dans l'arrêt Zurich, que nous citerons plus loin.

Ce jugement nous semble, à sa face même, aller à l'encontre d'une règle universellement reconnue, dans la doctrine et la jurisprudence, à l'effet qu'il appartient exclusivement à l'assureur, le maître d'oeuvre du contrat d'assurance de responsabilité, de retenir un avocat pour l'ensemble des assurés, d'autant que le jugement précité de la Cour supérieure, en accordant à un assuré la faculté de se défendre lui-même par un procureur de son choix, avait omis de statuer que l'assureur n'était plus lié par les termes du contrat d'assurance et n'avait plus, en conséquence, l'obligation de payer les frais et d'indemniser ledit assuré, le cas échéant.

Le jugement est toutefois équitable car l'assureur en cause acceptait la demande explicite de l'assuré, désireux de se défendre par un procureur de son choix. L'assureur renonçait ainsi, suite à la demande expresse de l'assuré, à exercer les droits que la loi et le mandat lui conféraient.

La contrepartie de l'obligation d'indemniser réside dans la possibilité qu'a l'assureur d'assumer seul la direction du procès. S'il laissait l'assuré seul maître d'organiser sa défense, l'assureur

risquerait de voir ses propres intérêts d'assureur négligés ou compromis par un assuré, surtout lorsqu'il y a plusieurs assurés impliqués. L'assureur, en effet, à intérêt à défendre tous les assurés nommés d'une police, tant pour lui-même que pour les assurés, car l'obligation d'indemniser, distincte de l'obligation de défendre<sup>5</sup>, repose sur ses épaules.

Suivant notre jurisprudence, l'assuré ne peut révoquer inopinément l'avocat choisi par l'assureur, sauf dans les circonstances très précises et, même en telles situations, la jurisprudence demeure nuancée :

- lorsque l'assureur nie à l'assuré l'application de la police (voir l'affaire Nobert<sup>6</sup>) ;
- lorsque l'assureur invoque une restriction de couverture (voir l'affaire Boréal<sup>7</sup>) ;
- lorsque l'assureur invoque les limites d'assurance (voir l'affaire Ville de Fermont<sup>8</sup>) ;
- lorsqu'il existe un conflit d'intérêt entre l'assureur et un assuré (voir l'affaire Zurich<sup>9</sup>).

Tant la jurisprudence précitée, notamment l'arrêt Zurich, que la doctrine en droit des assurances nous enseignent qu'une simple divergence ne peut conduire à une situation de conflit d'intérêt ; il ne suffit pas d'alléguer une possibilité de conflit, mais d'établir que la défense de l'avocat mandaté par l'assureur, si elle était retenue par le Tribunal, aurait pour effet de faire perdre à l'assuré ses droits à la couverture d'assurance.

À notre avis, ce jugement témoigne et tient compte du tournant majeur qu'a pris le nouveau Code civil du Québec. Il concerne l'article charnière dans les articles du Code civil sur le contrat d'assurance. Nous croyons que ce jugement n'aurait pas été possible avant la réforme de 1994 instituant un nouveau Code civil du Québec, et remplaçant l'ancien Code civil du Bas-Canada.

En effet, l'obligation de l'assureur de responsabilité de défendre un assuré, sous l'ancien Code, était régie par l'article 2604 C.c. :

Sous réserve d'autres dispositions législatives, l'assureur est tenu de prendre le fait et cause de toute personne qui a droit au bénéfice d'assurance, et d'assumer sa défense dans toute action intentée contre elle.

Cette disposition était impérative et absolue, tel que l'édictait l'ancien alinéa 1 de l'art. 2500 C.c. :

Est sans effet toute stipulation qui déroge aux prescriptions des articles 2601 à 2605 C.c..

On constate que ni l'assureur ni l'assuré ne pouvaient s'y soustraire, alors que le législateur permettait à l'assuré, dans le second alinéa, de se soustraire à certains autres articles, dans la mesure où la clause contestée lui était plus favorable.

En conséquence, nous croyons qu'il eût été impossible à l'assureur, sous cette ancienne codification, de se soustraire à ses obligations de défendre, édictée par 2604 C.c.Q., ni corollairement, à l'assuré de révoquer le procureur de l'assureur qui a la conduite exclusive du procès, à moins de se prévaloir des exceptions<sup>10</sup> que la doctrine nous signale.

Qu'il nous suffise de citer, à cet égard, l'ouvrage de M<sup>e</sup> Yvonne Lambert-Faivre<sup>11</sup>, puisque l'optique du droit français est similaire au droit québécois :

... La clause de direction du procès oblige [...] l'assuré à laisser la direction du procès à l'assureur.

... Le mandat donné ici à l'assureur est dans l'intérêt des deux parties, l'assureur évidemment, mais aussi l'assuré qui lui confie la charge de sa défense. C'est donc un mandat irrévocable.

... L'assuré responsable s'interdit de s'immiscer dans le procès civil. Cependant cette immixtion peut être justifiée en cas de conflit d'intérêt avec l'assureur, d'inaction ou de direction négligente de celui-ci. Aussi l'article L. 113.17 c.ass. prévoit-il désormais que l'assuré n'encourt aucune déchéance, ni aucune autre sanction du fait de son immixtion dans la direction du procès s'il avait intérêt à le faire.

*(Les soulignements sont de nous)*

Or, qu'en est-il du droit québécois actuel ? Premièrement, le législateur est muet sur la question de la déchéance. Nous reviendrons plus loin sur cet aspect. Il n'existe pas de pendant, dans notre code, à l'article L. 113.17 du Code français des assurances. Deuxièmement, la clause de direction du procès est prévue impérativement par l'article 2503 C.c.Q. Cet article est d'ordre public, à moins que l'assureur y renonce, par exemple, à l'égard d'une personne qui n'a pas droit au bénéfice d'assurance. Troisièmement, face à cet article, le Code actuel a maintenu, par l'article 2414

C.c.Q., la disposition impérative que constituait l'ancien article 2500 C.c., mais celle-ci n'est plus absolue.

En effet, l'article 2414 C.c.Q. laisse une place au libre arbitre de l'assuré, qui peut renoncer à se prévaloir des avantages que lui offre la loi :

Toute clause d'un contrat d'assurance terrestre qui accorde au preneur, à l'assuré, à l'adhérent, au bénéficiaire ou au titulaire du contrat moins de droits que les dispositions du présent chapitre est nulle.

Ainsi, cette dernière cause du juge LeBel, qui a rédigé la décision avant son accession à la Cour suprême, considère que l'assuré peut, à la limite, se soustraire des obligations de l'assureur et assumer lui-même sa défense, même s'il n'y a pas de conflit d'intérêt, tel que défini par les arrêts Boréal ou encore Zurich du Canada.

Si l'assuré peut s'immiscer dans le procès lorsqu'il a intérêt à le faire, l'assureur qui a pris la direction du procès peut également se prévaloir de certaines exceptions, notamment lorsqu'il ignorait le fait constituant l'exception quand il a accepté de diriger le procès (notamment une fraude au moment de la déclaration du risque) ou encore lorsqu'il a clairement exprimé des réserves au moment de prendre la direction du procès.

En l'espèce, tel que mentionné précédemment, l'assureur n'avait émis aucune réserve sur la couverture d'assurance. L'assureur devait donc assumer impérativement l'obligation que lui édicte l'art. 2503 C.c.Q., qui se lit comme suit :

Art. 2503. L'assureur est tenu de prendre fait et cause pour toute personne qui a droit au bénéfice de l'assurance et d'assumer sa défense dans toute action dirigée contre elle.

Les frais et dépens qui résultent des actions contre l'assuré, y compris ceux de la défense, ainsi que les intérêts sur le montant de l'assurance, sont à la charge de l'assureur, en plus du montant d'assurance.

*(Le soulignement est de nous)*

Nous ne pouvons que conclure que cette obligation de défendre de l'assureur, bien qu'elle demeure une obligation d'ordre public, n'est plus absolue en vertu de l'article 2414 C.c.Q., contrai-

rement à qu'elle l'était, sous l'ancien code, en vertu de l'ancien article 2500 C.c.

Lorsque l'assureur entend se réserver exclusivement la direction du procès, il doit exiger, comme corollaire, la collaboration complète et totale de l'assuré, notamment de ne pas s'immiscer dans son domaine réservé.

L'assureur s'appuie, à cet effet, sur les clauses du contrat d'assurance de responsabilité.

Voici certaines clauses :

Garanties subsidiaires

L'Assureur s'engage :

- a) à assumer la défense de l'Assuré ;
- b) à payer tous les frais encourus pour enquête, défense, négociation et conclusion de règlement ;
- c) (...)

Collaboration de l'Assuré

L'Assuré doit apporter son concours à l'Assureur et, à la demande de celui-ci, l'aider à effectuer des règlements, à diriger des poursuites, assister aux auditions et au procès, aider à recueillir, à produire les éléments de preuve et à assurer la présence des témoins.

Sauf à ses frais et dépens, l'Assuré ne doit effectuer de son chef aucun paiement, assumer aucune obligation, ni engager aucune dépense.

Règlement

Dans le cas d'une réclamation présentée à l'Assuré résultant d'une faute garantie par la police, l'Assureur ne réglera pas la réclamation sans avoir au préalable le consentement de l'Assuré.

Toutefois, si un règlement était rendu impossible par le seul refus de l'Assuré, celui-ci devra continuer à ses frais la contestation.

À défaut par un assuré de se conformer au mandat ou d'aller à l'encontre des obligations de l'assureur, tel assuré n'aurait alors d'autre alternative que de se retirer lui-même du procès, en se chargeant personnellement de sa défense et en assumant les frais.

D'une part, l'assuré n'est pas libéré automatiquement, vu la complexité de l'opération d'assurance et, d'autre part, l'assureur ne peut se faire justice à lui-même. Comme nous le verrons plus loin, il n'existe pas de déchéance automatique, pour l'une et l'autre partie, des droits et obligations qui naissent du contrat d'assurance. Il revient au tribunal, dans le contexte du droit des assurances, de régler le sort de l'un et de l'autre. C'est ce que nous rappelle le jugement ici examiné.

## ■ B. LA QUESTION DE LA DÉCHÉANCE

En France, *l'assuré n'encourt aucune déchéance, ni aucune autre sanction du fait de son immixtion dans la direction du procès s'il avait intérêt à le faire* (art. L. 113.17 du Code des assurances). Le législateur prévoit une déchéance si l'assuré s'immisce dans le procès, mais il y met une réserve : l'intérêt de l'assuré à le faire.

Dans notre droit, on ne retrouve aucune disposition portant sur l'intérêt de l'assuré à s'immiscer dans le procès. On ne retrouve non plus aucune sanction, telle l'inopposabilité, notamment au regard de la transaction, prévue à l'article 2504 C.c.Q., ou telle la déchéance des droits de l'assuré.

Tout comme le Code civil du Québec, qui ne prévoit aucune sanction en raison du refus de l'Assuré de collaborer ou de ne pas s'immiscer, il en est de même du contrat d'assurance. Sauf erreur, il n'existe aucune clause contractuelle prévoyant explicitement que l'assuré est déchu de ses droits s'il ne collabore pas avec l'assureur ou l'avocat de l'assureur. D'ailleurs, même s'il y avait une sanction dans la police portant sur la déchéance des droits de l'assuré, dans les circonstances ci-dessus mentionnées, nous ne sommes pas convaincus qu'une telle clause contractuelle soit compatible avec l'article 2503 C.c.Q. qui est impératif et qui affirme que si l'assuré a droit au bénéfice d'assurance, l'assureur doit intervenir et assumer sa défense,

La question suivante se pose : le contrat d'assurance est-il toujours en force, si une clause du contrat oblige l'assuré à collaborer avec l'assureur et l'avocat de l'assureur et si l'assuré manque volontairement à cette obligation ? À notre avis, le manque de collaboration de l'assuré ne donne pas lieu, en vertu de notre droit, à la déchéance automatique du contrat, et ce contrairement à ce qui prévalait formellement dans le code avant 1976. Advenant un tel



manquement de l'assuré, l'assureur doit toujours sa garantie, comme nous l'avons examiné précédemment, en vertu de l'art. 2503 C.c.Q, qui est un article d'ordre public et qui prime sur les conditions contractuelles. Cet article s'applique malgré toute sa complexité.

La déchéance est la perte du droit à la garantie, édictée conventionnellement à l'encontre d'un assuré qui n'a pas exécuté ses obligations prévues au contrat. Il ne faut pas confondre déchéance, qui est la perte d'un droit que l'on possède avec exclusion de risque, car l'assuré, dans ce cas, n'a pas droit à la garantie. Nous croyons que toute déchéance des droits, qui doit d'abord être prévue explicitement au contrat, doit aussi l'être dans la loi. La loi vient conforter la clause du contrat.

Vu l'absence de disposition contractuelle explicite, l'assureur ne pourrait pas invoquer la perte des droits de l'assuré à l'indemnité pour sanctionner un manque de collaboration de l'assuré ou une immixtion. L'article 2403 C.c.Q. précise ce qui suit :

Sous réserve des dispositions particulières à l'assurance maritime, l'assureur ne peut invoquer des conditions ou déclarations qui ne sont pas énoncées par écrit dans le contrat.

D'ailleurs, même si une clause de déchéance était insérée dans un contrat d'assurance de responsabilité, on peut se demander, à la lumière de la doctrine, si une telle clause serait licite. Deux auteurs donnent, en apparence, une opinion contradictoire.

Voici ce qu'exprime Yvonne-Lambert Faivre<sup>12</sup>, dans son traité « Droit des assurances », 9e édition, Dalloz, p. 356 :

*Quid de l'immixtion injustifiée de l'assuré dans le procès en responsabilité ?*

Dans les assurances de responsabilité, l'assureur qui garantit la dette de responsabilité se réserve généralement la direction du procès en défense de son assuré ; une clause de déchéance peut sanctionner toute immixtion de l'assuré.

Cependant il est possible que l'assuré ait à supporter tout ou partie de la dette de responsabilité. Dans ce cas, son « immixtion » est justifiée, et la loi du 31 décembre 1989 a alors précisé que la déchéance ne lui est pas opposable. A contrario, faute d'intérêt à « s'immiscer » dans le procès, la déchéance semble toujours licite.

Nous observons que la loi française prévoit cette situation, d'où la légalité de la clause contractuelle de déchéance, qui aurait pour effet de faire perdre à l'assuré son droit à la garantie. La déchéance, pour pouvoir être invoquée et autorisée, doit d'abord être prévue explicitement dans le contrat d'assurance. Le Code des assurances français énumère, en outre, des conditions de fond et de forme pour que la déchéance conventionnelle soit applicable. Sur le plan du fond, notamment, l'assureur doit prouver un préjudice.

Nous citons maintenant M<sup>e</sup> Odette Jobin-Laberge, dans un article intitulé « Les assurances et les rentes »<sup>13</sup>:

262. L'article 2504 C.c.Q., concernant l'inopposabilité à l'assureur des transactions faites par l'assuré, reprend le second alinéa de l'article 2604 C.c.-B.c. et ne change pas le droit actuel. Il est regrettable que le législateur n'ait pas modifié cet article pour y référer non seulement à la transaction au sens juridique du terme, mais aussi pour faire référence à la collaboration nécessaire de l'assuré, ainsi qu'à l'aveu de responsabilité.

263. En effet, les contrats d'assurance responsabilité contiennent généralement une clause exigeant de l'assuré qu'il collabore avec son assureur et lui interdisant parfois de reconnaître, de quelque manière que ce soit, sa responsabilité.

On peut s'interroger sur la validité de ces clauses estimant qu'elles sont moins généreuses que l'article 2504 C.c.Q. et, de ce fait, nulles par application de l'article 2414 C.c.Q. ou, au contraire, on peut soutenir qu'elles sont valides parce que le code ne traite pas de ces questions de collaboration et d'aveu de responsabilité et qu'en conséquence, il n'y a aucune dérogation aux conditions minimales imposées par l'article 2414 C.c.Q. Nous croyons que la seconde interprétation doit prévaloir et que l'assureur a parfaitement le droit d'exiger la collaboration de l'assuré [...] Il aurait été cependant préférable que le législateur soit plus précis et l'article L.124-2 du Code des assurances français aurait été un exemple à suivre.

Que faut-il en penser ? Nous comprenons bien, par le jugement *Lebel, Otis et Letarte*, que l'on peut déroger au caractère impératif de l'article 2503 C.c.Q., en l'absence de toute disposition légale lui permettant de s'y soustraire.



Comme il n'y a pas de déchéance automatique dans notre droit, le jugement ici examiné nous rappelle que l'assureur, si l'assuré a manqué à son devoir de collaboration, notamment en élisant lui-même son propre avocat, peut exiger que le tribunal statue sur l'obligation de cet assuré de se défendre lui-même, mais à ses frais, et d'assumer les conséquences éventuelle d'une condamnation, le cas échéant.

## ■ C. RÉSUMÉ DES PRINCIPES TIRÉS DE LA JURISPRUDENCE CITÉE

### L'arrêt Zurich du Canada

La défense de l'assureur est assortie d'une réserve : l'assuré a alors assumé sa propre défense au lieu et place de l'avocat choisi par l'assureur. Celui-ci réclamant le droit de reprendre la conduite du procès, la Cour d'appel lui donna raison puisque les intimés n'ont pas réussi à démontrer un conflit d'intérêts, que la Cour qualifie de structurel. À titre d'exemple, il y a un conflit d'intérêt structurel si le procureur oriente l'affaire vers une exclusion ou un risque non couvert.

Pour le juge Louis LeBel de la Cour d'appel, l'obligation de défense confère à l'assureur le droit de conduire la défense. Il lui revient de choisir les avocats, et autres experts, et de définir l'orientation du procès, et même de décider de régler ou non l'affaire hors cours. L'avocat, bien que choisi par les assureurs, détient un double mandat, envers l'assureur et l'assuré. Il est tenu d'assumer loyalement la défense de l'assuré.

### L'arrêt Nibert c. Lavoie c. Renaud & Jacob

Les assureurs prennent fait et cause pour l'assuré quant à la réclamation en dommages, mais non en ce qui a trait à l'injonction demandée.

Dans cette cause, l'assureur de Lavoie prit fait et cause pour lui uniquement pour la réclamation concernant les dommages. Quant à la deuxième partie non couverte par la police d'assurance de responsabilité, ayant trait à une demande d'injonction, Lavoie retint son propre procureur, qui produisit une deuxième défense.

D'où le conflit, car l'assuré s'est choisi un second procureur et dépose une deuxième défense.

Le principe en cause : malgré la cause d'action non couverte par le contrat d'assurance, à savoir la demande d'injonction, il ne peut y avoir qu'un seul procureur ad litem au dossier. En effet, la Cour d'appel a renversé la décision de première instance en statuant qu'il ne pouvait y avoir une double représentation, mais que chaque partie pouvait engager le nombre de conseillers qu'elle désirait.

#### **L'arrêt Boréal Assurances c. Réno Dépôt Inc.**

La défense de l'assureur est assortie d'une réserve. L'obligation de défendre n'est pas alors absolue. La cause des dommages doit tomber à l'intérieur de la garantie. Cette décision rappelle que le déclenchement de l'obligation de défendre dépend de la présence, dans les procédures, d'allégations, d'actes ou d'omissions couverts par le contrat d'assurance. À l'inverse, il n'y a pas d'obligation de défendre s'il ressort clairement des procédures que la réclamation ne tombe pas à l'intérieur des garanties d'assurance, notamment en raison d'une exclusion.

Quant à l'obligation d'indemniser, elle n'existe que si les actes ou les omissions allégués sont prouvés.

#### **L'arrêt Fermont (Ville de) c. Pelletier**

Lorsque la réclamation tombe à l'intérieur du montant d'assurance, l'obligation de représentation s'impose à l'assureur. Cependant, lorsque le montant réclamé dépasse le montant garanti, l'appelante a donc un intérêt certain, différent de celui de l'assureur. En l'espèce, il fut admis que la réclamation des intimés excédait de plus de 1 800 000 dollars la garantie d'assurance.

L'obligation de défendre s'impose, même au delà de la garantie d'assurance, puisque la cause d'action en est une qui tombe sous la couverture. Selon le tribunal, il ne faut pas confondre quantum d'une réclamation et exclusion de celle-ci.

Le tribunal conclut que l'appelante a le droit de se faire représenter par des avocats de son choix pour la partie de la réclamation qui excède la garantie d'assurance.

## □ Notes

1 Cette association professionnelle agit, en autres aspects, à titre de gestionnaire d'assurance à l'égard principalement de ses membres, en vertu d'un mandat particulier avec les établissements et d'un Fonds d'assurance primaire, lequel est réassuré pour des tranches excédentaires.

2 Greffe de Québec, numéro 200-09-002707-997.

3 Ce fonds vise trois aspects : la gestion d'une réserve visant à régler les réclamations à l'intérieur de la franchise absolue ; négocier un contrat d'assurance pour couvrir toute réclamation au-delà de cette franchise ; établir des mécanismes de prévention des accidents.

4 Ce mandat ne pouvait être révoqué sans un préavis donné par la mandant au mandataire, à une date précise, auquel cas le mandat s'éteignait à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant tel préavis.

5 Cette distinction découle notamment de deux décisions majeures, d'une part dans *La Sécurité compagnie d'assurance du Canada c. Filion*, 1990, R.R.A. 515 (alors que l'assureur invoquait une exclusion, la Cour rejette ce motif, à son avis prématuré, tant que la preuve ne sera pas établie – la bonne foi se présume – car l'obligation de défendre est plus étendue que celle d'indemniser) ; d'autre part dans l'affaire *American Home Insurance Company c. Nichols*, 1990, 1 R.C.S. 801 (l'assureur est libéré de son obligation de défendre vu que les allégués de la procédure spécifiaient la fraude de l'assuré).

6 *Nobert c. Lavoie*, (1990) R.J.Q. 55 (C.A.).

7 *Boréal Assurances c. Réno Dépôt Inc.*, [1996] R.J.Q. 46 (C.A.).

8 *Fermant (Ville de) c. Pelletier*, [1998] R.J.Q. 736 (C.A.).

9 *Zurich du Canada c. Renaud & Jacob*, [1996] R.J.Q. 2160 (C.A.).

10 Le terme « exception » utilisé en droit français, est très large. Il désigne, comme le signale Yvonne Lambert-Faivre, tout moyen invoqué par l'assureur pour ne pas garantir ou pour limiter la garantie.

11 Yvonne Lambert-Faivre, *Droit des assurances*, 9<sup>e</sup> édition, Dalloz, pages 497 et suivantes.

12 *Op. cit.*

13 « La réforme du code civil - obligations, contrats nommés », Les presses de l'Université Laval, p. 1164.



## L'IMPACT DU PARTAGE DES COÛTS SUR LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

par Norma L. Nielson et Gillian R. Currie

### RÉSUMÉ

Les défis de la gestion du coût des médicaments d'ordonnance, les approches qu'on essaie actuellement d'adopter, et les solutions, sont étonnamment semblables partout dans le monde. Les objectifs poursuivis par une formule de partage des coûts des médicaments sont le plus souvent de percevoir des fonds supplémentaires, de décourager la consommation de médicaments «non nécessaires», de rendre les patients conscients des coûts des médicaments et d'aider à contenir les dépenses croissantes en médicaments.

Les auteurs de cet article, en se basant sur une revue de la littérature mondiale, concluent que l'imposition d'un partage des coûts réduit en effet la consommation de médicaments, mais que cette consommation réduite ne se limite pas aux ordonnances non nécessaires. Les effets de la consommation subissent une forte influence des effets du revenu et de la richesse. On peut faire des économies considérables avec un impact minimal pour la santé en rehaussant le taux de substitution générique; il est difficile de trouver et d'évaluer d'autres moyens de faire des économies. Il n'y a qu'un petit nombre d'études récentes qui tente explicitement de mesurer les coûts des médicaments par rapport aux bénéfices obtenus sous la forme d'une utilisation réduite d'autres services médicaux. Il y en a encore moins qui essaient d'évaluer les coûts par rapport à l'amélioration de la qualité de vie du patient. L'imposition du partage des coûts n'a, semble-t-il, aucun impact sur le taux de croissance des dépenses en médicaments d'ordonnance.

---

#### Les auteurs :

Norma Nielson est professeur et directeur de la Chaire en assurance et gestion du risque à la Faculté de gestion de l'Université de Calgary.

Gillian Currie est professeur adjoint aux départements d'économie politique et des sciences de la santé communautaire.

Les auteurs sont reconnaissantes de l'appui financier de l'Institute of Health Economics, qui a fourni des fonds pour ce projet. Elles aimeraient aussi remercier Kathy Durnin pour son excellente assistance de recherche et pour la traduction du texte.

## ABSTRACT

*The challenge of managing prescription drug costs, the approaches being tried, and the responses are surprisingly similar around the world. The objectives for cost-sharing requirements imposed for prescriptions are most often cited as providing additional funding, deterring consumption of "unnecessary" drugs, making patients aware of the costs of medicines, and helping to contain rising drug costs.*

*The authors of this article, based on a review of the global literature, conclude that cost-sharing requirements do reduce drug utilization but that the reduced utilization is not limited to unnecessary prescriptions. Utilization effects are strongly affected by income and wealth effects. Significant cost savings can be achieved with minimal health impacts by increasing the rate of generic substitution; other savings are hard to find and difficult to assess. Only a few recent studies explicitly attempt to measure the cost of prescriptions against the benefits achieved in the form of reduced utilization of other parts of the health care system. Even fewer attempt to assess the cost against the improvement in a patient's quality of life. Cost-sharing requirements do not appear to impact the rate of increase in expenditures for prescription medications.*

## ■ INTRODUCTION

Le système de santé publique au Canada n'assure que les médicaments dispensés dans le cadre des soins à l'hôpital; en général, le patient paie lui-même les médicaments dispensés hors de l'hôpital. Au total, à peu près 88 % des canadiens étaient couverts, en 1995, par une assurance médicaments, dont 62 % par des plans privés, 19 % par des plans provinciaux, et 7 % par les deux. Selon Santé Canada, 14,4 % des dépenses totales pour l'année 1996 étaient attribuables aux médicaments [Dingwall, 1997].

Les dépenses pour médicaments sont fonction de plusieurs facteurs: les prix, le taux de consommation de médicaments, la tendance des prescripteurs à s'orienter vers de nouveaux médicaments plus onéreux. Dans notre étude, nous entreprenons une revue de la littérature disponible au sujet de la couverture des médicaments pour une population de patients. Les thèmes de la littérature sont les suivants: le coût d'un programme de médicaments, la consommation de médicaments, la pertinence de la prescription, les effets sur la santé du patient, et l'impact général sur le coût des soins. Un dernier thème important sera la question de l'équité, c'est-à-dire l'effet différent pour les diverses tranches de la population d'un changement de la politique de coût du médicament.

## ■ PARTAGE DES COÛTS

Le partage du coût des médicaments signifie en général que le patient paie, sous forme de contribution ou de coassurance, une part du prix de détail du médicament. Le terme «contribution» est employé dans ce contexte pour désigner un déboursement forfaitaire par le malade, tandis que le terme «coassurance» désigne le paiement par le malade d'un pourcentage du coût. Ces deux types de paiement, compris tous les deux dans l'expression plus générale de «partage des coûts», sont adoptés dans le but de contrôler les dépenses en médicaments et d'éviter la surconsommation de médicaments.

Chaque pays qui offre à sa population une assurance médicaments exige de certains bénéficiaires – ou de tout bénéficiaire – qu'ils assument une part du coût des médicaments. La proportion du coût assumée par le bénéficiaire dépend parfois de la valeur thérapeutique du médicament. Le tableau 1 [Burstall, 1994], constitué à partir de données provenant des pays en question, montre les diverses modalités de partage des coûts. Il s'avère que la part des dépenses publiques pour les médicaments (deuxième colonne du tableau 1) est plus grande que la somme prévue basée sur les seuls taux de coassurance. Deux raisons peuvent expliquer cette situation : soit que le système public offre une couverture exceptionnelle pour les désavantagés, et/ou qu'il applique une limite à la somme payée par l'individu chaque année.

Le partage du coût des médicaments peut avoir plusieurs objectifs. On indique le plus souvent ceux-ci :

- recevoir des fonds supplémentaires;
- éviter la consommation de médicaments «non nécessaires»;
- attirer l'attention des consommateurs sur le coût des médicaments;
- contrôler la croissance des dépenses en médicaments.

Un paiement de la part du consommateur, que ce soit sous forme de contribution ou de coassurance, produit des fonds supplémentaires pour aider à l'achat de médicaments. Ryan et Birch [1991] tirent la conclusion, par exemple, que le gouvernement britannique a réussi à percevoir des revenus par le biais de leur politique d'exiger une contribution du consommateur.

**TABLEAU I**  
**CONTRIBUTION FINANCIÈRE POUR MÉDICAMENTS**  
**DISPENSÉS HORS DE L'HÔPITAL DANS LES PAYS**  
**DÉVELOPPÉS POUR L'ANNÉE 1993**

Pays	Taux de partage du coût	% payé par la santé publique en 1990
Belgique	0, 25, 50, ou 60 % du prix	74
Danemark	0, 25, 50, ou 100 % du prix	55
France	0, 35, 65, ou 100 % du prix	70
Allemagne	Contribution forfaitaire selon la grandeur du paquet	87
Italie	Charge fixe + 0, 30, 50, ou 100 % du prix	80
Pays-Bas	Non applicable	74
Espagne	0 ou 40 % du prix	80
Suède	Contribution forfaitaire	81
Suisse	10 ou 50 % du prix	70
Royaume-Uni	Contribution forfaitaire	93
États-Unis	Varie selon l'État	15
Japon	10 ou 30 % du prix	85
Australie	m.d.	79
Nouvelle-Zélande	Contribution maximale par achat selon le revenu, le groupe d'âge et l'état de santé	72

Source: Burstali [1994]

## ■ IMPACT SUR LA CONSOMMATION

Pour évaluer l'efficacité économique des différents types de programmes, la première étape essentielle est de comprendre si, en effet, le partage des coûts freine la consommation des médicaments, et dans quelle mesure. Les recherches démontrent en



général que le niveau d'élasticité de la demande des médicaments est réduit, mais significatif. Cela veut dire que lorsque le consommateur doit payer lui-même une petite part du coût, il y a une baisse légère – mais nette – de la demande de médicaments. Les recherches de Liebowitz, Manning, et Newhouse [1985] ont confirmé et renforcé les résultats selon lesquels une baisse de la consommation de médicaments correspondait à une hausse des prix au consommateur. À l'instar d'autres chercheurs, ceux-ci ont employé les données de la Rand Health Insurance Experiment (HIE), dans laquelle les participants étaient inscrits de façon aléatoire dans différents programmes d'assurance à des taux divers de coassurance et de franchise.<sup>1</sup> Dans un tel milieu, les individus couverts par un programme plus généreux achètent plus de médicaments. Une réduction du partage des coûts correspond à une augmentation de la consommation moyenne par personne et du nombre d'ordonnances par personne. Par contre, les recherches n'ont établi aucun rapport entre la générosité du programme d'assurance et la proportion de médicaments brevetés parmi tous les médicaments achetés en pharmacie. En effet, si le consommateur prend plus conscience du prix des médicaments lorsqu'on lui demande de payer une plus grande part des coûts (une plus grande contribution forfaitaire), on s'attendrait à observer une réduction de la consommation proportionnelle de médicaments brevetés pour les bénéficiaires de programmes moins généreux. En général, la conclusion est que «... les changements dans les dépenses pour médicaments dans les différents plans surgissent, paraît-il, principalement d'une réduction des visites aux médecins, et non pas comme résultat d'une recherche de prix plus avantageux de la part des bénéficiaires d'une couverture moins généreuse».

L'étude de Foxman, *et al* [1987], basée également sur les données de la Rand Health Insurance Experiment, a examiné l'effet de la coassurance sur la consommation de tous les services médicaux, y compris les médicaments. Cette étude porte principalement sur l'effet d'une coassurance sur la consommation d'antibiotiques par les personnes âgées. Dans l'ensemble, les personnes pour qui les soins étaient gratuits consommaient 80 % plus d'antibiotiques que celles dont le programme exigeait un partage des coûts. La proportion était légèrement plus grande pour les adultes que pour les enfants. Les adultes recevant des soins gratuits consommaient 86 % plus d'antibiotiques, tandis que les enfants consommaient 73 % plus d'antibiotiques dans un programme de soins gratuits que dans un programme de partage des coûts. Les personnes se trouvant dans le tiers inférieur de la distribution des revenus (ajusté

par région géographique) utilisent moins d'antibiotiques que tous les autres. Les soins gratuits «ont réduit considérablement l'effet du revenu sur la consommation d'antibiotiques.» La consommation d'antibiotiques était plus répandue dans le programme gratuit que dans le programme de coûts partagés pour tous les diagnostics, même là où les antibiotiques n'apportent aucun bénéfice. «Ainsi, la gratuité des soins a un effet général et non spécifique sur la hausse de la consommation d'antibiotiques.» Cependant, l'effet observé n'est que secondaire. La baisse de la consommation d'antibiotiques découle surtout du nombre réduit de visites au médecin plutôt que d'une prescription réduite d'antibiotiques à la suite d'une telle visite.

Foxman *et al* [1996] suggèrent, comme solution alternative, un programme à base clinique dont le but serait de mieux informer les médecins. Des tentatives de tels programmes ont produit de modestes succès, et les auteurs insistent sur la nécessité de pousser plus loin dans ces méthodes «... avec le but de créer une motivation économique pour un partage des coûts, mais d'éviter les effets négatifs vis-à-vis l'accès aux soins requis.» La section suivante explique l'interaction entre les résultats du côté de la demande et la motivation du côté de l'offre.

Hong et Shepherd [1996] étudient la consommation de médicaments par les enfants dans une population américaine. Les données proviennent de 3 144 enfants âgés de moins de 18 ans à qui ont été dispensées 8 547 ordonnances en 1993. Chaque participant a été inscrit dans un des cinq programmes possibles d'assurance médicaments à différents niveaux de couverture dans un système de partage des coûts. La différence portait plus précisément sur le partage des coûts pour les médicaments génériques et pour les médicaments brevetés. Les auteurs sont arrivés à la conclusion qu'avec l'augmentation du partage des coûts, on note une réduction parallèle du nombre d'enfants recevant des ordonnances annuellement, du nombre d'ordonnances par enfant, et du taux de dépenses pour les médicaments. Il y avait un rapport positif entre l'ampleur des différentiels dans le partage des coûts basé sur la consommation de médicaments brevetés ou de génériques et la consommation de médicaments génériques. «Le niveau le plus élevé de consommation de médicaments génériques a été observé pour le programme dans lequel les bénéficiaires assumaient la plus grande part du coût d'une ordonnance.» [Hong et Shephard, 1996]. Une restriction importante de cette étude est le fait que les patients ont choisi eux-mêmes leur programme d'assurance médicaments: une différence dans les caractéristiques des populations était donc

possible. L'étude n'a pas mis ses conclusions à l'épreuve pour vérifier si elles étaient attribuables à une différence des caractéristiques des populations et non pas à la différence du partage des coûts dans les différents programmes.

Pour s'adresser à toute une autre tranche de la population, Coulson et Stuart [1995] ont étudié les personnes âgées, et notamment la manière dont leur programme d'assurance maladie agit sur leurs décisions en matière de consommation de médicaments. L'étude essaie de mesurer l'effet sur la demande – et pour les médicaments et pour les visites au médecin – de changements de couverture. En se basant sur les données de sondages auprès de bénéficiaires du Medicare américain en 1991, ils étudient l'effet des différents types d'assurance maladie: Medicaid, Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE), les programmes privés et les programmes d'assurance comme, par exemple, les programmes d'assurance maladie pour les retraités maintenus par leur ancien employeur ou des programmes individuels de Medigap. Les résultats les plus importants ont été remarqués parmi les bénéficiaires du PACE<sup>2</sup>, dont le programme assurait entièrement le coût de médicaments dispensés hors de l'hôpital pour les personnes âgées à faible revenu, moyennant une contribution de 4,00\$ par dose de 30 jours. Pour chaque période de deux semaines, les bénéficiaires du PACE font dispenser ou remplir à nouveau 0,29 plus d'ordonnance que les malades âgés qui ne bénéficient ni d'un programme pour retraités ni d'un programme supplémentaire de Medicaid pour les médicaments. Ces auteurs observent qu'avec une élasticité du prix de  $-0,34$  une «... meilleure couverture des médicaments pour les aînés [...] mènerait à une hausse de la demande de médicaments.» Cependant, les auteurs ne prétendent pas que leurs recherches puissent aider à prévoir l'ampleur de cette augmentation de la consommation de médicaments. Ils indiquent que «la signifiante de nos observations ne réside pas dans les estimations numériques, mais dans le fait que ces estimations indiquent qu'une augmentation du taux de consommation est attribuable à l'assurance maladie elle-même, donc qu'elle n'est pas simplement un produit de la sélection défavorable.» [Coulson et Stuart, 1995]. Il faudrait noter, à titre d'avertissement, que les données utilisées dans ces recherches ont été constituées en large mesure à partir de réponses à un questionnaire.<sup>3</sup>

Coulson *et al* [1995] utilisent les mêmes données que Coulson & Stuart [1995], mais créent une méthode économétrique plus sophistiquée pour aborder le problème de la sélection défavorable, c'est-à-dire la tendance des individus ayant besoin de plus de

médicaments à mieux s'assurer contre ce risque. En utilisant une autre tranche des données, ils ont obtenu des résultats qui démontreraient encore une fois que les personnes ayant une assurance ont fait dispenser ou remplir à nouveau plus d'ordonnances en moyenne que les personnes ne bénéficiant d'aucune couverture supplémentaire.

Ryan et Birch [1991] ont élaboré un modèle qui admet le délai dans l'observation de l'impact de changements aux contributions pour médicaments (modèle d'ajustement partiel), et ils mesurent cet impact à partir de données portant sur les contributions dans le Royaume-Uni entre 1979 et 1985. Après un ajustement pour les autres facteurs qui touchent à la consommation,<sup>4</sup> ils trouvent que «... la politique de contribution appliquée dans le Royaume-Uni a produit une réduction importante de la consommation de médicaments par les malades non exempts.»

Les évaluations du Régime général d'assurance médicaments du Québec<sup>5</sup> offrent des preuves plus récentes à cet égard. Une assurance médicaments – d'un programme privé ou du système public – est obligatoire dans ce Régime. Le rapport d'activités de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'année 1996-97 fait état d'une baisse de la consommation de médicaments d'ordonnance par les prestataires de la sécurité du revenu. Il y a eu une réduction de 5,8 % dans le nombre de participants du plan, et une réduction de 9,1 % dans le nombre d'ordonnances. Ces résultats ont poussé le gouvernement du Québec à commander une enquête indépendante. À l'aide des banques de données administratives du RAMQ et du Ministère de la santé et des services sociaux,<sup>6</sup> les chercheurs ont observé une augmentation du nombre d'ordonnances de médicaments génériques et, ce qui est plus significatif, une réduction frappante de la consommation de médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées. Cette réduction était associée à une augmentation de la proportion de personnes hospitalisées et admises en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les chercheurs ont observé une réduction inférieure, mais évidente, du nombre d'ordonnances dispensées aux prestataires de la sécurité du revenu. Chez ces deux populations – les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu – le nombre de visites médicales a augmenté.

Les personnes qui ont fait exécuter des ordonnances pour des médicaments onéreux pendant l'année précédant l'implantation du nouveau régime ont réduit leur consommation plus que celles qui recevaient des ordonnances pour des médicaments moins dispen-

dieux. Cette relation était plus marquée chez les prestataires de la sécurité du revenu. Les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées qui ont répondu à un questionnaire ont signalé que, pour faire face au coût augmenté des médicaments, ils arrêtent ou réduisent leur consommation de ces médicaments, réduisent leurs dépenses en nourriture, ou cherchent de l'aide financière auprès de leurs amis, de leur famille, ou des institutions charitables. La réduction la plus marquée de la consommation de médicaments, en termes relatifs et absolus, a été constatée chez les grands consommateurs.<sup>7</sup> Parmi les grands consommateurs, les femmes, les plus âgés et les moins scolarisés étaient plus aptes à réduire leur consommation de médicaments que d'autres qui avaient consommé le même nombre de médicaments pendant l'année précédente. La plus importante réduction de la consommation a été observé chez les personnes ayant le plafond de contribution le plus élevé [Tamblyn *et al.*, 1998].

Les résultats de Tamblyn *et al.* [1998] correspondent à ceux de Blais *et al.* [1997] qui ont étudié la consommation mensuelle chez les prestataires de la sécurité du revenu âgés de 64 ans et moins entre août 1997 et août 1998 pour quatre classes de médicaments, tous estimés efficaces et essentiels. Blais *et al.* [1997] ont observé les changements suivants de la consommation par catégorie de médicament :

Les observations étaient statistiquement significatives pour une de ces trois catégories seulement (les corticostéroïdes). Dans leur hypothèse, les auteurs attribuent cette différence à la nature des médicaments. Un malade peut cesser d'inhaler les corticostéroïdes

**TABLEAU 2**  
**CHANGEMENT DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS,**  
**PAR CATÉGORIE, SUIVANT L'IMPLANTATION AU QUÉBEC**  
**DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

Catégorie de médicament	Changement de la consommation moyenne pendant dix mois (août 1996-juin 1997) par rapport à l'année précédente	Changement attendu
Corticostéroïdes	- 28 %	9 %
Neuroleptiques	- 1 %	7 %
Anti-convulsivants	- 1 %	8 %



sans conséquence immédiate. Par contre, pour un malade qui interrompt les neuroleptiques et (surtout) les anti-convulsivants, les conséquences ne se font pas attendre des semaines, quelques jours pouvant suffire.

Les auteurs de ces études avertissent qu'elles ne sont pas finales. Les conséquences immédiates de l'implantation du Régime général d'assurance médicaments peuvent disparaître à long terme. La consommation de médicaments peut retourner à son niveau initial. Les auteurs notent qu'étant donné qu'ils ont examiné des données globales, leurs analyses ne tiennent pas compte de la possibilité d'un changement du nombre de prestataires de la sécurité du revenu pendant la période étudiée (bien qu'il n'y ait aucune indication que ce soit le cas).<sup>8</sup> Cependant, les données préliminaires indiquent qu'une plus grande participation financière par les individus ou par les familles, et surtout par les personnes âgées, est capable de donner lieu à des cas de non observance ou de les exacerber.

Une autre étude récente, celle-ci par Gardner, Javitz et Recine [1997], porte sur une population de 18 000 personnes âgées et les membres de leurs familles qui ont fait exécuter plus de 500 000 ordonnances pendant les premiers 24 mois de la période de l'étude, soit 1988-1994. Pour cette population de fonctionnaires retraités de l'État d'Oregon, leur participation financière a augmenté trois fois pendant la période de l'étude pour «faire face à des hausses nettes et persistentes des [...] coûts du [...] programme de bénéfiques pharmaceutiques.»<sup>9</sup> Par l'examen en parallèle de trois groupes de données sur les caractéristiques démographiques, les réclamations pour médicaments et les réclamations pour frais hospitaliers/médicaux pendant une période de 6,5 ans, cette étude permet de faire des analyses qualitatives sur les dépenses pour médicaments et pour d'autres services médicaux.

Gardner, Javitz, et Recine [1997] ont trouvé que la plupart des estimations de la consommation et des coûts pharmaceutiques ont augmenté pendant les premières années de l'étude malgré une hausse de la contribution forfaitaire. La participation différente pour les génériques a produit, cependant, une tendance mesurable et significative vers la consommation de médicaments génériques.<sup>10</sup> Le total des coûts en médicaments était nettement moins élevé après le changement vers une coassurance de 50 %, et on a vu encore un virement dramatique vers la consommation de génériques. L'adoption de la coassurance de 50 % a entraîné des modifications légères aux soins médicaux, mais elles n'étaient pas en général statistiquement significatives.

## ■ IMPACT SUR LA SANTÉ

Une modification modeste de la consommation de médicaments peut avoir des conséquences énormes pour la santé. La section précédente a offert des preuves pour démontrer que malgré l'élasticité relativement atténuée de la demande de médicaments d'ordonnance, une augmentation de la participation financière du consommateur mène à une baisse de la consommation de médicaments. Pour comprendre l'impact de ces changements de la demande d'ordonnances, il faut comprendre l'emploi du médicament spécifique pour lequel les tendances de consommation ont changé. Dans le cas idéal, un changement des habitudes de consommation serait limité à la consommation de médicaments «non essentiels». Le terme «non essentiel» implique par définition qu'il n'y aurait aucun impact négatif, ou un impact minimal, sur la santé. Par contre, dans la mesure où les médicaments «essentiels» sont également touchés, l'on s'attend à observer des effets indésirables pour la santé. Par exemple, l'étude de Soumerai *et al.* [1989] a trouvé que la non observance de l'ordonnance était la cause de 23 % des admissions en CHSLD et de 10 % des admissions à l'hôpital chez les personnes âgées. Ryan et Birch [1991] notent que:

Il ne faudrait pas présumer qu'une consommation réduite chez les groupes non exempts représente une utilisation frivole ou injustifiée du service qui serait prévenue par l'augmentation de la participation financière. Il n'y a aucun lien entre le coût supplémentaire payé par le malade et le résultat prévu pour sa santé. Donc ce coût supplémentaire n'est pas capable de distinguer entre la demande frivole et la demande non frivole. [...] Puisque le malade ne dispose d'aucune information sur l'efficacité des médicaments d'ordonnance, il n'y a aucune raison pour s'attendre à ce que des changements de la participation financière aient un plus grand effet sur la consommation frivole que sur la consommation non frivole.

La littérature dans ce domaine comprend des recherches qui comparent les changements de la demande pour les médicaments «nécessaires et non nécessaires» ou «essentiels et discrétionnaires.» Quelques études définissent ces termes de façon très générale selon la catégorie thérapeutique; d'autres acceptent une consommation nécessaire dans une classe thérapeutique qui ailleurs serait considérée «discrétionnaire». Les définitions sont assez arbitraires et les différentes définitions adoptées dans ces études

restreignent la possibilité de tirer de leurs résultats des conclusions générales.

Toutes les études revues trouvent un rapport entre la consommation de médicaments nécessaires ainsi que discrétionnaires et la coassurance. Harris, Stergachis, et Ried [1990] ont examiné l'effet d'une coassurance dans un milieu de soins dirigés («managed care»). Ils trouvent qu'une augmentation de la coassurance est associée à une diminution du nombre d'ordonnances. Tandis que la consommation de médicaments «discrétionnaires» a diminué avec une coassurance augmentée, la consommation de médicaments «essentiels» a aussi diminué dans le groupe à coassurance.<sup>11</sup> Harris *et al.* [1990] donnent de faibles indications que la consommation «nécessaire,» selon une définition très large, est touchée à un moindre degré.

Foxman *et al.* [1987] tirent la conclusion que «[e]n tant que stratégie possible pour faire face à la consommation non appropriée d'antibiotiques, la participation financière a deux défaillances. La participation financière a réduit la consommation d'antibiotiques de 46 % en moyenne; cependant il restait un niveau signifiant de prescription non pertinente, mais le niveau de consommation *pertinente* a été réduite presque au même degré. Donc on a besoin d'une méthode plus sélective, capable de freiner la consommation non appropriée tout en permettant l'accès aux antibiotiques nécessaires et appropriés.» Les politiques qui visent la demande en s'orientant vers le consommateur s'appuient sur un consommateur bien informé. Dans son absence, une politique du partage des coûts qui met un frein à la consommation peut se faire dans le mauvais sens. Il s'agit, au mieux, d'un instrument de politique peu tranchant.

Un résultat significatif a été de démontrer l'importance de l'impact du partage des coûts sur la demande chez les populations à faible revenu. Soumerai *et al.* [1991] se sont posé la question, «[c]hez les patients âgés à faible revenu ayant une couverture «Medicaid», est-ce qu'une limite à l'accès aux médicaments serait associée à une croissance du taux d'admission en CHSLD et à l'hôpital?» Les auteurs y ont répondu à l'aide de données sur les réclamations pour les médicaments et pour les services autres que médicamenteux, et sur les taux d'inscription au Medicaid à New Hampshire pour une période de trois ans. Selon leurs résultats, il existe une relation «... entre l'introduction d'une limite de remboursement à trois médicaments, une baisse résultante de la consommation de médicaments, et une croissance au double, approximativement, du taux d'admission en CHSLD chez les



malades chroniques âgés.» Ils notent une augmentation légère, mais insignifiante, du taux d'hospitalisation. Bien que cette étude ne porte pas sur le partage des coûts *per se*, elle renforce l'intuition selon laquelle une diminution légère de la consommation de médicaments peut entraîner des conséquences graves pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques.

Tamblyn *et al.* [1998] ont observé, au Québec, une relation directe entre la réduction du nombre d'ordonnances et l'augmentation du taux d'admission à l'hôpital. Les auteurs admettent que ces recherches ne leur permettent pas de tirer la conclusion que les individus qui ont réduit leur consommation de médicaments étaient les mêmes qui ont été admis à l'hôpital. D'après eux, leur étude «indique qu'une des conséquences du nouveau programme, et probablement la plus grave, a été d'augmenter le taux d'admission à l'hôpital, d'admission en CHSLD, et de décès chez les anciens bénéficiaires.» En examinant plus loin<sup>12</sup> le rapport entre une réduction de la consommation chez un individu donné et la probabilité d'un effet indésirable, Tamblyn *et al.* [1998] ont trouvé que les consommateurs de médicaments moins essentiels ont réduit leur consommation plus que les consommateurs de médicaments essentiels. Cependant, étant donné que le taux initial de consommation de médicaments essentiels était beaucoup plus élevé que le taux de consommation de médicaments moins essentiels, il y a eu une réduction absolue plus importante de la consommation de médicaments essentiels. Cette baisse de la consommation de médicaments essentiels «a eu pour conséquence 4 046 hospitalisations, admissions en CHSLD et décès additionnels dans les dix premiers mois suivant l'implantation du régime.» La baisse de la consommation de médicaments moins essentiels n'a entraîné aucun changement significatif au nombre d'événements indésirables.

## ■ ACTION RÉCIPROQUE DE PRIMES POUR PATIENTS ET POUR MÉDECINS

Là où on constate des taux différents de consommation, il faut se demander quels sont les moteurs de ces différences. Surtout faut-il comprendre dans quelle mesure ce sont les changements du comportement des médecins, et non pas les changements du comportement des malades, qui exercent un effet sur la consommation. Hux et Naylor [1994] ont trouvé des preuves de tels effets

secondaires. Dans leur enquête, ils ont présenté à des médecins, sélectionnés de façon aléatoire en Ontario, un scénario clinique, le choix de six antibiotiques, et l'option de commander d'autres tests ou médicaments. Quatre versions en total ont été distribuées: quelques-uns des médecins ont reçu des informations sur le prix des médicaments et sur le programme d'assurance médicaments du patient. Le groupe de contrôle n'a reçu aucune information sur le prix des médicaments ni sur l'assurance médicaments du patient. Les résultats des sondages, désignés A à D, ont produit les pourcentages suivants dans le choix d'antibiotiques «coûteux» par les médecins interrogés. L'intervalle de confiance de 95 % justifiée par la grandeur de l'échantillon paraît entre parenthèses.

Dans l'ensemble, les médecins sont sensibles non seulement au prix mais également au payeur. «Le manque d'information sur le prix des médicaments et la présence d'un tiers payeur peuvent tous les deux contribuer à la consommation non pertinente de médicaments onéreux». Hux et Naylor [1994], en notant que le choix de médicaments onéreux diminue de 18 % à 8 % dans l'absence d'une assurance médicaments, suggèrent que le partage des coûts peut jouer un rôle. Les auteurs soulignent, cependant, qu'informer les médecins sur le prix des médicaments pourrait être encore plus bénéfique, puisqu'une telle information a produit une réduction de 20 points de pourcentage (de 38 % à 18 %) dans le choix de l'antibiotique coûteux. Quoique cette étude ne se base pas sur des observations cliniques, les auteurs tirent aussi la conclusion que «... il y a une prescription non pertinente accrue d'antibiotiques lorsque le patient bénéficie d'une pleine couverture par assurance médicaments, mais une prescription amoindrie lorsqu'on rappelle aux médecins le prix des médicaments».

	Avec assurance médicaments	Sans assurance médicaments
<b>Avec prix</b>	A 18 % (12,24)	D 8 % (4,12)
<b>Sans prix</b>	B 38 % (30,45)	C 37 % (30,44)
Source: Hux et Naylor [1994], p. 346		

Hillman *et al.* [1999] font une étude empirique de «... l'impact de motivations financières chez le malade sur la consommation et les coûts de médicaments d'ordonnance dans le contexte de différents mécanismes de rémunération du médecin». Ce sont les uniques recherches qui portent simultanément sur l'impact des motivations pour le malade et pour le médecin. Les données portent sur un échantillon aléatoire de plus de 100 000 personnes aux États-Unis âgées de 18 à 64 ans, pour les années 1990-1992. Neuf programmes d'assurance maladie ont été représentés, dont cinq associations de pratiques indépendantes (API) et quatre HMO («health maintenance organizations») de modèle à réseau. Les médecins des plans API ont été payés à l'acte, tandis que les médecins du plan à réseau ont été payés par capitation. Les médecins du plan API ne subissaient aucun risque pour le coût des médicaments, mais les médecins de HMO encourraient un risque financier (avec leurs collègues de groupe) lié à leur comportement de prescription. Des programmes de revue d'utilisation des médicaments étaient en place pour tous les types de rémunération des médecins et toutes les caractéristiques de plan.<sup>13</sup>

Les malades ont partagé les coûts pour les ordonnances ainsi que pour les visites au médecin. Le partage des coûts de médicaments était en forme de contribution forfaitaire payée au pharmacien au moment de faire exécuter l'ordonnance. La contribution variait de zéro jusqu'à 10 \$ (pour tous les plans et à l'intérieur de chacun) selon le contrat de l'employeur. La contribution forfaitaire pour les visites au médecin était de zéro jusqu'à 22 \$ pour les différents groupes d'employeurs. Les effets d'une contribution ont été mesurables et consistants avec les études déjà mentionnées. Des coûts plus élevés de médicaments étaient associés à une diminution statistiquement significative de dépenses pour les médicaments d'ordonnance dans les plans API, mais pas dans les plans à réseau. Les auteurs concluent que «... un partage modéré des coûts exerce un impact relativement important, même pour cette population de la classe moyenne, dans un type de programme, mais n'exerce aucun impact significatif dans l'autre type».<sup>14</sup>

La plus importante contribution de ce rapport est l'observation d'une action réciproque entre les primes pour les malades et pour les médecins. D'après les auteurs:

«Nos observations suggèrent qu'une manière de réduire les dépenses pour médicaments serait de faire assumer au médecin le risque du coût des médicaments qu'il prescrit. Une autre manière d'obtenir le même niveau de contrôle

des coûts sans mettre au risque le médecin serait d'imposer des niveaux modestes de partage des coûts par le patient.»

Autrement dit, l'impact sur les dépenses pour médicaments est le même lorsque la structure de l'assurance médicaments attribue une part du risque financier découlant du choix de médicament SOIT au malade SOIT au médecin. Exiger de la part du médecin qu'il assume la responsabilité de ses décisions de prescription donne le même niveau de contrôle du coût des médicaments que de faire assumer au consommateur, qui manque l'expertise requise pour choisir ses médicaments de manière informée, le risque que ses choix entraîneraient des conséquences sur sa santé.

## ■ IMPACT SUR LE COÛT DES ORDONNANCES

Le prix de détail des médicaments comprend le prix du fabricant et les coûts de distribution, ainsi que la marge de profit et les frais du pharmacien. La composition du prix de détail au Canada est la suivante: prix de vente du fabricant – 63 %, marge de profit et frais d'ordonnance – 33 %, et distribution – 4 % [Dingwall, 1997]. Aucun pays au monde n'expérimente actuellement une diminution des dépenses publiques en médicaments. Des contributions représentent, évidemment, une source supplémentaire de fonds pour les programmes de médicaments, mais on ne voit pas assez clairement leur impact ni sur les dépenses globales en médicaments d'ordonnance payées par la société ni sur les effets macroéconomiques pour le coût des médicaments. À part des contestations floues, telles «... il y a des indications qu'une participation financière a réduit le taux de croissance de ces dépenses» [Burstall, 1994], les preuves que l'implantation d'une participation financière aurait un impact sur les dépenses globales en médicaments sont faibles ou inexistantes.

Harris, Stergachis, et Ried [1990] ont trouvé que les coûts globaux annuels en médicaments ont monté pour les deux groupes étudiés, mais que le taux d'augmentation était plus élevé pour le groupe sans contribution. D'ailleurs, ils ont trouvé que le coût par ordonnance a augmenté pour les deux groupes. Les auteurs offrent deux explications possibles:

1. Une période de posologie plus longue pour les ordonnances dispensées aux personnes payant une contribution. Cet effet

serait atténué, croient-ils, par une politique limitant à 30 jours la dose dispensée par ordonnance, mais un impact léger est quand même possible.

2. L'étude a enregistré une réduction plus importante de la consommation de médicaments discrétionnaires que de médicaments essentiels. L'observation du coût par ordonnance reflète une relation entre les prix et les types de médicaments. Les médicaments discrétionnaires sont généralement moins dispendieux, tandis que les médicaments essentiels coûtent en général plus cher.

Le coût par ordonnance a monté pour les deux groupes, mais en fin de compte les malades à contribution ont expérimenté un coût plus élevé par unité que le groupe de contrôle [Harris, Stergachis, et Ried, 1990].

Hillman *et al.* [1999] ont observé, eux aussi, que le partage des coûts par le consommateur a un impact limité sur les dépenses globales en médicaments. «Les dépenses estimées pour les médicaments sont beaucoup plus élevées dans les plans API que dans les plans à réseau pour tous les niveaux de contribution en pharmacie, mais les dépenses baissent plus rapidement dans le plan API suite à une augmentation de la contribution.» Les auteurs avancent l'explication suivante: si la motivation chez le médecin pour contrôler les dépenses en médicaments est atténuée (c'est le cas, par exemple, lorsque le médecin n'assume aucun risque pour son comportement de prescription), il aura une tendance prononcée à prescrire des médicaments. Dans ce contexte, les motivations chez le malade peuvent être efficaces, puisque le malade peut choisir de ne pas faire exécuter toutes ses ordonnances. Par contre, si le médecin encourt un certain niveau de risque pour son comportement de prescription, il peut être encouragé à prescrire moins de médicaments discrétionnaires ou de médicaments facultatifs. Dans ce cas-ci, le partage des coûts par le malade aura un impact insignifiant. Donc il faut conclure que les modalités de partage des coûts ne freinent pas la croissance des coûts de médicaments.

## ■ EFFET GLOBAL SUR LES COÛTS DE LA SANTÉ

Malheureusement, dans la littérature et chez ceux qui élaborent la politique, on évalue souvent les programmes d'assurance médicaments dans l'isolement, sans les lier au contexte plus large. Comme résultat, l'attention est braquée sur les coûts du programme

de médicaments et sur la consommation sans prendre en compte les avantages ou les effets d'autres secteurs du système de soins à la santé. Les études qui examinent l'effet global pour la santé des modalités de partage des coûts sont typiquement axées sur les effets de la sous-consommation produite par le coût élevé d'un médicament. Au contraire, la consommation non appropriée de médicaments d'ordonnance ne se manifeste pas toujours en guise de sous-consommation. La surconsommation, elle aussi, peut produire des effets secondaires et des interactions médicamenteuses. Grymonpre *et al.* [1988] ont trouvé que 23 % des malades âgés de plus de 50 ans qui consommaient des médicaments d'ordonnance avaient expérimenté au moins un événement indésirable, et que 20 % des admissions à l'hôpital de malades qui consommaient des médicaments d'ordonnance étaient directement liées à un tel événement indésirable. En combinant ces statistiques, on constate que 19 à 28 % des admissions à l'hôpital de malades âgés de plus de 50 ans résultaient de problèmes liés à des médicaments. Col, Fanale et Kronholm [1990] attribuent approximativement 60 % de ces admissions à des réactions adverses médicamenteuses, et 40 % à l'utilisation non pertinente du médicament. Les preuves disponibles sont passées en revue ci-dessus.

Dans le cadre de programmes qui exigent un partage des coûts, les études trouvent, en général, que la capacité à payer du malade offre une force explicative considérable. Stuart et Grana [1998] ont testé l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées à revenu plus élevé ayant une meilleure assurance maladie sont plus portées que celles à revenu plus faible et ayant une couverture plus restreinte à recourir aux médicaments pour traiter les maladies les plus courantes. À l'aide des réponses à un questionnaire envoyé à un échantillon aléatoire de bénéficiaires du Pennsylvania Medicare, ils ont obtenu des résultats qui appuient les hypothèses suivantes:

- Les personnes âgées ayant un supplément du Medicare étaient plus aptes, d'une ampleur de 6 à 17 %, à recourir aux médicaments pour traiter leurs maladies.

- Une assurance médicaments a augmenté la probabilité d'un traitement médicamenteux pour 10 des 22 conditions médicales couvertes par le questionnaire.

- Le revenu a exercé un effet indépendant très fort sur les décisions médicales. Les personnes disposant d'un revenu de plus de 18 000\$ étaient, dans une proportion de 18 %, plus aptes à recourir aux médicaments que celles qui disposaient d'un revenu de moins de 6 000\$.



Harris, Stergachis, et Ried [1990] incluent dans leur rapport un avertissement important: «... nous n'avons pas regardé ni les conséquences cliniques d'une contribution pour les médicaments, ni l'effet d'une contribution pour médicaments sur l'utilisation et les coûts d'autres services médicaux». Ils avertissent que le partage des coûts pourrait, en effet, restreindre l'utilisation efficace de ressources médicales peu abondantes, par exemple en réduisant la consommation de médicaments nécessaires, rendant ainsi nécessaires des traitements plus fréquents ou plus intenses. Du point de vue de la politique, il faut se demander si l'effet positif (a) de l'implantation du partage des coûts comme moyen d'éviter la sous-consommation ou la surconsommation des médicaments et (b) de produire des fonds supplémentaires valent (c) les risques à la santé et les coûts qui résultent d'une consommation non pertinente des médicaments.

## ■ EFFETS DISTRIBUTIFS

En établissant les détails d'un programme public, les responsables reconnaissent les différents effets sur les divers groupes de la population, et surtout sur les personnes âgées et sur les pauvres. La majorité des systèmes de soins à la santé incorpore des modalités exceptionnelles pour s'adresser aux personnes «désavantagées» [Burstall, 1994]. Dans le Royaume-Uni, par exemple, une large tranche de la population – les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes, les mères d'enfants, les prestataires de la sécurité du revenu – est exemptée de contributions pour les médicaments d'ordonnance.

Les preuves citées par la Rand Health Insurance Experiment sont parmi les indications les plus solides que l'impact des modalités de partage des coûts n'est pas identique pour tous les membres de la population. [Newhouse *et al.*, 1993]. Ils ont observé que pour l'adulte moyen l'effet sur son état de santé d'une utilisation accrue des services médicaux associée à la gratuité des soins était minimal ou inexistant. Cependant, il y a des exceptions importantes. Selon les auteurs: «... nous avons observé des conséquences indésirables pour la santé résultant du partage des coûts et concentrées chez les pauvres malades. Mais la majorité de la population n'est ni malade, ni pauvre. En conséquence, la présence d'un effet indésirable considérable est pratiquement hors question.» Cependant, le partage des coûts peut avoir d'importants effets indésirables pour

ceux qui n'appartiennent pas à la catégorie des employés en bonne santé.

Ryan et Birch [1991] notent que les contributions pour les médicaments peuvent introduire une déformation à la distribution de médicaments d'ordonnance, au détriment à la fois de l'efficacité et de l'équité du système de santé:

Il ne faut pas supposer qu'une utilisation réduite chez les groupes non exempts représente une utilisation frivole ou non justifiée d'un service qui serait détournée par l'augmentation de la contribution. Il n'y a aucun rapport entre le coût supplémentaire au malade généré par la contribution et le résultat attendu pour la santé. Donc ce coût n'est pas capable de différencier entre la demande frivole et la demande non frivole [...] Étant donné le manque d'informations de la part du malade sur l'efficacité des médicaments d'ordonnance, il n'y a aucune raison pour que la contribution exigée du malade aurait un effet plus marqué sur l'utilisation frivole que sur l'utilisation non frivole.

L'observation de différents effets de ces politiques sur différentes tranches de la population, et surtout sur les personnes âgées et sur d'autres groupes vulnérables, soulève des questions d'équité. Les implications pour l'équité contenues dans les études précédentes réapparaissent actuellement comme question centrale au Québec, où la capacité des personnes âgées et d'autres groupes vulnérables à avoir accès aux médicaments se démontre encore une fois très sensible aux modalités de partage des coûts.

## ■ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le défi de gérer les coûts des médicaments par le partage des coûts, les approches entreprises et les réactions se ressemblent, d'une manière étonnante, partout dans le monde. En effet, en consultant d'avance la littérature académique mondiale, les responsables de l'élaboration de la politique au Québec auraient pu éviter plusieurs faiblesses initiales du Régime général d'assurance médicaments ainsi que les modifications introduites au Régime en 1997. Dans l'ensemble, les recherches publiées démontrent que le partage des coûts a un effet sur la consommation de médicaments [Ryan et Birch, 1991; Harris et Reid, 1990; Foxman et al, 1987; Leibowitz,



Manning et Newhouse, 1985]. La demande de médicaments est relativement inélastique quant au prix – c'est-à-dire qu'une modification d'un point de pourcentage du prix payé par le consommateur mène à un changement inférieur à 1 % de la consommation de médicaments. Les rapports sont d'accord en confirmant que les malades réduisent leur consommation de médicaments au fur et à mesure qu'augmentent leurs déboursés. Le plus important a été de constater que la réduction par le malade de sa consommation de médicaments a l'effet désiré de réduire la consommation de médicaments non essentiels, mais elle a l'effet parallèle d'agir de manière significative sur la consommation de médicaments essentiels.<sup>15</sup> Étant donné que le consommateur ne dispose pas des informations nécessaires pour distinguer entre la consommation essentielle et la consommation non essentielle de médicaments, une politique de partage des coûts, bien qu'elle mette un frein à la consommation, peut agir dans le mauvais sens et restreindre la consommation essentielle. Cette approche s'avère donc un outil de politique peu sophistiqué.

Quelle que soit l'approche adoptée, une large proportion des économies effectuées par le contrôle du coût des ordonnances se fait par une augmentation de la consommation de médicaments génériques. Toute tentative de réduire les dépenses en médicaments devrait mettre en place des motivations pour encourager l'emploi de médicaments génériques afin de profiter du coût moins élevé des génériques – de l'ordre de 23 % à 37 % – pour atteindre des soins médicaux d'une qualité équivalente.

Il est possible de tirer d'autres conclusions générales. Premièrement, les recherches indiquent qu'un changement des habitudes de consommation du malade dépend aussi bien du comportement du médecin que du comportement du malade lui-même. Deuxièmement, la plupart des recherches confirment que les effets du partage des coûts varient considérablement à travers les différents groupes de notre société.

Finalement, et ceci est peut-être la leçon la plus précieuse qui découle de toute la littérature: il est essentiel, au moment d'introduire des changements au système de partage des coûts, de concevoir et d'implanter des mécanismes fondés sur une base scientifique solide pour mesurer leurs effets et leur efficacité. Ces évaluations doivent aussi tenir compte du fait que les résultats à court terme et à long terme ne seront pas identiques. Tamblyn *et al.* [1998] et Blais *et al.* [1997] ont observé un effet à court terme du programme: le stockage de médicaments un mois avant l'entrée en

vigueur du régime. Les planificateurs ainsi que les chercheurs dans ce domaine doivent procéder soigneusement pour s'assurer que les mesures conçues pour faire des économies dans le coût des médicaments soient efficaces dans ce sens qu'elles comprennent aussi des évaluations adéquates des effets pour le système plus large de soins à la santé.

## □ Bibliographie

- Blais, L., Couture, J., Rahme, E., et Le Lorier, J. «Évaluation de l'impact du régime général d'assurance médicaments sur la consommation de médicaments.» *L'Actualité médicale* (décembre 1997).
- Bloor, K. et Freemantle, N. «Lessons from International Experience controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors.» *British Medical Journal*, Vol. 312, p. 1525-1527.
- Burstall, M. «Copayments for Medicines: How Much Should Patients Pay?» *PharmacoEconomics*. Vol. 6 (sept 1994), p. 187-192.
- Castonguay, C., Borgeat, L., Champigny-Robillard, L., Leclerc, D., et Morin, Y. *L'Assurance médicaments: des voies de solution*. Rapport du comité d'experts sur l'assurance médicaments. 1996.
- Col, N., Fanale, J.E., et Kronholm, P., «The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly.» *Archives of Internal Medicine*. Vol. 150 (avril 1990), p. 841-845.
- Collège des médecins du Québec. *Mémoire à l'égard du projet de loi 33, présenté à la Commission des Affaires sociales*. 4 juin 1996.
- Connolly, M. et Pickard, S. «The effects of BC's reference-based pricing of oral nitrates on health care costs & indicators of health status.» *PharmacoEconomic News*. (avril 1999), p. 4.
- Conseil de la santé et du bien-être du Québec. *Mémoire sur le projet de loi 33 présenté à la Commission parlementaire des affaires sociales*. 5 juin 1996.
- Coulson, N.E., et Stuart, B.C. «Insurance choice and the demand for prescription drugs.» *Southern Economic Journal*. Vol. 61 No. 4. (avril 1995), p. 1146-1157.
- Coulson, N.E., Terza, J.V., Neslusan, C.A., Stuart, B.C. «Estimating the Moral-Hazard Effect of Supplemental Medical Insurance in the Demand for Prescription Drugs by the Elderly.» *AEA Papers and Proceedings*, 1995. Vol. 85, No. 2.
- Dingwall, D.C. *Coût des médicaments au Canada*. (Ottawa: Ministère de la santé). Mars 1997.
- Foxman, Valdez, Lohr, Goldberg, Newhouse, et Brook. «The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial.» *Journal of Chronic Disease*, Vol. 40, No. 5. (1987), p. 429-437.
- Freemantle, N., et Bloor, K. «Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditures I: Influencing patients.» *British Medical Journal*. Vol. 312 (1996), p. 1469-1471.

- Gardner, L.B., Javitz, H.S., et Racine, B.P. *Pharmaceutical Use and Cost Among Insured Elderly*. Agency for Health Care Policy and Research (mars 1997).
- «Gesetzliche Krankenversicherung» à <http://www.bmgesundheit.de/gkv/ueberbl/ubersi2.htm> Janvier 1999.
- «Gesundheit bleibt bezahlbar» à <http://www.cducusu.bundestag.de/texte/csu/gesund.htm>. CDU/CSU-Bundestagsfraktion. 1997.
- Gross, D.J., Ratner, J., Perez J., Glavin S.L. «International Pharmaceutical Spending Controls: France, Germany, Sweden and the United Kingdom.» *Health Care Financing Review*, 1994.
- Grymonpre, R.E., Mitenko, P.A., Sitar, D.D., Aoki, F.Y., et Montgomery, P.R. «Drug associated hospital admission in older medical patients.» *Journal of the American Geriatric Society*. Vol. 36 (décembre 1988), p. 1092.
- Harris, B.L., Stergachis, A., et Ried, D. «The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization.» *Medical Care*. Vol. 28, No. 10 (octobre 1990).
- Hillman, A., Pauly, M., Escarce, J., Ripley, K., Gaynor, M., Clouse, J., et Ross, R. «Financial Incentives and Drug Spending in Managed Care.» *Health Affairs*. Vol. 18, No. 2 (mars/avril 1999).
- Hong, S.H., et Shepherd, M.D. «Outpatient Prescription Drug Use by Children Enrolled in Five Drug Benefit Plans.» *Clinical Therapeutics*. Vol. 18, 3 (1996).
- Hughes, David. «General practitioners and the new contract: promoting better health through financial incentives.» *Health Policy*. Vol. 25, No. 1 (1993), p. 30-50.
- Hux, J. et Naylor, C.D. «Drug Prices and Third Party Payment: Do they influence Medication Selection?» *PharmacoEconomics*. Vol. 5, No. 4 (1994), p. 343-350.
- Liebowitz, Manning et Newhouse. «The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing.» *Social Science and Medicine*. Vol. 21, No. 10 (1985), p. 1063-1069.
- Lindsey, Robin et Douglas S. West. *National Pharmacare, Reference-Based Pricing, and Drug R & D: A Critique of The National Forum on Health's Recommendations For Pharmaceutical Policy* (Edmonton, AB: Institute for Pharmaco-Economics). Working paper 98-3, 1998.
- Martin, Michel. «Quebec employs user-pay philosophy in launching drug-insurance plan.» *Journal de l'Association médicale canadienne*. 1996 155, p. 1604-1605.
- Morgan, Steve. «Quebec's drug insurance plan: a prescription for Canada?» Discussion Paper HPRU 98:2d (Vancouver, BC: University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research, Health Policy Research Unit). Février 1998.
- Newhouse, Joe and the Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. (Cambridge MA: Harvard University Press) 1993.
- Ordre des pharmaciens du Québec. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos de la problématique des coûts et de l'utilisation des médicaments au Québec*. 5 mars 1996.

- Ordre des pharmaciens du Québec. *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos du projet de loi 33 – Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives*. 3 juin, 1996.
- Protecteur du citoyen, Assemblée nationale du Québec. *27e Rapport annuel 1996-97: Pour un État responsable*. 1997. Accès au <http://www.ombuds.gouv.qc.ca/> le 23 février 1999.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). *Rapport d'activités – Régime général d'assurance médicaments 1996-1997*. 1997.
- Rhéault, Sylvie. *La gestion des coûts des médicaments au Québec: Évaluation des interventions gouvernementales québécoises et canadiennes*. Document de support, Direction de la Recherche et de l'Évaluation. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Avril 1998.
- Ryan, M., et Yule, B. «The way to economic prescribing.» *Health Policy*. Vol. 25, No. 1 (1993), p. 25-38.
- Soumerai, S.B., Ross-Degnan, D., Avorn, J., McLaughlin, T.J., Choodnovskiy, I. «Effects of Medicaid drug-payment limits on admissions to hospitals and nursing homes.» *New England Journal of Medicine* Vol. 325, No. 15 (10 oct. 1991) p. 1072-1077.
- Smith, D.G. «The Effects of Copayments and Generic Substitution on the Use and Costs of Prescription Drugs.» *Inquiry*. Vol. 30, p. 189-198.
- Smith, D.G., et Kirking, D.M. «Impact of Consumer Fees on Drug Utilization.» *PharmacoEconomics*. Vol. 2, No. 4 (1992), p. 335-342.
- Stuart, B., Grana, J. «Ability to pay and the decision to medicate.» *Medical Care*, Vol. 36, No. 2 (fév. 1998), p. 202-211.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Mayo, N., Abrahamowicz, M., Mallet, L., Grad, R., McLeod, P., Huang, A., Latimer, E., Hurley, J., Larochelle, P., Perreault, R., Assal, E., Reid, T., et Scott, S. «Évaluation de l'impact du Régime général d'assurance médicaments.» Rapport présenté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Décembre 1998.
- Waldo, D.R. «Estimating the cost of a Medicare outpatient prescription drug benefit.» *Health Care Financing Review*. Vol. 15, No. 3 (printemps 1994), p. 103-112.
- Weiner, J.P., Lyles, A., Steinwachs, D.M., et Katherine Hall, K.C. «Impact of Managed Care on Prescription Drug Use.» *Health Affairs* Vol. 10, No. 1 (printemps 1991), p. 140-154.

## □ Notes

1 La définition de «coassurance» dans cette étude correspond à celle employée dans notre rapport; la franchise est la contribution payée annuellement par individu ou par famille.

2 Dans ce programme, le patient porte une carte, ce qui allège le fardeau administratif (il n'a pas besoin de garder ses reçus, etc.). Il n'y a aucune restriction par liste de médicaments ni de limite au nombre d'ordonnances exécutées.

3 D'un groupe de 6 502 personnes âgées, 4 508 ont répondu à des questions sur leurs caractéristiques démographiques, leur état de santé, leur assurance et leur consommation de médicaments pendant une période de deux semaines. Les taux de consommation de médicaments ont été comparés et justifiés contre les taux obtenus dans le National Medical Expenditure Survey.

4 Par exemple, des contrôles pour le revenu, le nombre de médecins, le nombre de nouvelles demandes de bénéfiques pour maladie ou pour invalidité (comme indication de morbidité), et l'emploi d'une liste de médicaments.

5 Le Régime général d'assurance médicaments au Québec, implanté en deux étapes à partir du 1<sup>er</sup> août, 1996, a d'abord exigé une plus grande participation financière de la part des bénéficiaires d'anciens programmes d'assurance médicaments (personnes âgées et prestataires de la sécurité du revenu) et, par la suite, a rendu obligatoire l'assurance médicaments pour tous les résidents de la province pour la couverture de tout médicament inscrit sur la «Liste des médicaments» [Morgan, 1998].

6 Les données portaient sur l'admissibilité au régime des participants, leur niveau de scolarité, leur régime d'assurance-revenu, leur consommation de médicaments, leur utilisation des services de santé (visites médicales ambulatoires, hospitalisation, admission en CHSLD) et les décès.

7 D'après l'étude, ce sont «les femmes, les personnes plus âgées, et les personnes à niveau inférieur de scolarisation et d'éducation qui avaient tendance à consommer plus de médicaments.»

8 L'arrêt des corticostéroïdes peut entraîner «... de graves conséquences pour la santé du malade et peut rendre nécessaire, dans certains cas, une visite à l'urgence ou une hospitalisation pour l'asthme décompensé.»

9 Au début de l'étude, en 1988, la coassurance était de 5,00 \$ US par ordonnance. En 1989, la part du malade a été augmentée jusqu'à 8,00 \$ pour les génériques ou 10,00 \$ pour les médicaments brevetés. Ces coassurances ont été augmentées à 10,00 \$ et 15,00 \$ respectivement au début de 1993. Un an après, les bénéfices pharmaceutiques de ce programme ont changé d'une façon radicale avec l'introduction d'une coassurance de 50 % du paiement permis par ordonnance, jusqu'à un plafond de 50,00 \$ par ordonnance.

10 La majorité des participants habite l'État d'Oregon où une loi adoptée en 1979 permet au pharmacien de substituer à un médicament breveté un médicament générique. La loi a été révisée à plusieurs reprises après 1983, mais de manière restreinte. Voir *Oregon Revised Statutes* 689.515.

11 Ces chercheurs définissent de façon assez large les mots «discrétionnaire» et «essentiel» en termes de catégorie thérapeutique: les médicaments essentiels seraient les anti-hypertenseurs, les agents cardiaques, les agents diabétiques et les agents thyroïdes. Les médicaments discrétionnaires seraient les analgésiques, les AINS, les produits contre le rhume et le toux, et les relaxants musculaires squelettiques. Il paraît que, dans le concept de cette étude, le soulagement de la douleur est considéré comme non essentiel.

12 Les chercheurs ont aussi examiné en particulier les consommateurs de médicaments pour le traitement de six maladies chroniques – maladie mentale, problèmes cardiaques, asthme, risque d'embolie, épilepsie, diabète. Des réductions de consommation dans toutes les catégories chez les personnes âgées ainsi que chez les prestataires de la sécurité du revenu ont été associées au régime. Pour les personnes âgées, la réduction de la consommation de médicaments a été associée à 340 événements indésirables supplémentaires (hospitalisations, admissions en CHSLD ou décès) pour les personnes souffrant d'une maladie mentale et à 982 événements indésirables supplémentaires pour les personnes souffrant des cinq autres conditions observées. Pour les prestataires de la sécurité du revenu, on a observé 1 276 événements indésirables supplémentaires associés à une réduction de la consommation de médicaments pour les maladies mentales et 973 de tels événements associés à une réduction de la consommation de médicaments pour les autres maladies chroniques étudiées.

13 Les médecins étaient encouragés à prescrire des produits génériques lorsque cela s'avérait approprié et ils ont reçu des rapports sur leurs résultats. Les médecins dont les habitudes de prescription différaient de celle de leurs pairs ont été encouragés à les modifier.

14 Les contributions pour les visites au médecin ont aussi réduit les dépenses pour médicaments, mais à un moindre degré. Ce résultat est significatif pour les populations du plan APi ainsi que du plan à réseau-HMO.

15 Puisque les effets des franchises et des plafonds de contribution ont été moins étudiés que les modalités plus répandues de contribution et de coassurance, des conclusions sur ces aspects du partage des coûts ne sont pas appuyées, pour la plupart, par des preuves empiriques.

# LA GESTION DES FORMES DE DISTRIBUTION DANS L'ASSURANCE PAR L'ARBITRAGE CONTRÔLE — INCITATION : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE SUR DONNÉES FRANÇAISES

par Fabrice Roth

## RÉSUMÉ

Le choix de la forme de commercialisation est étudié sous l'angle de la théorie des coûts de transaction. Un raisonnement d'arbitrage entre coûts de contrôle et coûts d'incitation est conduit sur chaque attribut de la transaction. L'étude empirique, effectuée par questionnaire sur des données françaises, repose sur un modèle de Zellner. Les résultats confirment que les caractéristiques de la transaction influencent de façon significative le pourcentage de chiffre d'affaires réalisé avec des formes intégrées de distribution. En particulier, l'incertitude joue un rôle important. En revanche, le recours aux autres formes est faiblement expliqué par le modèle. Ces résultats montrent ainsi l'importance d'analyser l'histoire d'une relation contractuelle («path dependency») et d'approfondir le lien entre la transaction étudiée et les transactions associées («governance inseparability»).

*Mots clés* : Théorie des coûts de transaction, choix d'une forme de distribution d'assurance.

## ABSTRACT

*The choice of insurance distribution system is examined from a transaction cost analysis perspective. We discuss the tradeoffs between the control costs and incentive costs of vertical integration on each transaction cost variable. We use a Zellner model on French data to test our propositions. Our results confirm that transaction cost theory is a very useful framework for understanding the vertical integration decisions. And more precisely, uncertainty appears to be the more relevant variable. However, our model can not explain the choice of other forms of distribution. We assume that this phenomena presents some aspects of "path dependency" and "governance inseparability". That is why we think the different transactions have to be studied together and in an historical perspective.*

*Key words* : Transaction cost theory, choice of insurance distribution system.

## L'auteur :

Fabrice Roth est maître de conférences à l'Université Strasbourg.



## ■ INTRODUCTION

Dans le secteur financier en général et le secteur de l'assurance en particulier, de multiples formes de distributions (agents indépendants, agents exclusifs, courtiers, salariés producteurs...) coexistent, malgré des coûts de production différents. L'explication d'une telle situation est depuis longtemps l'objet de nombreux débats dans la recherche académique et trouve des prolongements à un niveau professionnel. La théorie économique prédit en effet que, sur le long terme, et sur des marchés concurrentiels, les entreprises qui proposent une technologie inefficace à un coût supérieur au coût marginal de production sont condamnées à disparaître. La coexistence sur une longue période de techniques différentes pour assurer la même fonction de commercialisation pose donc un problème.

À partir de cette proposition générale, deux courants s'opposent pour expliquer cette situation. Le premier soutient l'hypothèse d'une imperfection des marchés. Les agents indépendants continueraient d'exercer sur les marchés d'assurance en proposant les mêmes services que les autres intermédiaires grâce notamment à une réglementation favorable (Joskow, 1973 ; Cummins et VanDerhei, 1979 ; Weiss, 1990) et à une mauvaise circulation de l'information (Berger et *al.*, 1989). Le deuxième courant avance que les coûts de production plus élevés des agents indépendants sont la conséquence d'une meilleure qualité de service : assistance en cas de problème, choix plus important de contrats, réduction des coûts de recherche (Pauly et *al.*, 1986 ; Kim et *al.*, 1996 ; Regan et Tennyson, 1996). Finalement, cette hypothèse considère que les fonctions assurées par les intermédiaires sont différentes.

Pour légitimer l'hypothèse d'une imperfection des marchés, de nombreuses études empiriques montrent que le coût des agents indépendants est supérieur à celui des agents exclusifs (Joskow, 1973 ; Cummins et VanDerhei, 1979 ; Barrese et Nelson, 1992 ; Regan, 1993). De plus, certaines études contradictoires ont échoué à justifier des coûts plus importants par une meilleure qualité de service (Cummins et Weisbart, 1977 ; Doeringhaus, 1991). Toutefois, les résultats de Berger et *al.* (1997) confirment cette dernière hypothèse. Par ailleurs, le cadre de la théorie des contrats incomplets permet d'établir un lien entre le degré de complexité des produits, le niveau d'incertitude de l'environnement et le recours à des formes indépendantes de distribution (Regan, 1997 ; Roth, 1997).

La portée pratique de cette réflexion est importante. Toutes les compagnies d'assurances généralistes utilisent en effet plusieurs



formes de distribution pour se positionner sur les différents segments de marché. Par ailleurs, l'organisation fonctionnelle de nombreux groupes d'assurances privilégie une approche par réseau de distribution. Enfin, les frais de gestion et d'acquisition des contrats représentent une part importante des coûts de production des assureurs (70 % environ en moyenne dans la branche dommages en 1994). Aussi, disposer d'une grille d'analyse permettant de lier les formes de distribution concurrentes aux caractéristiques principales des contrats d'assurance représente un enjeu financier considérable.

Nous proposons dans ce travail une vérification empirique de la théorie des coûts de transaction (TCT) appliquée à la gestion des formes de distribution dans l'assurance, dans la continuité des travaux de Regan (1997). Notre étude se fonde sur l'exploitation d'un questionnaire envoyé aux principales compagnies d'assurances françaises. La discussion porte principalement sur l'arbitrage entre coûts de contrôle et coûts d'incitation, suivant le cadre d'analyse proposé par Williamson (1985, 1991).

Le raisonnement de la TCT est tout d'abord appliqué au cas des formes de distribution dans l'assurance (partie 1). Nous présentons ensuite les principales propositions testables selon les attributs de la transaction (partie 2). La méthodologie employée, les variables utilisées, les tests et les résultats sont ensuite présentés (partie 3).

## ■ I. LA TCT APPLIQUÉE AU CAS DE L'ASSURANCE

Pour la TCT, la forme d'organisation optimale est celle qui minimise la somme des coûts de production et de transaction. Les coûts de transaction varient principalement avec le niveau d'incertitude et la fréquence des transactions, en présence d'investissements en actifs spécifiques. La principale proposition de la théorie est que, comme les contrats sont nécessairement incomplets, les parties concernées peuvent subir l'opportunisme des autres parties, lorsque des investissements spécifiques sont engagés comme supports à la transaction. L'intégration verticale réduit les coûts de transaction, en sauvegardant les investissements en actifs spécifiques. Toutefois, l'intégration verticale change également les incitations des parties en présence. Les coûts de l'intégration

verticale doivent alors être mis en rapport avec les bénéfices tirés d'une amélioration de l'efficacité productive. Le principal coût lié à l'intégration verticale est qu'il change les incitations des partenaires à participer à la transaction. En bref, un salarié ne possède pas les mêmes incitations à maximiser le profit qu'un agent indépendant. Ce raisonnement classique en termes de contrôle et d'incitation est résumé dans le tableau 1.

Dans la TCT, pour déterminer la forme d'organisation optimale, les transactions sont caractérisées par les dimensions suivantes : la fréquence, l'incertitude et la spécificité des actifs. Williamson (1985) distingue l'incertitude environnementale et l'incertitude comportementale. L'incertitude environnementale est liée à la notion d'incomplétude contractuelle. Il est ainsi impossible de prévoir tous les cas de figure pouvant affecter les relations entre deux parties. Cette incomplétude crée des possibilités de comportement opportuniste dont la gestion est coûteuse (frais de procédure par exemple). L'incertitude comportementale se réfère à la difficulté de vérifier que la partie contractante respecte les clauses du contrat. Par exemple, l'effort que produit un vendeur ne peut être observé, seul son résultat l'est. Par ailleurs, les actifs sont spécifiques à une transaction lorsque leur valeur de marché diminue sensiblement en dehors de la relation considérée.

Une entreprise d'assurances peut recourir aux services de plusieurs types d'agents pour assumer la fonction de commercialisation : courtier, agent général ou salarié. La propriété du portefeuille de clientèle est un critère tangible de niveau d'intégration et permet d'identifier les trois formes d'organisation de Williamson

**TABLEAU I**  
**CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTES FORMES**  
**D'ORGANISATION**

Dimensions d'analyse	Marché	Mode hybride	Hiérarchie
Instruments			
Contrôle	0	+	++
Incitation	++	+	0
Type d'efficacité			
Adaptation (A)	++	+	0
Adaptation (C)	0	+	++
Source : Williamson (1991)			

(1985, 1991) : marché, hiérarchie et forme hybride. La propriété d'un actif donne en effet un droit de contrôle sur l'utilisation de cet actif et un droit sur le résidu tiré de l'exploitation de cet actif. Dans ce cadre, le courtier, commerçant mandaté par les assurés, est propriétaire de son fonds de commerce. Pour l'entreprise d'assurances, il représente un recours au marché pour assurer la fonction de commercialisation. L'agent d'assurances est mandataire de la compagnie d'assurance. Le droit de contrôle que possède la compagnie sur l'utilisation du portefeuille de clientèle limite le droit de propriété de l'agent. C'est un mode hybride d'organisation de la transaction. Enfin, le salarié est soumis au contrôle hiérarchique de l'entreprise. Dans ce cas, la fonction commerciale est intégrée à l'entreprise.

Les avantages de l'intégration verticale sont de plusieurs ordres. L'intégration permet de prévenir les comportements de passager clandestin sur les investissements en actifs spécifiques (Klein et *al.*, 1978 ; Masten, 1984). Elle permet également d'augmenter la compatibilité des incitations entre les partenaires (Williamson, 1985 ; Heide et John, 1988). Par contre, le recours à une forme hiérarchique augmente les coûts bureaucratiques. De plus, et c'est une dimension importante dans cette analyse, la forme hiérarchique augmente les coûts associés au changement des incitations entre les partenaires. En effet, l'agent indépendant, propriétaire du portefeuille de clientèle, est le principal créancier résiduel. Il est donc plus incité à entreprendre des activités qui maximisent sa fonction d'utilité. Si cet agent devenait le salarié d'une entreprise, les incitations à fournir des efforts seraient réduites. Toutefois, tous les contrats ne requièrent pas que les agents aient de fortes incitations à fournir des efforts dans l'acte de commercialisation. Plusieurs formes de distribution peuvent donc coexister dans l'assurance. Mais celles-ci devraient correspondre à des segments de marché différents.

De nombreux articles ont examiné le choix d'un système de distribution dans l'assurance dans le cadre de la théorie des contrats incomplets. Le recours à des agents exclusifs a été expliqué comme une méthode permettant de prévenir les comportements de *free-riding* sur les investissements publicitaires des assureurs (Marvel, 1982 ; Grossman et Hart, 1986). Regan et Tennyson (1996) mettent en relief le rôle stratégique des agents dans la collecte d'information permettant de cerner le profil de risque des assurés. Regan (1997), dans le cadre de la TCT, montre empiriquement que les agents indépendants possèdent un avantage-coût lorsque les produits sont complexes, l'incertitude environnementale importante et

les investissements spécifiques, tels les dépenses de publicité, peu élevés.

L'étude que nous proposons s'inscrit dans cette voie de recherche. Plus précisément, nous étendons l'analyse de Regan (1997) et des travaux précédents (Roth, 1997) dans deux directions. La première a trait aux conséquences des caractéristiques d'une transaction sur le degré d'intégration de la forme de distribution. Nous relions tout d'abord la notion de complexité à l'incertitude comportementale. Par ailleurs, nous intégrons comme élément de discussion la fréquence des relations contractuelles. Enfin, la spécificité des actifs est étudiée sous l'angle de l'investissement en capital humain, qui représente une dimension importante dans le secteur (Regan, 1997). La deuxième direction concerne la nature des données utilisées. Les informations collectées par questionnaire permettent de lier le degré d'intégration de la commercialisation à la perception qu'ont les responsables de l'entreprise de la nature d'une transaction.

## ■ 2. ATTRIBUTS DE LA TRANSACTION ET GESTION DE LA DISTRIBUTION

### □ 2.1 L'incidence de l'incertitude comportementale et environnementale

L'activité d'assurance conduit à un flux financier fondé sur des engagements contractuels réciproques entre le souscripteur et l'entreprise d'assurances. Or, l'acte de commercialisation s'effectue dans un contexte global d'asymétrie d'information et génère des phénomènes de sélection adverse et de risque moral. Une des tâches principales d'un assureur est de déterminer la classe de risque d'un candidat à l'assurance. L'assureur peut assumer directement cette tâche en utilisant différents indicateurs. Toutefois, plus les risques sont complexes, plus le nombre d'indicateurs requis pour évaluer correctement le profil de risque du souscripteur devient important. L'acte d'assurance génère alors une incertitude comportementale forte. Le coût de gestion d'une telle procédure de sélection augmente donc avec la complexité du contrat.

L'assureur, par le biais de l'intermédiaire chargé de la commercialisation, peut obtenir des informations supplémentaires sur le profil de risque du souscripteur. En effet, celui-ci représente le

premier contact de l'assureur avec le souscripteur, et peut disposer d'informations tangibles sur ce dernier, que l'assureur trouvera coûteux de vérifier.

S'il est efficace de se reposer sur un agent pour obtenir cette information (cas des contrats complexes), l'agent indépendant présente deux types d'avantages. Premièrement, puisque l'agent indépendant négocie avec plus d'un assureur, l'effort de classification entrepris par l'agent sur un candidat à l'assurance peut être capitalisé. Lorsqu'un candidat ne convient pas à un assureur, l'agent indépendant peut placer le souscripteur auprès d'un autre assureur. L'agent exclusif ne dispose pas de cette possibilité. Comme un contrat d'assurance complexe augmente la possibilité que le candidat soit rejeté, l'effort entrepris pour cerner le profil de risque du souscripteur apparaît plus risqué.

Deuxièmement, la classification du risque dans la période courante affecte la rémunération perçue sur le contrat dans le futur. Or, l'agent indépendant possède la propriété du portefeuille de clientèle, il est donc incité à valoriser ce fonds de commerce (Barrese et Nelson, 1992). Cette situation lui permet donc de récupérer une partie des gains futurs associés à une décision d'assurance correcte. De plus, comme l'information concernant le profil de risque de l'assuré se complète progressivement, un assureur a tout à gagner à maintenir une relation de long terme avec les souscripteurs profitables. Un agent indépendant peut négocier une partie des gains futurs en menaçant de conseiller à ses clients profitables de changer d'assureur. En ce sens, les commissions de première année peuvent jouer un rôle important en l'incitant à réorienter les renouvellements vers les assureurs les plus généreux. Dans ce cas, propriétaire des droits de renouvellement des contrats d'assurance, l'agent indépendant capte la rente de l'information privée qu'il détient sur ses clients (D'Arcy et Doherty, 1990). Les agents exclusifs ne peuvent pas utiliser cette stratégie et sont donc moins incités à fournir des efforts pour classer les souscripteurs. Ainsi, lorsqu'il est important que l'intermédiaire participe à la collecte d'informations pour cerner le profil de risque du souscripteur, le système de l'agent indépendant est préférable. Cette participation active de l'agent apparaît particulièrement nécessaire lorsque la complexité des produits augmente. Le système des agents indépendants est donc préférable pour les actes d'assurance complexes, qui génèrent une forte incertitude comportementale. Nous avançons donc la proposition 1a :

*Proposition 1a* : le volume d'affaires généré avec les formes intégrées de distribution devrait diminuer avec le degré d'incertitude comportementale. Inversement, le volume d'affaires généré avec la forme courtage devrait augmenter avec le degré d'incertitude comportementale.

Dans l'assurance, l'incertitude environnementale est fonction des changements non anticipés dans l'environnement réglementaire et judiciaire, les taux d'intérêt et la demande. Les modifications dans l'environnement peuvent avoir des conséquences importantes sur la rentabilité des contrats d'assurance. En effet, les assureurs calculent les primes à partir de données actualisées. Lorsque l'environnement économique et la réglementation sont instables, les anticipations et les ajustements sont dès lors plus difficiles à réaliser.

La gestion de l'incertitude environnementale n'aboutit pas aux mêmes prescriptions que pour l'incertitude comportementale. En effet, une entreprise d'assurances a la possibilité de diversifier le risque qu'elle subit au niveau de la gestion de la distribution, en intervenant sur plusieurs segments de marché. Les effets de l'incertitude d'ordre comportemental sont donc beaucoup plus sévères pour l'agent, ce qui conduit à la proposition 1a. Par contre, le raisonnement s'inverse dans le cas d'une incertitude d'ordre environnemental. Comme nous venons de le voir, les perturbations dans l'environnement affectent sérieusement les entreprises d'assurances, alors que les agents indépendants ont la possibilité de diversifier plus facilement leur portefeuille de contrats (Regan, 1997). Dans ce cas, l'entreprise d'assurances est soumise à un risque d'opportunisme fort de la part de l'agent indépendant. L'intégration verticale de la commercialisation permet alors par exemple de contrôler cette possibilité qu'a l'agent d'exploiter les efforts promotionnels de la compagnie (Grossman et Hart, 1986 ; Klein et al., 1978). Aussi, un niveau d'incertitude environnementale élevé devrait provoquer de la part de l'entreprise d'assurances une décision d'intégration de la fonction de commercialisation. Nous avançons donc la proposition 1b :

*Proposition 1b* : le volume d'affaires généré avec les formes intégrées de distribution devrait augmenter avec le degré d'incertitude environnementale. Inversement, le volume d'affaires généré avec la forme courtage devrait diminuer avec le degré d'incertitude environnementale.



## □ 2.2 Spécificité et forme de distribution

Le degré de spécificité des actifs servant de support à une transaction représente l'attribut clé permettant d'expliquer le choix d'un arrangement contractuel. Comme nous l'avons souligné plus haut, nous retenons ici la notion de capital humain. Le degré de spécificité du capital humain est variable suivant le type de produits commercialisés. Par exemple, vendre un contrat d'assurance-vie à un particulier ne requiert pas les mêmes compétences et la même expérience que l'élaboration d'un contrat d'assurance pour une entreprise spécialisée dans le transport des produits chimiques. Dans ce dernier cas, l'équipe chargée de la commercialisation a besoin d'une connaissance approfondie du secteur et du processus d'exploitation de l'entreprise. L'investissement humain réalisé devient spécifique dans la mesure où il est non exploitable en dehors de cette relation particulière. Lorsqu'une transaction nécessite une compétence particulière, une entreprise d'assurances investit fortement sur des compétences spécifiques. Elle se trouve donc soumise au comportement opportuniste des agents indépendants et risque de ne pouvoir rentabiliser les investissements en capital humain effectués pour être présente sur un segment de marché particulier. Pour éviter cette situation, elle est incitée à contrôler l'acte de commercialisation. Des investissements en capital humain spécifique élevés devraient donc augmenter la probabilité d'observer une forme de distribution intégrée. Nous avançons donc la proposition 2 :

*Proposition 2* : le volume d'affaires généré avec les formes intégrées de distribution devrait augmenter avec le degré d'investissement en capital humain réalisé par l'entreprise. Inversement, le volume d'affaires généré avec la forme courtage devrait diminuer avec le degré d'investissement en capital humain réalisé par l'entreprise.

## □ 2.3 Fréquence et forme de distribution

Le raisonnement précédent est également applicable à l'étude de la relation entre la fréquence de la transaction et le choix d'une forme de distribution. Par contre, cette dimension dépend fortement du degré de spécificité des actifs. Lorsque la durée effective des contrats est faible, l'agent chargé de la commercialisation est conduit à intervenir fréquemment pour acquérir ou renouveler les contrats. La fréquence de la transaction accentue dans ce cas l'influence de la spécificité des actifs. Par contre, si la relation

considérée ne nécessite aucune compétence particulière, la transaction s'apparente à un acte répétitif, pour lequel la minimisation des coûts de production est primordiale. Lorsque l'entreprise d'assurances supporte des investissements en capital humain spécifiques élevés, la durée effective des contrats ne modifie pas la décision d'intégrer la fonction de commercialisation, pour se protéger des comportements opportunistes des agents. Par contre, lorsque l'opération d'assurances ne nécessite pas d'investissements spécifiques, la fréquence de transaction n'a qu'une incidence en termes de coûts de production. Dans ce cas, la partie la mieux placée pour réaliser des économies d'échelle ou de dimension devrait être propriétaire du portefeuille de clientèle. Comme nous ne pouvons pas nous prononcer sur cette dimension, nous supposons donc simplement une influence significative de cette attribut sur le choix de la forme de commercialisation. Nous avançons donc la proposition 3 :

*Proposition 3* : le volume d'affaires généré par les différentes formes de distribution devrait dépendre de la fréquence des transactions.

## ■ 3. L'ÉTUDE EMPIRIQUE

### □ 3.1 Données et méthodologie

Une mesure objective des attributs de la transaction est difficile à réaliser. L'appréciation des caractéristiques d'une transaction dépend en grande partie de l'idée que peuvent s'en faire les responsables de l'entreprise. Pour cette raison, nous privilégions une approche par questionnaire et cherchons à interroger un interlocuteur clé dans le processus décisionnel de l'organisation (John et Weitz, 1988). Nous avons choisi d'interroger, lorsque cela était possible, le responsable du marketing stratégique, dont la fonction permet d'accéder facilement aux informations clés concernant la commercialisation des contrats. Dans le secteur de l'assurance, celui-ci participe généralement aux comités de direction. Il dispose donc d'une vision globale de la stratégie.

Le questionnaire a été envoyé, au cours de l'année 1996, à environ 300 sociétés d'assurances françaises intervenant pour les deux tiers dans la branche dommages. Dans certains cas, pour des raisons de confidentialité, les informations ont été collectées de façon informelle par entretien. Après avoir éliminé les questionnaires non exploitables, notre échantillon représente 38 observations.



Sur ces 38 observations, 27 concernent la branche dommages et 11 la branche vie. Ventilé par forme de distribution et branche d'assurances, notre échantillon est globalement représentatif de la structure de distribution du secteur en France, au milieu des années 90 (tableau 2). Par ailleurs, les sociétés le constituant représentent plus de 30 % du chiffre d'affaires de l'assurance française en 1996.

Le questionnaire propose aux entreprises cinq vecteurs principaux de commercialisation (courtage, agence, salariat, guichet, vente directe), plus une catégorie résiduelle pour tenir compte des autres prescripteurs possibles. Il est demandé d'indiquer le pourcentage du chiffre d'affaires réalisé par chaque forme.

La variable dépendante se réfère au niveau d'intégration de la fonction de distribution. Nous la mesurons à partir du pourcentage de chiffre d'affaires réalisé avec les formes « salariales » de commercialisation, à savoir les catégories « salariat », « guichet » et « vente directe ».

Pour déterminer la nature de l'activité, en termes de spécificité, de fréquence et d'incertitude, des variables générales ont été construites pour permettre une analyse des formes de distribution toutes branches et toutes catégories de risques confondues (tableau 3).

Pour mesurer la notion de spécificité liée au capital humain, nous nous référons au temps de formation nécessaire à la commercialisation d'un certain type de risques. Nous posons la question suivante :

« Temps nécessaire à un nouvel embauché expérimenté pour devenir familier avec les produits, le réseau de commercialisation et les clients ? », exprimé en mois.

**TABLEAU 2**  
**VENTILATION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION**  
**DE LA BRANCHE ET DE LA FORME DE DISTRIBUTION**

	BRANCHE		Total
	Vie	Dommages	
Salariat	9	13	22
Agence	2	5	7
Courtage	0	9	9
Total	11	27	38

Cet indicateur mesure précisément la composante non transférable du niveau de compétence demandé. Il représente notre variable T. C'est une mesure classique dans les études portant sur les réseaux de distribution (John et Weitz, 1988).

L'incertitude comportementale est mesurée de deux façons. Tout d'abord, nous demandons de préciser dans quelle catégorie se situent les cibles de l'entreprise pour la forme de distribution considérée. Pour les risques d'entreprise et les contrats de groupe, nous distinguons les PME des grandes entreprises ; pour les risques de particuliers et les contrats individuels, les petits comptes des grands comptes. L'utilisation de deux tailles de cible nous permet d'homogénéiser les réponses. Nous considérons ainsi que les petits comptes et les PME représentent pour chaque catégorie de risques des cibles de faible taille et donc moins complexes que les grands comptes et les grandes entreprises. Cette variable muette (TAILLE) est dichotomique. Ensuite, nous utilisons une échelle de mesure à 5 positions à partir de l'item suivant :

« Fréquence d'innovation des produits  
faible 1 2 3 4 5 forte » (IPROD)

Suivant Grossman et Hart (1986), la fréquence d'innovation des produits détermine la nature des rapports qui s'instaure entre l'intermédiaire et la compagnie d'assurances. Lorsque la fréquence d'innovation est forte, l'entreprise éprouve des difficultés à lier la performance de son agent à un produit bien identifié. Inversement, celui-ci n'est pas certain que les efforts qu'il déploie seront rentabilisés comme il l'escomptait.

L'incertitude environnementale est mesurée selon le même système. Deux items se réfèrent à l'incertitude environnementale provenant du marché et un à celle qui trouve sa source dans l'évolution de la réglementation :

« Parts de marché stables 1 2 3 4 5 instables » (PMAR)

« Facilité à prévoir la tendance du marché  
faible 1 2 3 4 5 forte » (TMAR)

« Environnement réglementaire et législatif  
stable 1 2 3 4 5 instable » (LEG)

Enfin, la fréquence des relations contractuelles est approchée par la durée effective des contrats d'assurances (DUR). Nous demandons donc d'indiquer la durée de vie moyenne d'un contrat, durée exprimée en mois. Plus la durée de vie moyenne est importante, moins l'acte de commercialisation est supposé fréquent.

Des questions complémentaires permettent de contrôler la cohérence des réponses. En ce qui concerne le degré de spécificité des actifs humains, par exemple, nous demandons de préciser le temps de formation nécessaire à un nouvel embauché. Cette valeur doit être évidemment inférieure ou égale à celle de T, et de toutes façons, celles-ci doivent être fortement corrélées.

Par ailleurs, dans le questionnaire destiné aux sociétés d'assurances dommages, il est demandé aux personnes interrogées de juger le niveau de complexité de l'environnement juridique et de la technologie (pour les risques d'entreprises) du secteur d'activité cible.

Enfin, pour préciser la notion de fréquence des relations contractuelles, nous demandons d'indiquer le nombre moyen de manipulations d'un contrat et de juger la fréquence des sinistres.

Ces éléments complémentaires devaient permettre d'étudier plus précisément la relation entre le choix d'une forme de distribution et la nature des transactions, à l'intérieur d'une catégorie de risques. En raison d'un nombre insuffisant d'observations, ces éléments sont utilisés à titre de contrôle, et seules les variables principales décrites plus haut apparaissent dans les tests statistiques.

**TABLEAU 3**  
**MESURE ET DESCRIPTION DES VARIABLES EXPLICATIVES**

Variables	Mesures
Incertitude comportementale (P1a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille des cibles (variable muette dichotomique) (TAILLE)</li> <li>• Fréquence d'innovation des produits (échelle de 1 à 5) (IPROD)</li> </ul>
Incertitude environnementale (P1b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité des parts de marché (échelle de 1 à 5) (PMAR)</li> <li>• Difficulté à prévoir la tendance du marché (échelle de 1 à 5) (TMAR)</li> <li>• Instabilité de l'environnement réglementaire et législatif (échelle de 1 à 5) (LEG)</li> </ul>
Capital humain spécifique (P2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps nécessaire à un nouvel embauché expérimenté pour devenir familier avec les produits, le réseau de commercialisation et les clients, exprimé en mois (T)</li> </ul>
Fréquence (P3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de vie moyenne des contrats, exprimée en mois (DUR)</li> </ul>

Pour tester l'incidence de la nature des transactions sur la gestion de la distribution, nous utilisons un modèle de parts ou modèle de Zellner. En effet, la plupart des entreprises utilisent de manière complémentaire plusieurs formes de distribution. Ce type de modèle, qui repose sur un système d'équations multiples, permet ainsi d'étudier la structure des parts de chiffres d'affaires réalisés avec les différentes formes en fonction des attributs de la transaction.

Le modèle peut donc être présenté de la façon suivante :

$$\text{Part}_i = \text{cte} + a_{1i}(\text{TAILLE}) + a_{2i}(\text{IPROD}) + a_{3i}(\text{PMAR}) \\ + a_{4i}(\text{TMAR}) + a_{5i}(\text{LEG}) + a_{6i}(\text{T}) + a_{7i}(\text{DUR})$$

Avec  $i = 1, 2$  ou  $3$  puisque nous avons 3 formes de distribution.

À partir de ces éléments, nous pouvons établir un tableau résumant l'effet attendu des variables explicatives sur le niveau d'intégration de la fonction de distribution, c'est-à-dire la part du chiffre d'affaires réalisé avec la forme salariale (tableau 4). De façon symétrique, l'effet attendu sur la part de chiffre d'affaires réalisé avec la forme courtage doit être de signe opposé.

Par exemple, plus la taille des cibles est importante, plus la part du chiffre d'affaires réalisé avec une forme intégrée de distribution devrait être faible. Par contre, plus l'environnement réglementaire et législatif paraît instable, plus la part du chiffre d'affaires réalisé avec une forme intégrée de distribution devrait être forte.

**TABLEAU 4**  
**L'EFFET ATTENDU DES VARIABLES EXPLICATIVES SUR**  
**LA PART DE CHIFFRE D'AFFAIRES RÉALISÉ AVEC**  
**LES FORMES INTÉGRÉES DE DISTRIBUTION**

	Variables	Effet
P1a	TAILLE	-
	IPROD	-
P1b	PMAR	+
	TMAR	+
	LEG	+
P2	T	+
P3	DUR	indéterminé

### 3.2 Tests et résultats

L'analyse de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson montre que la branche est positivement corrélée avec la durée des contrats (DUR). Logiquement, les contrats d'assurance-vie ont une durée de vie moyenne supérieure à celle des contrats d'assurance dommages. De même, le type de risques est corrélé avec la taille des cibles (TAILLE) et le temps de formation nécessaire, que celle-ci soit spécifique (T) ou non spécifique. Autrement dit, les risques d'entreprise dans l'assurance dommages et les contrats groupe dans l'assurance-vie requièrent un temps de formation important et concernent plutôt les grandes entreprises et les grands comptes.

Compte tenu des propositions avancées, nous présentons les résultats des régressions sur les parts des formes extrêmes de distribution, c'est-à-dire les formes intégrées (PART1) et la forme courtage (PART3). Avec le modèle utilisé, les coefficients de la forme agence (PART2) peuvent être déduits de ceux des deux autres formes : la somme des coefficients pour chaque variable est en effet égale à 0.

Nous constatons tout d'abord la significativité des deux régressions (tableau 6a). Par contre, les tests effectués sur chaque variable donnent des résultats contrastés (tableau 6b).

Globalement, les caractéristiques de la transaction exercent une influence significative sur le pourcentage de chiffre d'affaires généré avec les formes intégrées de distribution mais, dans le même temps, la structure des parts de chiffre d'affaires ne peut être expliquée par la théorie.

Pour PART1, les coefficients de TAILLE et IPROD sont estimés négatifs et significatifs à 5 %. Une taille des cibles importante diminue la part de chiffre d'affaires réalisé avec une forme intégrée de distribution. La taille est un indicateur du degré de complexité de la transaction et donc du niveau d'incertitude comportementale. Dans ce cas, l'agent chargé de la commercialisation est plus incité à posséder et valoriser le portefeuille de clientèle. De même, une augmentation de la fréquence d'innovation des produits conduit à une diminution de la part représentée par les formes de distribution intégrées. La fréquence d'innovation des produits se réfère également à la notion d'incertitude comportementale. Lorsque celle-ci est perçue comme forte, les entreprises semblent donc recourir à des formes non intégrées de distribution. Toutefois, les résultats obtenus sur PART3 ne sont pas significatifs.

**TABLEAU 6A**  
**QUALITÉ DE LA RÉGRESSION**

Modèle	R-squared	Adj R-squared	Root MSE		
PART1 (forme intégrée)	0.7209	0.6558	26.599		
PART3 (forme courtage)	0.5997	0.5063	27.347		
Source	SS	df	MS	F (7,30)	Prob > F
PART1 (forme intégrée)					
Régression	54822.539	7	7831.79129	11.07	0.000***
Résidu	21225.276	30	707.509225		
Total	76047.815	37			
PART3 (forme courtage)					
Régression	33609.369	7	4801.338	6.42	0.000***
Résidu	22435.768	30	747.858		
Total	56045.138	37			
* significatif à 10 %, ** significatif à 5 %, *** significatif à 1 %					

Le choix entre la forme agence et la forme courtage n'est donc pas clairement défini.

Les coefficients des variables TMAR, PMAR et LEG ont également le sens prévu. Toutefois, seul celui de TMAR est significatif (à 5 %) pour PART1 et PART3. Une incertitude sur le marché perçue comme forte paraît donc conduire à des choix de formes de distribution radicaux, mais les effets de l'environnement réglementaire et législatif ne semblent avoir aucun effet.

Le coefficient de T est estimé positif et significatif à 10 %, uniquement dans le modèle de PART1. Dans ce cas, l'augmentation de la durée de formation, nécessaire à un nouvel embauché connaissant le secteur pour devenir familier du réseau de commercialisation, conduit à privilégier une forme intégrée de distribution. Ce résultat va dans le sens de la proposition 2. T est une mesure du degré de spécificité des actifs humains nécessaires pour commercialiser un certain type de produits. Lorsque l'entreprise d'assurances engage des dépenses de formation importantes et spécifiques, elle préfère contrôler la fonction de commercialisation. Toutefois, le coefficient de cette variable dans le modèle de

**TABLEAU 6B**  
**ESTIMATION DES PARAMÈTRES**

Modèle	Coef.	Std. Err.	t	P>	t	[95% Conf. Interval]
Dep.Var. PART1						
Constante	-28.131	32.496	-1.056	0.299	-82.526	26.263
TAILLE	-29.486	13.799	-2.383	0.024**	-54.757	-4.215
IPROD	-12.644	5.695	-2.476	0.019**	-23.073	-2.215
PMAR	6.815	3.845	1.977	0.057*	-0.225	13.856
TMAR	12.360	6.352	2.170	0.038**	0.727	23.992
LEG	7.582	5.483	1.542	0.134	-2.459	17.624
T	3.258	1.976	1.839	0.076*	-0.359	6.877
DUR	0.434	0.154	3.149	0.004***	0.152	0.717
Dep.Var. PART3						
Constante	118.818	27.383	4.339	0.000***	62.893	174.743
TAILLE	11.309	12.721	0.889	0.381	-14.762	37.291
IPROD	-5.605	3.544	-1.581	0.124	-12.844	1.633
PMAR	7.150	5.250	1.362	0.183	-3.571	17.872
TMAR	-12.774	5.856	-2.181	0.037**	-24.734	-0.814
LEG	-5.367	5.055	-1.062	0.297	-15.691	4.957
T	-2.374	1.821	-1.303	0.202	-6.094	1.346
DUR	-0.439	0.142	-3.093	0.004***	-0.729	-0.149

\* significatif à 10 %, \*\* significatif à 5 %, \*\*\* significatif à 1 %

PART3 n'est pas significatif. Aussi, des mesures complémentaires sur cette dimension apparaissent nécessaires.

Enfin, le coefficient de DUR est significatif dans les deux modèles, ce qui confirme la proposition 3. L'augmentation de la durée moyenne des contrats conduit à une forme intégrée de distribution et inversement, une diminution de la durée moyenne conduit à recourir à la forme courtage. Donc, lorsque la fréquence implicite des transactions augmente, on recourt plutôt à des agents indépendants.



## ■ CONCLUSION

Les résultats obtenus montrent que la notion d'incertitude, liée à la TCT, est un facteur explicatif important du degré d'intégration de la fonction de commercialisation, dans le sens des résultats de Regan (1997). Par ailleurs, la fréquence implicite des transactions semble jouer un rôle dans la gestion des formes de distribution. Toutefois, le résultat non significatif obtenu sur le modèle intéressant la forme courtage souligne la faiblesse de la TCT quant à l'histoire des relations entre les parties. Ainsi, comme la TCT se focalise sur la transaction comme unité d'analyse, elle ne prend pas en compte la possibilité que les parties en présence peuvent être contraintes par leurs choix de mode de gouvernance passés. L'analyse mériterait donc d'être enrichie sur deux points en particulier. D'une part, Nickerson et Silverman (1997), se référant à la notion de *path dependancy*, soulignent l'importance des investissements passés dans le choix des modes de gouvernance futurs. L'histoire des relations entre l'agent chargé de la commercialisation et l'entreprise d'assurance aurait donc besoin d'être analysée. D'autre part, Argyres et Liebeskind (1999) proposent la notion de *Governance Inseparability* pour désigner les situations où la gestion d'une transaction affecte la gestion d'une autre transaction. En d'autres termes, des études cliniques sur la gestion globale des formes de distribution seraient utiles.

## □ Bibliographie

- Anderson E. (1988), « Transactions costs as determinants of opportunism in integrated and independant sales forces », *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol. 9, p. 247-264.
- Argyres N. S., Liebeskind J. P. (1999), « Contractual commitments, bargaining power, and governance inseparability : incorporating history into transaction cost theory », *Academy of Managment Review*, Vol. 24, p. 49-63.
- Barrese J., Doeringhaus H. I., Nelson J. M. (1995), « Do independant agent insurers provide superior service ? The insurance marketing puzzle », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 62, p. 297-308.
- Barrese J., Nelson J. (1992), « Independant and exclusive agency insurers : a reexamination of the cost differential », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 59, p. 375-397.
- Berger A. N., Cummins J. D., Weiss M. A. (1997), « The coexistence of multiple distribution systems for financial services : the case of property-liability insurance », *Journal of Business*, Vol. 70, p. 515-546.
- Berger L. A., Kleindorfer P. R., Kunreuther H. (1989), « A dynamic model of the transmission of price information in auto insurance market », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 56, p. 17-33.

- Cummins D. J., Vanderhei J. (1979), « A note on the relative efficiency of property-liability distribution systems », *Bell Journal of Economics*, Vol. 10, p. 709-719.
- Cummins J. D., Weisbart S. (1977), *The impact of consumer services on independent insurance agency performance* (Glenmont, N.Y., IMA Education and Research Foundation).
- D'Arcy S., Doherty N. A. (1990), « Adverse selection, private information, and lowballing in insurance markets », *Journal of Business*, Vol. 63, p. 145-164.
- Doeringhaus H. (1991), « An analysis of complaint data in an insurance market », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 50, p. 120-127.
- Grossman S. J., Hart O. D. (1986), « The costs and benefits of ownership : a theory of vertical and lateral integration », *Journal of Political Economy*, 94(4).
- Heide J. B., John G. (1988), « The role of dependance balancing in safeguarding transaction-specific assets in conventional channels », *Journal of Marketing*, Vol. 52, p. 20-35.
- John G., Weitz B. (1988), « Forward integration into distribution : an empirical test of transaction cost analysis », *Journal of Law and Economics*, Vol. 26, p. 337-355.
- Joskow P. L. (1973), « Cartels, competition and regulation in the property-liability insurance industry », *Bell Journal of Economics*, Vol. 4, p. 375-427.
- Kim W. J., Mayers D., Smith C. W. (1996), « On the choice of insurance distribution systems », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 62, p. 207-228.
- Klein B., Crawford R. G., Alchian A. A. (1978), « Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process », *Journal of Law and Economics*, Vol. 21, p. 297-326.
- Marvel H. P. (1982), « Exclusive dealing », *Journal of Law and Economics*, Vol. 25, p. 1-25.
- Masten S. (1984), « The organization of production : evidence from the aerospace industry », *Journal of Law and Economics*, Vol. 26, p. 403-417.
- Nickerson J., Silverman B. (1997), « Transactional interdependance, ressources, and path dependance : firm heterogeneity within transaction cost economics », *Papier de Recherche*, Université de Washington, St. Louis, MO.
- Pauly M. V., Kleindorfer P. R., Kunreuther H. (1986), « Regulation and quality competition in the US insurance industry », in J. Finsinger et M. Pauly (éd.) *The economics of insurance regulation*, New York, St Martin's press.
- Regan L. (1993), *Vertical integration in the property-liability industry : a transaction cost approach*, Thèse de Doctorat, Wharton School, Université de Pennsylvanie, Philadelphie.
- Regan L. (1997), « Vertical integration in the property-liability insurance industry : a transaction cost approach », *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 64, p. 41-62.
- Regan L., Tennyson S. (1996), « Agent discretion and the choice of insurance marketing system », *Journal of Law and Economics*, Vol. 39, p.637-666.
- Roth F. (1997), Performance et complémentarité des différentes formes d'organisation dans le secteur de l'assurance, *Thèse de Doctorat*, Université de Bourgogne, Dijon.
- Weiss M. A. (1990), « Productivity growth and regulation of p/l insurance : 1980-1984 », *Journal of Productivity Analysis*, Vol. 2, p. 15-38.

- Williamson O. E. (1985), *The economic institution of capitalism : firms, markets, and relational contracting*, New York, Free Press.
- Williamson O. E. (1991), « Comparative economic organization : the analysis of discrete structural alternatives », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 36, p. 269-296.

## FAITS D'ACTUALITÉ

par Rémi Moreau

### I. La création du Fonds Gérard-Parizeau

L'objectif de ce nouveau Fonds, dont l'idée fut esquissée à grands traits dans le testament de M. Gérard Parizeau, et mis en oeuvre par ses fils, Jacques et Robert, est de souligner la valeur et l'originalité de la pensée et de l'oeuvre de chercheurs ou de gens d'action dans les deux domaines suivants, qui furent ses deux champs d'intérêt soit sa carrière d'assureur, d'intermédiaire et de professeur en assurances, puis celle d'écrivain et essayiste sur l'histoire du Bas-Canada et ses notables. En effet, M. Parizeau a écrit de nombreux ouvrages, non seulement sur l'assurance, mais aussi sur la société canadienne-française au dix-neuvième siècle. Honoré à plusieurs reprises, il fut notamment nommé Officier de l'Ordre national du Québec, Officier de l'Ordre du Canada, chevalier de la Légion d'honneur, titre décerné par le gouvernement français, et titulaires de trois doctorats *honoris causa* (Université Laval, Université de Montréal et Université York).

Une bourse de 30 000 \$ est accordée annuellement dans le cadre des Conférences Gérard-Parizeau, organisées par le Fonds Gérard-Parizeau. Le récipiendaire du prix et le conférencier peuvent être des personnes différentes.

Dans ce cadre, les Conférences Gérard-Parizeau accueillent, le 4 avril dernier, à l'École des HEC, un conférencier du domaine financier, M. Michel Crouhy, vice-président, division Gestion du risque de marché, de la Banque Canadienne Impériale de Commerce, qui traita du sujet suivant : *Le risque de crédit et la stabilité du système financier international*. En cette première année, il revint aux HEC, et plus particulièrement à la Chaire de gestion des risques de l'École, dirigée par le professeur Georges Dionne, d'organiser la Conférence. L'an prochain, elle sera tenue à la Faculté d'Histoire de l'Université de Montréal. Puis il y aura alternance.

C'est à cette occasion que le premier récipiendaire du prix Gérard-Parizeau fut dévoilé : il s'agit de M. Jean-Marie Poitras, une sommité du domaine des assurances. Il présida aux destinées de La Laurentienne, Mutuelle d'assurances et il fut membre du conseil d'administration de la Banque d'épargne de la cité et du district de Montréal. Il a été membre du Sénat entre 1988 et 1993. Ce sont les deux fils de Gérard Parizeau qui ont présidé la remise du prix. M. Poitras n'a pas manqué d'adresser aux invités un discours émaillé de plusieurs anecdotes.

On peut visiter le site du Fonds Gérard-Parizeau à l'adresse suivante : [www.hec.ca/fonds.gerard-parizeau](http://www.hec.ca/fonds.gerard-parizeau). Les personnes intéressées ne manqueront pas d'être renseignées sur la carrière et l'oeuvre du grand humaniste que fut Gérard Parizeau, qui fonda avec quelques collègues la revue *L'Actualité économique*, en 1920, qui fut longtemps l'organe officiel des HEC, puis la revue *Assurances* en 1932, alors qu'il eût amorcé sa carrière en assurance. Par une curieuse coïncidence, la revue *Assurances* a été cédée à l'École des HEC, en 1996, là même où Gérard Parizeau avait étudié puis enseigné, au début de sa carrière.

## **2. Le lourd bilan humain et monétaire des catastrophes mondiales de 1999**

L'année 1999 peut être qualifiée de terreau noir sur le plan des catastrophes à l'échelle internationale. Selon la Compagnie Suisse de Réassurance, qui répertorie les grands sinistres, les catastrophes naturelles et techniques ont fait plus de 105 000 morts. Ce cru 99 est marqué principalement par trois catastrophes majeures : les glissements de terrain au Venezuela : 50 000 morts ; le séisme d'Izmit, en Turquie : 20 000 morts ; le cyclone qui a dévasté Orissa, en Inde : 15 000 morts.

Sur le plan des dégâts matériels, l'année 1999 s'avère tout aussi désastreuse, sans prendre en compte les pertes économiques encourues par voie de conséquence : on évalue les dommages à 100 milliards de dollars, soit la somme la plus élevée jamais répertoriée après 1995 (année du séisme de Kobé, au Japon). Si élevé soit-il, ce chiffre ne prend pas en compte la facture non encore finalisée des deux tempêtes européennes de fin d'année 1999, qui risque d'être plutôt salée. On a évalué sommairement et strictement les dommages à 10 milliards (US) de dollars.

Le tremblement de terre en Turquie est la catastrophe qui a causé les dégâts matériels les plus importants (20 milliards de

dollars), devant le séisme à Taïwan (14 milliards de dollars) et la tempête hivernale d'Europe occidentale (9 milliards de dollars). En tout, on a répertorié quelque 700 catastrophes naturelles en 1999.

Les dommages matériels assurés sont particulièrement lourds. Les sinistres de 1999 avoisinent les 30 milliards de dollars (U.S.), ce qui place ce millésime au second rang dans l'histoire de l'assurance, derrière l'année 1992, dominée par l'ouragan Andrew. Sur le plan strict des dommages assurés, les deux tempêtes européennes de fin d'année coûteraient 5 milliards de dollars. Suivent le typhon Bart au Japon (3 milliards de dollars) et l'ouragan Floyd aux États-Unis et aux Bahamas (2,4 milliards de dollars). L'assurance spatiale a connu aussi un mauvais exercice, par la perte de 6 satellites (soit un montant de 760 millions de dollars). L'assurance aviation a enregistré, quant à elle, une perte totale de 14 appareils et 660 personnes ont péri dans les accidents aériens de 1999 qui ont généré des sinistres de plus de 900 millions de dollars (voir la chronique plus loin).

### **3. Les tremblements de terre : un risque latent mais bien réel**

Le sous-titre ci-dessus était le thème du séminaire sur les tremblements de terre, tenu le 10 mai dernier à l'École des HEC et organisé par le Bureau d'assurance du Canada (BAC), en collaboration avec l'Institut pour la réduction des pertes catastrophiques (IRPC), avec la participation de la Chaire de gestion des risques de l'École des HEC et la revue *Assurances*.

Le séminaire comprenait six parties distinctes :

- Présentation générale par M. Raymond Medza, directeur général du BAC ;
- Vulnérabilité du Québec au risque sismique (deux présentations : MM. Claude Lamontagne et Claude Degrandpré) ;
- Leçons à tirer des séismes survenus à l'étranger (deux présentations : MM. Robert Tremblay et René Tinawi) ;
- Évaluation du risque sismique : (Deux présentations : MM. Randy Law et Jean-Raymond Kingsley) ;
- Moyens et actions : (Trois présentations) : Mme Ghyslaine McLure et MM. Luc Chouinard et Laurent Arsenault) ;
- Conférence de clôture, par M. Paul Kovacs, plaidant pour un Plan national de réduction des pertes catastrophiques.

Une initiative gouvernementale mérite d'être signalée : tel que demandé depuis plusieurs années par l'industrie de l'assurance, les ministres des Finances du Canada et du Québec ont accordé en 1998 aux assureurs de dommages le droit d'accumuler des primes pour la garantie tremblement de terre, étalées sur plusieurs années, à titre de réserves libre d'impôt.

#### **4. La vente d'assurance dans les magasins à grande surface est désormais légale**

La nouvelle *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (Loi 188) prévoit que toute compagnie établie au Québec peut agir comme cabinet autorisé à offrir au public des produits et services financiers. Il lui suffit de s'inscrire au Bureau des services financiers pour agir à ce titre en respectant les conditions exigées par la Loi, puisque cette compagnie serait soumise aux mêmes obligations qu'un cabinet traditionnel. Certaines chaînes de magasins pourraient être tentées de s'inspirer de l'expérience française. En France ce phénomène de la vente d'assurance dans les grandes surfaces n'est pas nouveau et il ne semble pas régenté comme chez-nous.

La *ChadPresse*, une publication mensuelle de la nouvelle Chambre de l'assurance de dommages (Vol. 1, No 3, mars 2000), énumère les conditions exigibles. Nous suivrons ce dossier avec intérêt.

#### **5. Le Mouvement Desjardins se positionne pour un rôle de chef de file dans la gestion du patrimoine des Québécois**

Dans l'une de ses premières entrevues officielles avec les médias, M. Alban D'Amours, le nouveau président du Mouvement Desjardins, mentionnait que les filiales de la Société Financière Desjardins-Laurentienne (SFDL) vont jouer un rôle accru au sein du réseau des Caisses, aussitôt que la fédération unique sera créée, en ceci qu'elle permettra d'uniformiser les objectifs des plans d'affaires du réseau, largement intégré et décloisonné.

Lors du premier trimestre de l'année 2000, la SFDL a déclaré un bénéfice net consolidé de 21,5 millions de dollars, soit le meilleur rendement depuis sa création en 1994. Ce bénéfice représente une hausse de 25 % sur les 17,2 millions de dollars du trimestre correspondant de l'an dernier.

En outre, le projet de loi 126 sur les coopératives de services financiers, déposé à l'Assemblée nationale au début de mai, répon-



drait aux besoins précis du Mouvement Desjardins. On y retrouve, selon le président du Mouvement, une économie tout à fait différente de celle qui prévaut dans la loi actuelle.

## **6. L'assurance de responsabilité professionnelle**

L'assurance de responsabilité professionnelle, dont l'objectif est la souscription d'une assurance dite « erreur et omission » à l'égard des associations ou corporations professionnelles, a généré des primes de 402 millions de dollars en 1998 (une augmentation de 5,5 % par rapport à l'année précédente) alors que les sinistres se chiffraient à 277 millions de dollars pour la même période.

Le ratio primes/sinistres s'établissait à 68 %. On observe ainsi que cette classe d'assurance est l'une des seules assurances de dommages générant des profits techniques.

## **7. La caisse de la SAAQ a un surplus de 258 millions de dollars en 1999**

La Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a eu des revenus de 1,2 milliard de dollars en 1999 provenant principalement des contributions des cinq millions d'automobilistes québécois. Une partie de ces revenus provient de l'immatriculation des véhicules et de l'obtention d'un permis de conduire. L'autre partie des revenus provient des placements réalisés par la SAAQ, gérés comme on le sait par la Caisse de dépôt et de placement.

Au titre des dépenses, qui totalisent 1,69 milliard de dollars, elle a versé 625 millions de dollars en prestations aux victimes de la route et elle a encouru des frais d'administration de 238 millions de dollars. Elle a aussi accumulé une réserve de stabilisation de 263,5 millions de dollars pour faire face aux imprévus.

Outre cette réserve de stabilisation, elle a aussi accumulé un surplus de 258 millions de dollars, qui est inscrit au poste « excédent non affecté ». Le conseil d'administration de la SAAQ a précisé que la Société pourrait trouver une affectation en utilisant cette somme à des fins liées à sa mission, notamment en l'investissant dans l'amélioration de la sécurité du réseau routier ou dans la bonification des primes aux accidentés de la route.

Il ne semble donc pas envisagé de retourner un montant d'argent aux détenteurs de permis, comme ce fut le cas en 1997. Au ministère des Finances, on précise que ces surplus sont inscrits

dans les états consolidés du gouvernement depuis la réforme des finances québécoises qui présentent une vision globale et intégrée.

Par ailleurs, le communiqué de la SAAQ précise que le nombre de décès accidentels de la route a chuté de 176 victimes, en 1998, à 759, en 1999.

#### 8. Le classement des vingt premières compagnies d'assurance canadiennes en 1999 (toutes classes d'assurance confondues)

Assureurs	Primes (000 \$)	Revenus nets après impôt (000 \$)
ING Canada	1 886 541	70 392
CGU Canada	1 641 417	49 481
Co-operators Group	1 357 162	32 223
Royal & SunAlliance	1 298 714	108 775
AXA Canada	941 673	13 140
Economical	819 178	63 951
Wawanesa	743 448	91 427
Zurich Canada	678 064	(32 563)
Allianz Canada	659 224	2 447
Liberty Group	623 331	35 952
Dominion	592 315	13 571
Lloyd's	513 226	17 374
Desjardins	511 675	34 193
Lombard Canada	511 446	8 202
Pilot	331 497	35 503
American Home	328 414	29 810
Meloche Monnex	323 039	5 877
Chubb	321 349	28 158
CIBC Insurance	303 134	(7 762)
Promutuel	243 814	10 303

Source : Thompson Report – March 20, 2000

## 9. Le point sur la démutualisation en cette année 2000

On a assisté, depuis 1997, à une vague de démutualisation sans précédent dans le monde. Au total, les mutuelles détenaient alors 40 % du marché à l'échelle mondiale. Dans un proche avenir, leur part de marché ne représenterait que 25 % des risques souscrits. Pour preuve, une étude de Sigma précise que, aux États-Unis, la part de marché des mutuelles vie chuterait de 35 % à 23 % du fait de la démutualisation (une stratégie adoptée par trois grandes sociétés américaines d'assurance vie, Prudential Life Insurance company of America, John Hancock Mutual Life Insurance et Metropolitan Life Insurance Company). Pareillement, cette part de marché tomberait de 33 % à 26 % au Royaume-Uni (suite à la démutualisation de plusieurs sociétés, dont Norwich Union et Scottish Widows).

Les mutuelles canadiennes n'ont pas échappé à cet engouement au cours de l'année 1999. On se souviendra que, l'an dernier, cinq sociétés mutuelles d'assurance ont procédé à leur démutualisation, à savoir Sun Life, Canada Vie, Groupe La Mutuelle (aujourd'hui Clarica), Financière Manuvie et L'Industrielle-Alliance. L'actif total de ces cinq mutuelles canadiennes représente plus de 460 milliards de dollars et leurs surplus accumulés s'élevaient à 18 milliards de dollars en 1998. Près de 2,5 millions de Canadiens se partageront, d'ici la fin du processus de démutualisation, environ 11 milliards de dollars. La valeur nette distribuée atteindrait 26 milliards de dollars.

Martin Vallières, du journal *La Presse*, dans un article intitulé *Les assureurs démutualisés prennent du galon en Bourse* (*La Presse*, 17 avril 2000), mentionnait les prix d'émission des actions émises par ces cinq sociétés et leurs cours à la mi-avril (nous y avons ajouté leur cours à la mi-mai) :

	prix d'émission	cours avril 2000	cours mai 2000
Clarica	20,50 \$ juillet 1999	28,75 \$	27,25 \$
Financière Manuvie	18,00 \$ septembre 1999	22,50 \$	23,05 \$
Canada-Vie	17,50 \$ novembre 1999	26,50 \$	26,50 \$
Industrielle-Alliance	15,75 \$ février 2000	21 \$	20,15 \$
Financière Sun Life	12,50 \$ mars 2000	17 \$	17,05 \$

Claude Chiasson, dans le journal *Les Affaires* (samedi 29 avril 2000), a analysé l'actif sous gestion des cinq compagnies d'assurance vie démutualisées et leur rendement de l'avoir.

L'Industrielle-Alliance est la plus petite des cinq avec un actif sous gestion d'un peu plus de 13 milliards de dollars. En 1999, elle a réalisé un bénéfice net de 83,4 millions de dollars. Son rendement de l'avoir était de 13,57 % en 1999, un pourcentage qui se situe très près de Manuvie, la plus performante.

Malgré sa plus petite taille, Manuvie est décrite comme la plus dynamique et la plus rentable. Son rendement de l'avoir fut de 14 % en 1999. La valeur de ses fonds distincts (les fonds provenant des activités de gestion du patrimoine) est passée de 20 à 39 milliards de dollars en deux ans. En 1999, son bénéfice global fut de 866 millions de dollars.

Pour ce qui est de la Sun Life, qui serait la plus négligée des investisseurs, l'action étant à 17 dollars (soit 1,3 fois sa valeur comptable). La performance du rendement de l'avoir serait plutôt médiocre. Il n'en demeure pas moins que celle-ci est une véritable force dans la gestion du patrimoine, servant environ 3 millions d'épargnants et 7000 investisseurs institutionnels dans le monde. L'actif géré sous cette activité se chiffre à 268,9 milliards de dollars, soit 89 % de l'actif global sous gestion.

Canada Vie et Clarica se retrouvent dans un classe intermédiaire avec des actifs sous gestion respectifs de 52 et de 40 milliards de dollars. Tout comme pour Sun Life, celles-ci devraient améliorer leur rendement de l'avoir qui, à 11,5 % environ, est largement inférieur à celui des grandes banques.

À court terme, les nouveaux actionnaires démutualisés ont de quoi se réjouir de leur investissement sur le parquet de la Bourse, mais il est encore trop tôt pour en évaluer plus finement le rendement lorsque l'on connaît les secousses et les corrections qui affectent sporadiquement les valeurs boursières. Dans le tableau qui précède, la colonne de droite (le cours à la mi-mai) montre que les titres n'ont pas été affectés sérieusement par la secousse boursière du vendredi 14 avril 2000.

Revenons au processus de démutualisation qui s'inscrit dans un vaste mouvement planétaire depuis la décennie 1980. Au Canada, le processus fut enclenché dans la foulée de la *Loi sur les sociétés d'assurance*, une législation fédérale adoptée en 1992 et dont la réglementation de 1993 permettait aux petites mutuelles de moins de 7,5 milliards de dollars de se démutualiser. En mars 1999,

une nouvelle législation fédérale autorisait toutes les mutuelles à changer leur structure corporative.

Au Québec, comme la *Loi sur les assurances* ne permet pas la démutualisation, un projet de loi privé fut adopté par l'Assemblée nationale, en mars 1999, qui autorisait L'Industrielle-Alliance, une société à charte québécoise, à se démutualiser.

Une étude de M. Yves Gosselin, publiée dans la revue *Sécurité financière* (avril 2000), intitulée *La démutualisation : outil plutôt que solution!*, résume les avantages et les inconvénient de la démutualisation :

### **Avantages**

– *Accès au capital* : faciliter l'accès à des capitaux afin de prendre de l'expansion, mettre au point de nouvelles technologies et livrer une concurrence plus efficace tant au pays qu'à l'étranger.

– *Flexibilité financière* : ces actions peuvent servir de monnaie d'échange dans le cadre d'acquisitions ou de participations stratégiques.

– *Discipline des gestionnaires* : la société démutualisée sera surveillée par les investisseurs et devra rendre compte à ses actionnaires, ce qui l'oblige à une discipline et à une structure qui favorise l'innovation et l'efficacité des opérations.

– *Personnel plus qualifié* : faciliter la mise en place de régimes d'intéressements, tels les options d'achat d'actions pour recruter, motiver et conserver un personnel qualifié.

### **Inconvénients**

– *Lourdeur administrative* : la transformation en société en capital-actions, donc en société publique, entraîne des exigences réglementaires beaucoup plus lourdes et complexes.

– *Dépenses importantes* : le processus est long et coûteux et peut distraire les gestionnaires de leurs activités de base.

– *Changement de culture d'entreprise* : « la société mutuelle a pour objectif non pas d'accroître la valeur pour les actionnaires, mais d'utiliser les dividendes générés pour fournir une assurance avec participation au prix coûtant tout en assurant la croissance soutenue de la société ». (Ministère des Finances du Canada).

Dorénavant, les gestionnaires devront rendre des comptes aux actionnaires et non plus aux détenteurs de polices.

Les salves de la démutualisation semblent atteindre particulièrement les pays anglo-saxons (Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Australie et Afrique du Sud). Par contre, le sujet n'est pas à l'ordre du jour, du moins, pas encore d'actualité, en Europe continentale, particulièrement en France et en Allemagne. Les mutuelles du Vieux Continent misent davantage sur la croissance interne. Elles espèrent même gagner les assurés mutualistes résolus à ne pas changer de camp suite à la démutualisation de leur ancienne société. Pour eux, une société mutuelle permet véritablement d'avoir une vision à long terme, non obligée de suivre une stratégie qui porte des fruits à court terme. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de se démutualiser pour avoir un accès aux marchés financiers de capitaux, qui semble être le premier avantage ; il suffit de créer des filiales qui peuvent efficacement faire appel publiquement à l'épargne. D'autres peuvent encore procéder à une démutualisation partielle en constituant un holding mutualiste. Le Groupe AXA, né de la mutuelle régionale Saint-Christophe, a su tirer parti efficacement de ces possibilités pour devenir le numéro un mondial.

Quoiqu'il en soit, la vague actuelle semble suffisamment large, selon les experts, pour ne plus considérer la démutualisation comme un événement isolé, passager, mais comme une tendance lourde, d'autant qu'elle est liée à d'autres facteurs, notamment la globalisation et la mondialisation des marchés, la concurrence effrénée, presque féroce, des joueurs à l'échelle internationale, une pression à la baisse sur les marges de profit et la rationalisation dans la gestion des opérations.

Dans un tel contexte, de deux choses l'une. D'abord, ce seront les stratégies bien articulées qui prévaudront. Ensuite, les dirigeants des grandes sociétés d'assurance devront développer une vision stratégique capable de mobiliser leur personnel et de répondre à des objectifs bien ciblés.

## **10. La fusion annoncée des deux principales compagnies d'assurances britanniques**

Les deux principales compagnies d'assurances britanniques, CGU et Norwich Union, ont présenté, en février dernier, un projet de fusion. La nouvelle société qui naîtra de cette fusion, qui porterait le nom CGNU, pèsera 19 milliards de livres (44 milliards de dollars canadiens). Cinquième assureur européen, la nouvelle

société accédera à la première place de l'assurance de dommages et à la deuxième de l'assurance vie en Grande-Bretagne.

Si ce projet se réalise, il devrait se solder, selon le communiqué de presse, par la suppression de 5 000 emplois, soit 7 % de la masse salariale totale des deux groupes.

## **11. Un exemple de réassurance de deuxième niveau**

La réassurance traditionnelle s'adressait à l'origine à des marchés d'assurance dont les acteurs disposaient de capacités généralement adéquates. Aujourd'hui, la taille croissante des grands assureurs, et surtout l'ampleur des risques catastrophiques, d'origine naturelle ou technologique, conduisent les assureurs à rechercher des capacités accrues sur des marchés alternatifs.

Ainsi, les compagnies de réassurance, vers qui vont ultimement les risques non assumés par les compagnies d'assurances (appelées cédantes), peuvent elle-mêmes s'assurer. À titre d'exemple, *L'Argus* du 31 mars dernier nous informe que SCOR Re, un grand réassureur français, est assuré à concurrence de 200 millions de dollars contre les conséquences de tout événement naturel atteignant n'importe quel territoire, en Asie, en Europe ou en Amérique, tels les tremblements de terre ou les tempêtes. Cette garantie catastrophe a été placée sur les marchés financiers par l'intermédiaire de Marsh & McLennan Securities.

## **12. L'assurance aviation a piqué du nez en 1999**

La page Actualité internationale de *L'Argus* (28 avril 2000) nous informe que l'assurance corps du marché aviation a subi des dommages record à l'échelle mondiale en 1999. En effet, les sinistres totalisèrent 985 millions de dollars (U.S.), une augmentation des coûts de sinistralité due principalement au montant élevé des appareils, sans cesse en hausse, et à leur complexité, augmentant le coût des réparations.

Sur le plan des victimes, leur nombre est demeuré très bas, en 1999, malgré le crash du Boeing Égyptair qui a provoqué 217 morts.

## **13. La cyberbanque en constante évolution**

La Banque CIBC a annoncé, en mai dernier, la création d'une banque sur Internet à l'intention des petites entreprises, c'est-à-dire celles qui comptent quatre employés ou moins. Les clientes de



cette nouvelle banque, appelée Bizsmart, seront exemptées de frais de services et pourront contracter des emprunts à faible taux d'intérêt.

Cette annonce s'inscrit dans une série d'initiatives récentes prises par les autres grandes banques dans la conception de services virtuels, le marché du commerce électronique devenant de plus en plus florissant. Selon des données américaines, le nombre de transactions commerciales entre entreprises effectuées par Internet devrait décupler d'ici trois ans et atteindre, en l'an 2003, la somme de 1,3 milliard de dollars US.

#### **14. Création de programmes d'assurance relatifs à la propriété intellectuelle**

Les deux plus grands courtiers mondiaux, soit AON Corp et Marsh Inc., ont créé un programme d'assurance relatifs à la propriété intellectuelle conçu spécialement pour les grandes entreprises listées dans la revue *Fortune 500*.

Du côté de AON, le programme conçu en février dernier permet aux grandes entreprises de se prémunir contre les risques suivants: «*to secure in excess of \$200 million of blanket protection to recover damages, to defend or to enforce the rights of patents, trademarks, copyrights and other intellectual property assets*».

Du côté de MARSH, le programme est similaire et il est offert en excédent de 300 millions de dollars.

Il semble que de tels programmes excédentaires, aussi larges, soient une primeur dans l'industrie de l'assurance, sous réserve de certaines polices manuscrites conçues spécialement pour des risques préalablement définis.

#### **15. La Belgique sera dotée d'une loi particulière sur les catastrophes naturelles**

Le projet de loi soumis au Conseil des ministres le 17 février 2000 semble être parfaitement adapté aux exigences de la Commission européenne, tel que mentionné dans un article paru dans *Principium* (No 4, Avril 2000) sous la plume de Patrick Cauwert.

En vertu de ce projet de loi, tous les contrats d'assurance de dommages liés au risque d'incendie devraient comprendre la couverture des phénomènes catastrophiques naturels. Tel que défini, « l'événement naturel catastrophique » comprend les risques

suivants : tempête, ouragan, inondation, tremblement de terre d'une magnitude minimale de 4 degrés sur l'échelle de Richter, débordement ou refoulement d'égouts, glissement ou affaissement de terrain et certaines extensions de garanties, le tout suivant des exclusions précisées spécifiquement.

Les délais comprennent le versement d'une avance significative dans les 15 jours de la catastrophe et le paiement de l'indemnité non contestée dans les 90 jours de la date de déclaration de sinistre. Le projet de loi comprend une indemnisation selon la valeur à neuf des biens sinistrés.

Les limites de garantie et les franchises sont laissées à la discrétion de l'assureur, suivant les normes établies par le Bureau de tarification.

Il semble que l'option d'un système de réassurance unique et obligatoire ait été rejetée au profit du principe de la liberté du marché.

Ce projet semble réjouir la Fédération de Courtiers, qui espère que ce projet de loi soit adopté sans subir trop de modifications contraignantes.

## **16. La régie d'entreprise – Conditions de succès**

Le titre ci-dessus est le thème d'un colloque tenu à Montréal le 1<sup>er</sup> juin 2000, organisé par M. Louis-Paul Nolet, CA, associé principal de L.P. Nolet+ Associés inc. et présidé par M. Robert Després, FCMA, président du conseil de Produits forestiers Alliance inc. L'organisateur du colloque a su réunir une brochette de conférenciers et panélistes à la fois compétents et expérimentés sur des sujets actuels concernant la régie d'entreprise.

D'entrée de jeu, M. Nolet, un spécialiste dans la formation de conseils et dans le recrutement des membres, cornaque le colloque, en définissant le processus complexe de formation d'un conseil d'administration, en présentant une dizaine d'éléments, rapidement esquissés.

La régie d'entreprise n'est pas un phénomène nouveau. Il s'agit d'un ensemble de normes de gestion et de principes sur l'organisation et le mode de fonctionnement des entreprises, qui favorisent l'efficacité des décisions des administrateurs, sans perdre de vue l'intérêt des actionnaires. Si les principes fondamentaux n'ont pas bougé, toutefois, leur portée a été mieux définie et les

modalités de leur application ont grandement évolué depuis la dernière décennie.

D'ailleurs, la conférence d'ouverture du colloque, faite par M. Robert Després, constitue une belle présentation sur la régie d'entreprise et le rôle évolutif des conseils d'administration. Nous avons soumis le texte intégral à notre comité de rédaction en vue d'une publication dans un numéro subséquent.

Une présentation complémentaire s'ensuivit au regard de la situation actuelle et l'avenir des conseils d'administration aux États-Unis. M. John Nash, en sa qualité de Vice-Chairman for the Center for Board Leadership, a su intéresser les participants par les exemples de situations problématiques qu'il a développés.

Le colloque lui même comprenait quatre ateliers portant sur des thèmes distincts, qui peuvent se résumer comme suit.

L'atelier I – Comment former un conseil et comment recruter ses membres – fit l'objet d'expériences vécues par l'animateur et les trois conférenciers invités. Puis, deux autres conférenciers ont terminé cet atelier par des commentaires légaux, l'un sur les responsabilités légales, l'autre sur les stratégies de protection pour les administrateurs, incluant l'assurance de responsabilité des administrateurs et dirigeants.

L'atelier II – Comment tirer le maximum des administrateurs – : l'animateur donna la parole à trois conférenciers qui n'ont pas manqué de souligner l'importance de créer un climat favorable entre la direction générale et le conseil d'administration, notamment en donnant aux membres du conseil toute l'information, courte mais explicite.

L'atelier III – L'évaluation de la performance des administrateurs et des dirigeants : l'animateur et les trois conférenciers ont proposé un modèle concret de questionnaire d'auto-évaluation des membres du conseil et de ses comités. Le dernier conférencier fit une présentation en adaptant ce modèle, issu du secteur privé, aux conseils d'administration d'une entreprise dans le secteur public. Cet atelier fut complété par une présentation d'un conseiller en avantages sociaux sur la rémunération des administrateurs et présidents de conseils.

L'atelier IV – Rôle des administrateurs lors d'une transaction, fit l'objet de trois présentations distinctes portant sur des expériences concrètes en ce domaine.

En bref, voici certaines tendances à observer quant à l'avenir des conseils d'administration :

- la diminution progressive du nombre d'administrateurs ;
- l'indépendance accrue des membres ;
- l'importance de les recruter à l'extérieur de l'entreprise ;
- le choix d'un président du conseil qui n'est pas chef de la direction ;
- l'émergence de l'administrateur chef («lead directors»), dont l'un des rôles est d'évaluer ses collègues ;
- la diminution de participation des administrateurs sur plusieurs conseils et l'essor d'administrateurs qui n'ont pas d'autre mandat que celui de participer à un conseil d'administration et pour un mandat spécifique ;
- l'intérêt de choisir quelques administrateurs en dehors du monde des affaires, pour répondre à des besoins spécifiques : légal, social, environnemental, politique, etc.
- l'élaboration de processus d'évaluation plus rigoureux.



## CHRONIQUE ACTUARIELLE

par divers collaborateurs  
du Groupe-conseil AON

### QUÉBEC – MODIFICATIONS PROPOSÉES À LA LOI SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DE RETRAITE

Le gouvernement du Québec a déposé le 16 mars dernier le projet de loi 102 qui modifie de façon importante la *Loi sur les régimes complémentaires de retraite*. À la suite d'une commission parlementaire tenue en mai dernier, des modifications au projet de loi ont été annoncées le 2 et le 13 juin. La majorité des nouvelles dispositions de la loi devraient entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001 mais l'adoption du projet de loi n'a pas eu lieu en juin, tel que prévu, ce qui pourrait en retarder l'entrée en vigueur. Des règlements précisant certaines nouvelles mesures seront également publiés. Vous trouverez ci-après un résumé des principales dispositions de ce projet de loi.

#### Congé de cotisations

Un des éléments du projet de loi qui a fait couler beaucoup d'encre et qui soulève de nombreux débats est le droit d'un employeur d'affecter tout ou partie d'un excédent d'actif d'un régime de retraite à l'acquittement de ses cotisations.

Contrairement à ce qui avait été initialement prévu, l'employeur n'a plus la possibilité d'agir unilatéralement afin de faire confirmer son droit à un congé de cotisation ni la possibilité, dans le cas où la caisse aurait un surplus excédentaire au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, de prendre un congé de cotisation sans tenir compte des ententes intervenues et des dispositions du régime.

La confirmation du droit de prendre un congé de cotisation ne sera possible que si l'employeur fait une proposition de modification et qu'il obtient l'assentiment, s'il y a lieu, des syndicats et de

toutes les parties avec lesquelles il a conclu une entente écrite concernant l'utilisation de l'excédent d'actif du régime de retraite avant la terminaison. Un arbitrage facultatif est prévu en cas de mésentente.

L'avantage du processus de confirmation serait d'éliminer le risque de contestation à l'égard des congés futurs de cotisations, mais seulement au Québec.

### **Indexation des prestations**

Ce projet de loi prévoit également une amélioration des prestations versées aux employés qui cessent leur participation au régime plus de dix ans avant l'âge normal de la retraite, mais uniquement pour les prestations accumulées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001. Ces prestations devront être calculées en fonction d'une rente indexée à 50 % de l'indice des prix à la consommation, avec un plafond de rajustement annuel de 2 %, jusqu'à ce que le participant atteigne un âge inférieur de 10 ans à l'âge normal de la retraite.

Un régime sera présumé satisfaire à cette exigence s'il contient déjà une formule d'indexation équivalente approuvée par la Régie des rentes. La demande d'approbation devra être soumise à la Régie au plus tard le 31 décembre 2000 ou, si le régime existe en vertu d'une convention collective en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2001, à la date d'expiration de la convention.

Ce changement devrait générer des coûts supplémentaires à l'égard des services futurs, sauf dans le cas où le régime prévoyait déjà des prestations de cessation plus généreuses que le minimum requis.

### **Placements**

Les restrictions énoncées à la loi quant aux placements des caisses de retraite seront éliminées de façon à miser davantage sur l'importance de la diversification et sur le devoir d'agir comme une personne prudente.

Le plafond de placement de 10 % dans un même titre est abrogé, sauf en ce qui concerne les titres contrôlés par l'employeur. Une période transitoire de cinq ans est prévue afin d'ajuster l'actif des régimes lorsque les placements dans les titres contrôlés par l'employeur excèdent 10 %.

Un régime à cotisation déterminée, qui autorise les participants à répartir les sommes portées à leur compte entre divers



placements, devra offrir au moins trois fonds lesquels devront être suffisamment diversifiés pour permettre aux participants de se créer un portefeuille adapté à leurs besoins.

### **Mesures diverses**

Plusieurs autres changements ont été annoncés. Certains auront une incidence sur le coût des régimes et d'autres influenceront plutôt sur l'administration. Parmi ceux-ci, mentionnons les suivants :

- les participants auront la pleine acquisition du droit à une rente différée dès l'adhésion au régime pour toutes les années de service reconnues en vertu du régime, ce qui abolie du même coup la notion de terminaison partielle;

- un participant, qui cesse son emploi, aura droit au remboursement de la valeur de ses droits et le comité de retraite pourra procéder à l'acquittement des droits du participant si la valeur des droits est inférieure à 20 % du maximum des gains admissibles;

- un participant, qui a cessé d'être actif et dont la période de service continu a pris fin, pourra se faire rembourser la valeur de ses droits s'il réside à l'extérieur du Canada depuis au moins deux ans;

- l'intérêt sur les cotisations salariales à un régime à prestations déterminées sera égal au taux de rendement de la caisse;

- le groupe de participants actifs ainsi que celui des participants non actifs pourront chacun nommer un membre de plus au comité de retraite, mais ces membres supplémentaires n'auront pas de droit de vote;

- les participants et leur conjoint auront le droit d'obtenir un relevé des droits accumulés au titre du régime de retraite dans le cadre d'une médiation préalable à l'introduction de procédures en matière familiale;

- la majorité des dispositions de la loi ne s'appliqueront plus aux régimes de retraite dont tous les participants sont des personnes rattachées à l'employeur (soit celles qui détiennent 10 % ou plus des actions).

- contrairement à ce que prévoyait initialement le projet de loi, l'obligation de tenir une assemblée annuelle sera maintenue;

- le conjoint d'un participant pourra renoncer aux droits que lui accorde la loi en cas de décès du participant avant la retraite.



## CHRONIQUE JURIDIQUE

par Jean-François Michaud

### LA MAISON DE L'ASSURÉ : LA SUBROGATION PEUT S'EXERCER CONTRE L'ASSUREUR DE LA PERSONNE RESPONSABLE

Le 19 novembre 1999, le juge Pierre Jasmin de la Cour supérieure accueillait l'action subrogatoire de *La Citadelle Compagnie d'Assurance Générale c. Compagnie d'assurance Guardian du Canada* (JE 99-2326), assureur de la personne responsable d'un incendie, même si cette personne faisait partie de la maison de l'assuré. À notre connaissance, il s'agit de la première décision qui autorise un tel recours.

#### Les faits

Monsieur Jean Théorêt, assuré de La Guardian, avait prêté son véhicule automobile à son frère Gilles Théorêt, assuré de La Citadelle. Un incendie a pris origine dans le véhicule alors qu'il était stationné chez Gilles Théorêt. Cet incendie a causé des dommages de l'ordre de 45 000 \$ au domicile de Gilles Théorêt et celui-ci a été indemnisé par La Citadelle. Cette dernière a poursuivi Jean Théorêt et son assureur responsabilité La Guardian. La responsabilité de Jean Théorêt et le quantum des dommages-intérêts ont été admis.

#### La question en litige

La seule question soumise au tribunal était de déterminer si La Citadelle pouvait obtenir une condamnation, non pas contre

---

#### L'auteur :

Jean-François Michaud est avocat dans l'étude Lavery, de Billy.

l'assuré de La Guardian, mais La Guardian elle-même lorsque cette dernière est poursuivie directement.

En effet, La Citadelle reconnaissait qu'elle ne pouvait pas poursuivre Jean Théorêt, celui-ci « faisant partie de la maison de l'assuré », Gilles Théorêt, au sens de l'article 2474 du *Code civil du Québec* :

« **Art. 2474.** L'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré contre l'auteur du préjudice, jusqu'à concurrence des indemnités qu'il a payées. Quand, du fait de l'assuré, il ne peut être ainsi subrogé, il peut être libéré, en tout ou en partie, de son obligation envers l'assuré.

L'assureur ne peut jamais être subrogé contre les personnes qui font partie de la maison de l'assuré. »

Les tribunaux ont interprété de façon large et libérale cette notion de « personne faisant partie de la maison de l'assuré » de sorte qu'un enfant, des petits-enfants, frères ou soeurs et même un voisin bénéficiaire de cette exception et ce, qu'ils vivent ou non avec l'assuré. Toutefois, plusieurs de ces personnes peuvent bénéficier de la protection d'une assurance de responsabilité et c'est pourquoi La Citadelle argumentait qu'elle avait un droit d'action contre La Guardian. Cette dernière soutenait plutôt que l'article 2474 C.c.Q. est d'ordre public et qu'elle ne pouvait être responsable envers la victime que dans la mesure où son assuré pouvait lui-même être condamné, ce qui ne pouvait être le cas en l'espèce. Bref, La Guardian plaidait que La Citadelle ne pouvait faire indirectement ce que l'article 2474 lui interdisait.

## Le jugement

Rappelons que l'exception prévue à l'article 2474 C.c.Q., qui interdit à l'assureur de poursuivre une personne faisant partie de la maison de l'assuré, repose sur des raisons morales, comme le soulignait la Cour d'appel dans l'affaire *Compagnie d'assurances générales du Canada c. Chabot*, [1999] R.R.A. 250 :

« (cette) exception a pour but d'éviter :

- a) que l'assureur poursuive une personne que l'assuré n'aurait pas poursuivie en raison de liens intimes; et
- b) de mettre l'assuré devant le dilemme de recourir ou de renoncer à son assurance. »

Le juge Jasmin constate que l'exception énoncée à l'article 2474 C.c.Q. ne mentionne pas l'assureur responsable de la personne responsable. Il ajoute que l'intention du législateur était de protéger les proches ou les membres de la famille de l'assuré et non pas l'assureur responsable de ces derniers. Aussi, en s'appuyant sur des règles d'interprétation et du fait qu'un assureur en recouvrement peut poursuivre directement le tiers responsable et son assureur responsable, le juge Jasmin conclut :

« Si le législateur avait voulu priver l'assureur de la victime de son recours direct contre l'assureur d'une "personne faisant partie de la maison de l'assuré", il l'aurait fait en termes exprès. »

(page 9)

Le juge Jasmin note bien qu'il y a une décision<sup>1</sup> récente à l'effet contraire, mais constate que celle-ci ne fait aucune référence au droit français où cette controverse a été résolue par deux décisions de la Cour de cassation en 1993. Depuis ces deux décisions, il est maintenant établi en France que l'assureur de la personne responsable peut être poursuivi même si son assuré bénéficie de l'exception. L'article du Code des assurances en France est non seulement semblable à l'article 2474 C.c.Q., mais il en est la source. En conséquence, le juge Jasmin conclut qu'il peut s'inspirer des solutions du droit français :

« Rien n'interdit donc au tribunal de suivre les deux arrêts plus haut cités de la Cour de cassation, puisque les textes pertinents québécois et français sont semblables et que les motifs qui ont inspiré leur rédaction sont les mêmes. »

(page 15)

L'assureur qui a indemnisé son assuré peut donc poursuivre directement l'assureur responsable de l'auteur des dommages, même si celui-ci fait partie de la « maison de l'assuré ».

La décision du juge Jasmin vient d'être portée en appel.

## Note

<sup>1</sup> *Allstate Compagnie d'assurances c. Général Accident, compagnie d'assurances du Canada*, [1997] R.R.A. 812, en appel.



## NEWS FROM IBC / NOUVELLES DU BAC

by various contributors / par divers collaborateurs

### Perspective - A quarterly analysis of the financial performance of Canada's P&C insurance industry

#### The new data (first 9 months of 1999)

combined ratio:	105.6 %
loss ratio:	73.0 %
return on equity (last 4 quarters):	7.2 %
net premium written – first 9 months of 1999:	\$14,156,000,000
claims incurred:	\$10,069,000,000
underwriting loss:	(\$607,000,000)
investment profit before gain:	\$1,554,000,000
investment gain:	\$322,000,000
net profit:	\$895,000,000

#### The tail wags the dog, by Paul Kovacs

This year, industry earnings remain last year's disappointing results. Some key third quarter measures were marginally weaker from those in the first half of the year, with no widespread improvement yet.

Typically investment decisions are a relatively small and largely invisible part of the industry's performance, but not this year. Realized investment gains in the first nine months of the year were less than half the total for the same period one year ago. The \$334 million drop in investment gains was large enough to more than offset moderate improvements elsewhere, and pushed industry



earnings down by \$74 million. The focus this year on investment gains is somewhat like the tail wagging the dog.

Almost all other industry performance measures have improved this year, but very modestly. The industry combined ratio has been near 105 most of the year, down from 107.6 last year. Claims are almost two percent lower, and earned premiums have edged forward by one half of a percent. Industry capitalization is solid, and some markets have strengthened during the year.

The key, however, is that industry earnings cannot be sustained at these levels. The return this year of steady and continuing advancement in equity markets does help establish part of the foundation for improvement, following the wild swings in the market one year ago. It is essential, however, to secure greater improvements in underwriting performance. Harder markets, particularly the larger markets, must be evident if earnings measures are to clearly move back up to reasonable rates again.

### **Time in the sun**

Almost half of the insurers in Canada have recorded superior underwriting results at some point over the past twenty years, but few remain industry leaders every year. This is one more sign of aggressive competition in the industry.

The fifty largest insurers in 1979, 1983, 1988, 1993 and 1998 were studied. Forty-five percent of the companies were ranked in the top ten in terms of underwriting results in at least one year. This includes ten percent that recorded superior results most years. Fifty-five percent never had a year among the ten strongest performers.

The TRAC data have been adjusted for changes in the industry due to events like mergers. Accordingly, firms were followed through the twenty-year period. The number of changes were quite numerous.

The data consistently show strong correlation between superior underwriting results and earnings. The companies that are most effective in risk selection have lower claims costs and stronger earnings. This is evident for a single year and over a period of many years. Similar findings are evident in the Canadian results and those of the other major markets in the United States, Japan and Europe.

Superior performance, however, can be transient in highly competitive industries like insurance. People change firms, ideas are copied and innovations strengthen results for a relatively short period of time. The innovation or other advantage that a high-performing company might have had can be imitated by other companies. This has the effect of distributing the industry profits among more companies, thereby reducing the results of the company initially performed well to a level closer to the average.

The other side of this analysis is the observation that there are no insurers that are always among the very weakest performers. Every company had at least moderate underwriting results at some point over this period.

Large variations in results between insurers are always evident in this industry. The greatest differences are found in underwriting and earnings performance. There is very little variation in investment returns across the industry. Superior and weak earnings performance is typically reflected in the variation in underwriting and risk selection. The extent of variation has been remarkably stable over time.

## **The new data**

### *Steady underwriting masks variability by line of business*

Canadian property and casualty insurers' underwriting performance held steady in the third quarter of 1999, compared to the same three months of last year. Earned premiums and claims for the quarter rose almost in step, with earned premium up 1.4 percent, and claims up 2.5 percent. As a result, the quarterly loss ratio of 74.3 percent was only slightly changed from last year's 73.5 percent. Taking expenses into account, the third quarter combined ratio was 107.1 percent, virtually unchanged from 106.4 percent last year. The third quarter underwriting loss for 1999 was \$218 million compared to 1988's loss of \$263 million.

Despite the steady aggregate results, there is much variability in performance by line of business. Personal property markets are weakening across the country, with the exception of the Prairies where loss ratios are on decline. In contrast, commercial property markets are holding steady or improving across the country, except in Quebec. Auto results are similarly mixed with improving results in Quebec and the Prairies, while loss ratios continue to rise in Ontario and Atlantic Canada.

### *Investment earnings on par*

At \$613 million third quarter investment income is below last year's \$708 million and only 70 percent of the record \$887 million posted in 1997. This year's result, however, is in line with investment income and gains recorded throughout the decade. Throughout the 1990s, the average third quarter investment income has been \$652 million.

### **Look inside to see the rewards**

Stable, moderate earnings are a characteristic of Canada's insurance market. At the low point in the insurance cycle, like the current market, earnings fall near 7 percent ROE. At the high point, it is rare for industry earnings to exceed 15 percent.

There are a few industries in Canada that recorded positive earnings every year since the mid-1970s, when modern records began. P&C insurance is the only financial industry. Telecommunications, power generation and transmission, and cable television are some consistently profitable non-financial industries.

Periods of economic weakness have relatively little negative impact on the industry's premium income, and some expenses actually fall during a downturn. Indeed, the insurance cycle is typically quite distinct from the overall business cycle.

Insurers, however, also generally do not participate in the earnings windfall evident during periods of economic strength. Many industries record exceptional earnings during these boom years to help them survive the next downturn.

Beyond earnings, stability is also found in other industry measures. For example, insurers maintain a stable workforce relative to the hiring and layoff experience in other industries. Insurance spending on new technology and equipment is also relatively stable over time. In addition, industry capitalization is sound and steadily on the rise.

The greatest variation in the insurance market is within the industry, and not through the business cycle. This is quite distinct from other sectors where it is common for every firm to simultaneously experience very strong or very weak performance.

In insurance, some firms have poor results during a good year for the industry, while some insurers have strong results during a bad year for the industry. The difference can be quite large.

The main factor that makes insurance so distinct is intense competition. Insurers do follow their own business plan, rather than duplicate that of a market leader. Indeed, it is one of the few industries that really does not have clear market leaders and dominant producers. This may bring success, or perhaps underperformance, but the focus is consistently on serving customers and securing moderate earnings.

\* \* \*

### **Perspective - Analyse trimestrielle de la situation financière des assureurs de dommages du Canada**

#### **Chiffres les plus récents (neuf premiers mois de 1999)**

ratio combiné :	105,6 %
ratio sinistres à primes :	73,0 %
rendement des capitaux propres (4 derniers trimestres) :	7,2 %
primes nettes souscrites - 9 premiers mois de 1999 :	14 156 000 000 \$
sinistres réalisés :	10 069 000 000 \$
perte de souscription :	(607 000 000 \$)
bénéfice de placement avant gain :	1 554 000 000 \$
gain de placement :	322 000 000 \$
bénéfice net :	895 000 000 \$

### **Les rôles inversés, par Paul Kovacs**

Cette année, les revenus de l'industrie avoisinent les résultats décevants de l'an dernier. Au troisième trimestre, certains revenus de base ont été sensiblement inférieurs à ceux du premier semestre et l'on n'entrevoit pas encore d'amélioration généralisée.

Habituellement, les décisions d'investissement représentent une partie relativement faible et très peu visible du rendement de l'industrie. Mais pas cette année. Les revenus de placement réalisés au cours des neuf premiers mois de l'année n'ont pas dépassé la moitié des revenus de la même période l'an dernier. La chute de

334 millions de dollars enregistrée au chapitre des revenus de placements a largement neutralisé les hausses modestes à d'autres égards et elle a entraîné une perte de revenus de 74 millions de dollars au sein de l'industrie. On peut donc avouer que les rôles ont été inversés cette année au chapitre des revenus de placement.

Cette année, presque tous les autres indices de rendement de l'industrie ont marqué une amélioration, toutefois très modeste. Le ratio combiné de l'industrie s'est établi à près de 105 % pendant la majeure partie de l'année, en baisse par rapport à 107,6 % l'an dernier. Les demandes ont diminué de près de 2 % et les primes gagnées ont augmenté de 0,5 %. La capitalisation de l'industrie est solide, et certains marchés se sont raffermis au cours de l'année.

Il convient toutefois de remarquer que les revenus de l'industrie ne peuvent demeurer à ce niveau. Cette année, le retour à une progression soutenue et durable des marchés boursiers aide à raffermir, en partie, le fondement d'une amélioration dans le secteur, après les variations incontrôlées du marché il y a un an. Cependant, il est essentiel d'accroître davantage le rendement de souscription. Les marchés, et en particulier les plus importants, devront se raffermir pour que les revenus reviennent à des niveaux raisonnables.

## **Une place au soleil**

Près de la moitié des assureurs du Canada ont enregistré des résultats de souscription supérieurs à un moment donné au cours des 20 dernières années, mais très peu demeurent des chefs de file de l'industrie à chaque année. C'est là un autre indice de la vive concurrence au sein de l'industrie.

Les 50 plus importants assureurs en 1979, 1983, 1993 et 1998 ont fait l'objet d'une étude. De toutes les sociétés observées, 45 % ont fait partie des 10 meilleures au plan des résultats de souscription pendant au moins une année. Parmi elles, 10 % ont enregistré des résultats supérieurs pendant la plupart des années à l'étude. Au nombre des participantes, 55 % ne se sont jamais classées dans les 10 meilleures au cours d'une année.

Les données de TRAC ont été rajustées pour tenir compte de l'évolution de l'industrie en raison de certaines situations, comme les fusions. En conséquence, les entreprises ont été suivies pendant la période de 20 ans. Les changements ont été passablement nombreux.

Les données révèlent constamment un niveau élevé de corrélation entre les résultats supérieurs de souscription et les revenus. Les sociétés les plus efficaces au chapitre de la sélection des risques enregistrent des coûts de sinistres moins élevés et de meilleurs revenus. Cette constatation s'applique à une année en particulier et à une période couvrant plusieurs années. Des constatations semblables ont été effectuées à partir des résultats au Canada et de ceux d'autres marchés importants, comme les États-Unis, le Japon et l'Europe.

Un rendement supérieur peut toutefois s'avérer éphémère dans des secteurs très concurrentiels comme les assurances. Les employés passent d'une entreprise à l'autre, les idées sont copiées et l'innovation permet d'obtenir de meilleurs résultats sur une période relativement courte. L'innovation ou un autre avantage dont une société très performante peut bénéficier peut être imité par d'autres sociétés, ce qui a pour effet de répartir les bénéfices de l'industrie entre un plus grand nombre de sociétés et d'atténuer les résultats de la société qui fut la première à profiter de la situation pour les ramener plus près de la moyenne. Par ailleurs, il convient de souligner qu'aucun assureur ne se classe toujours parmi les moins performants. Chaque société a connu des résultats de souscription au moins modestes à un moment donné pendant la période observée.

Dans cette industrie, on note toujours d'importantes variations des résultats entre les assureurs. Les écarts les plus importants ont été observés au chapitre de la souscription et des revenus. Le rendement du capital investi fluctue très peu. Les revenus supérieurs et faibles se reflètent habituellement dans l'écart de souscription et de sélection des risques. Cet écart fut remarquablement stable au fil des ans.

## **Les chiffres les plus récents**

*Le niveau de souscription soutenu cache la variabilité d'après le secteur d'activité*

Le rendement de souscription des assureurs de dommages canadiens est demeuré stable au troisième trimestre de 1999, comparativement à la même période au cours de trois mois l'an dernier. Les primes gagnées et les demandes ont suivi cette hausse presque pas à pas au cours du trimestre, les primes gagnées progressant de 1,4 % et les demandes de 2,5 %. Par conséquent, le ratio sinistres-primés trimestriel s'est établi à 74,3 %, ce qui



représente une faible variation par rapport au ratio de 73,5 % de l'an dernier. Compte tenu des charges, le ratio combiné s'est fixé à 107,1 % au troisième trimestre, d'où une très faible variation par rapport aux 106,4 % enregistrés un an plus tôt. Au troisième trimestre, le ratio sinistres-primés pour 1999 a atteint 218 millions de dollars, comparativement à 263 millions de dollars pour 1998.

Malgré des résultats globaux soutenus, le rendement est très variable selon le secteur d'activité. Les marchés de l'assurance des biens personnels s'affaiblissent partout au pays, à l'exception des provinces des Prairies où les ratios sinistres-primés sont en régression. Par contre, les marchés de l'assurance des biens commerciaux sont stables ou en progression partout au pays, sauf au Québec. Les résultats dans le secteur de l'assurance automobile sont également partagés : ils s'améliorent au Québec et dans les provinces des Prairies, tandis que les ratios sinistres-primés continuent d'augmenter en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique.

#### *Les revenus de placement sont stables*

Les revenus de placement au troisième trimestre (613 millions de dollars) sont inférieurs à ceux de l'an dernier (708 millions de dollars) et ils ne représentent que 70 % du niveau record enregistré en 1997 (887 millions de dollars). Les résultats obtenus cette année sont toutefois conformes aux revenus et gains de placements enregistrés pendant toute la décennie. Depuis 1990, le revenu de placements moyen au cours du troisième trimestre s'est élevé à 652 millions de dollars.

### **La réponse est à l'intérieur**

Au Canada, le marché de l'assurance est caractérisé par des revenus stables et modestes. Dans la courbe inférieure du cycle d'assurance, où se trouve habituellement le marché, les revenus chutent pour atteindre un RCP de près de 7 %. Dans la partie supérieure de cette courbe, les revenus de l'industrie dépassent rarement 15 %.

Peu de secteurs d'activités au Canada ont connu une augmentation de leurs revenus à chaque année depuis le milieu des années 70, où l'on a commencé à enregistrer des données. L'assurance de dommages est le seul représentant du secteur financier à ce chapitre. Les télécommunications, la production et la distribution d'électricité, de même que la câblodistribution, constituent



quelques-uns des secteurs d'activités non financiers qui sont constamment rentables.

Les périodes de faiblesse économique affectent relativement peu le revenu-primas de l'industrie et certaines charges chutent même pendant une période de ralentissement économique. En fait, le cycle de l'assurance est habituellement très différent du cycle économique global.

Toutefois, les assureurs ne bénéficient généralement pas des gains découlant de périodes en vigueur de l'économie. Bon nombre de secteurs d'activités enregistrent des revenus exceptionnels pendant ces périodes de prospérité, ce qui les aide à passer le ralentissement suivant.

Outre les revenus, d'autres facteurs sont également source de stabilité. Par exemple, les assureurs maintiennent un effectif stable si l'on se fie aux données d'embauche et de licenciement d'autres secteurs. Les sommes consacrées par les assureurs aux technologies et au matériel nouveaux sont également relativement stables d'une année à l'autre. En outre, la capitalisation de l'industrie est solide et elle est en hausse constante.

La plus grande variation au sein du marché de l'assurance s'exerce à l'intérieur de l'industrie et non dans le cycle économique. Cette situation est très différente de celles d'autres secteurs, où il n'est pas rare que chaque entreprise connaisse simultanément un rendement très élevé ou très faible.

Dans le secteur de l'assurance, certaines sociétés enregistrent de piètres résultats au cours d'une année faste pour l'industrie, tandis que d'autres assureurs connaissent de bons résultats pendant une année de misère pour l'industrie. Cet écart peut être très important.

Le principal facteur qui différencie l'assurance réside dans la forte concurrence. Les assureurs appliquent leur propre plan d'activité plutôt que de copier celui du chef de file sur le marché. En fait, l'assurance représente l'un des rares secteurs qui ne comptent pas de véritable chef de file sur le marché ni de producteur dominant. Cette situation peut entraîner la réussite ou peut-être une contre-performance, mais on insiste constamment sur le service à la clientèle et sur le maintien de revenus modestes.



## ÉTUDES TECHNIQUES

par Rémi Moreau

### LES DOCUMENTS D'ASSURANCE

#### La police

La police, qui contient les obligations des deux parties à l'acte d'assurance, est le document central de l'assurance. Le caractère essentiel est confirmé par l'art. 2403 C.c.Q. stipulant que l'assureur ne peut invoquer des conditions qui n'apparaissent pas dans la police. Son importance est telle que le législateur a imposé à l'assureur des conditions de forme, c'est-à-dire des énoncés que l'on doit retrouver dans la police. Le législateur a pris soin de stipuler à trois reprises les éléments qui doivent y être inscrits, primo dans le cadre des dispositions générales (art. 2399 C.c.Q.), secundo dans le cadre du contrat d'assurance de personnes (art. 2415 C.c.Q.), tertio dans le cadre du contrat d'assurance de dommages (art. 2480 C.c.Q.). Ces trois articles sont reproduits en annexe.

Toutefois, ce n'est pas la police qui donne naissance à l'assurance, mais l'entente. La police ne fait que constater l'existence du contrat d'assurance. Elle est, à cet égard, un moyen de preuve privilégié. Mais on peut admettre qu'un assuré ait des droits, dès l'acceptation de la proposition de l'assuré par l'assureur, avant que la police n'ait été souscrite. Une entente verbale, ou encore une simple note confirment que la couverture est acquise, avant même l'envoi de la police, ayant dès lors même force et même effet que la police elle-même.

La police ne règle pas définitivement des droits de l'assuré, en cas de litige. Le tribunal peut prendre en compte :

– les règles impératives édictées par le code civil du Québec portant sur des principes essentiels : par exemple, le défaut d'intérêt d'assurance ;

– les règles impératives édictées par le code civil du Québec portant sur des clauses dites prohibitives : par exemple, en assurance de personnes, l'assureur ne peut invoquer une exclusion en raison d'une maladie non déclarée dans la proposition (à moins que cette affectation ne se manifeste dans les deux premières années de l'assurance sans qu'il n'y ait eu fraude), ou encore une exclusion portant sur le suicide, si tel suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue ; en assurance terrestre (c.-à-d. les contrats d'assurance de personnes ou de dommages), est réputée non écrite une exclusion portant sur une violation de la loi (à moins que cette violation ne constitue un acte criminel) ;

– les caractéristiques fondamentales du contrat : ex. caractère aléatoire, synallagmatique, consensuel, etc. (Voir, *Assurances*, Oct. 1999, p. 435) ;

– les règles d'interprétation : par exemple, les clauses illisibles ou incompréhensibles (art. 1436 C.c.Q.), les clauses abusives (art. 1437 C.c.Q.) ;

– les règles sur la prise d'effet de l'assurance : par exemple, les déclarations initiales mensongères. L'assuré doit fournir à l'assureur une déclaration exacte de ses risques avant la prise d'effet, en vue de permettre à ce dernier de l'accepter et de le tarifer, ou encore de le refuser. Il est nécessaire, selon les articles 2408 C.c.Q. et suivants, que le preneur déclare toutes les circonstances de nature à influencer de façon importante un assureur. Mais il n'est pas nécessaire qu'il déclare les circonstances qui sont connues de l'assureur, ou qui sont de notoriété publique. Le contrat d'assurance est un contrat de bonne foi. Le code prévoit des sanctions différentes selon que les déclarations fausses ont été faites de bonne foi ou de mauvaise foi. La preuve de mauvaise foi, qui incombe à l'assureur, entraîne la nullité de la police. En l'absence de mauvaise foi, l'assureur n'est tenu que dans le rapport de la prime perçue à celle qu'il aurait dû percevoir (art. 2411 C.c.Q.) ;

– la divergence entre la proposition et les stipulations de la police (art. 2400 C.c.Q.) : à notre avis, les divergences doivent porter sur des demandes expresses de l'assuré ou du preneur. Il serait utopique de rompre le contrat dès lors que la proposition n'a pas mentionné une condition ou une exclusion qui n'apparaît normalement que dans la police.

– les clauses de déchéance : il s'agit d'une clause contractuelle de déchéance, qui aurait pour effet de faire perdre à l'assuré

son droit à la garantie (ex. fausse déclaration de sinistre). La déchéance, pour pouvoir être invoquée et autorisée, doit d'abord être prévue explicitement dans le contrat d'assurance ; elle ne doit pas non plus aller à l'encontre des dispositions impératives de la loi.

– les règles concernant le caractère discriminatoire de certaines clauses : la Charte des droits stipule que nul ne peut, dans un acte juridique, stipuler une clause portant discrimination (Voir *La Charte des droits et libertés de la personne et son impact sur les assurances*, Assurances, Juillet 1988). Selon la jurisprudence, aucune sanction n'est prévue dans la loi, permettant d'invalider la police en cas d'inobservation d'une telle clause, notamment lorsque la police est écrite exclusivement en anglais.

La police d'assurance comprend quatre parties principales :

1. *La proposition* : il s'agit d'un document qui n'est pas obligatoire dans toutes les branches d'assurance. On le rencontre systématiquement en assurance de personnes et dans certains types de contrats d'assurance de dommages (assurance automobile, risques spéciaux). La proposition est un document écrit fait par l'assuré lors de la demande de couverture. Le Code prévoit les cas de divergence entre la police et la proposition à l'art. 2400 C.c.Q. La proposition n'engage ni l'assuré ni l'assureur : seule la police ou la note de couverture ont cette particularité.

2. *Les conditions particulières* : il s'agit de dispositions qui concernent strictement les deux parties au contrat, le nom et le numéro de l'assurance en jeu, l'assureur et l'assuré, leur adresse, la période d'assurance, le montant d'assurance applicable aux différentes garanties, la ou les franchises applicables, la prime et la signature par le représentant autorisé de l'assureur. Le contrat est généralement souscrit pour une durée déterminée (un an) ; toutefois, le contrat à durée indéterminée, qui ne contient aucune date d'expiration, est parfaitement licite.

3. *Les conditions générales* : on y retrouve les garanties, les exclusions, les définitions et les conditions d'application des garanties.

4. *Les dispositions légales* : il s'agit de la nomenclature des dispositions imposées par le législateur et qui régissent tout le contrat.

## **Le certificat d'assurance**

Le certificat d'assurance est un document émis par l'assureur à une tierce partie ou à l'assuré, dans le cas d'une assurance collec-

tive (une seule police, dite police maîtresse, est alors émise), qui atteste formellement qu'un contrat d'assurance a été émis par l'assureur. Il mentionne l'assuré désigné et les autres assurés, les garanties souscrites, les montants d'assurance, la période d'assurance et certaines conditions.

Généralement, le certificat contient une clause à l'effet que les renseignements y apparaissant ne sont donnés qu'à titre indicatif et qu'ils ne sauraient engager les parties contractuelles. D'ailleurs, on peut retrouver une disposition dans le certificat à l'effet que seules les conditions du contrat émis peuvent lier l'assureur et l'assuré. Le certificat peut aussi mentionner que l'assureur donnera au titulaire du certificat un préavis écrit de résiliation au regard de toute modification ou annulation du contrat.

### **La note de couverture**

Il existe généralement un délai, plus ou moins long, entre l'entente entre les parties à l'acte d'assurance et l'émission d'une police d'assurance. Contrairement au certificat, la note de couverture signifie plus qu'une simple attestation. Elle lie l'assureur et l'assuré avant la délivrance de la police. À cet égard, elle est un document essentiellement temporaire. La fin de la note de couverture coïncide avec l'émission de la police.

La note de couverture est un document émis par l'assureur qui atteste à l'assuré que l'assureur a accepté le risque et qu'il procède à l'émission du contrat. Elle consacre l'accord des parties sur les conditions essentielles du contrat. Elle atteste les principales garanties, la prime, les assurés nommés au contrat, la période d'assurance et toutes autres informations utiles.

La note de couverture a le même effet que le contrat d'assurance, soit un effet probatoire. Elle sert de preuve à l'existence du consentement. Si la loi ne contient aucune formalité relative à la note de couverture, les auteurs croient qu'elle est assujettie aux mêmes règles que le contrat d'assurance. À titre d'exemple, les mentions obligatoires prévues au Code civil qui doivent être stipulées dans la police devraient également l'être dans la note de couverture. Elle est signée uniquement par l'assureur, qui s'engage à garantir l'assuré contre les risques désignés, à partir de la date de prise d'effet mentionnée. Autre exemple, si l'assureur veut mettre fin à l'entente contractuelle, avant que la police n'ait été émise, il devra respecter les conditions prévues par la loi.

## Les avenants

Les avenants sont des formulaires, dûment datés et signés, modifiant spécialement durant la période d'assurance un aspect de la police, tel que formulé dans l'avenant. Toute disposition stipulée dans un avenant n'a pas pour effet de modifier toute autre disposition du contrat.

L'article 2505 C.c.Q. prévoit toutefois que si un avenant réduit un engagement quelconque de l'assureur ou accroît les obligations de l'assuré, l'assuré ou le titulaire de la police doit y consentir. Un tel avenant doit-il être signé pour être valide ? Pas nécessairement. La loi mentionne que le titulaire doit consentir par écrit à cette modification. Il peut donc le faire par une simple lettre.

Tout comme pour la police, il n'est pas obligatoire que l'avenant soit fait par écrit. L'accord est parfait dès la rencontre de la volonté de l'assureur et de l'assuré. Cependant, il peut se poser ultérieurement des problèmes de preuve. La preuve est subordonnée à la rédaction d'un écrit.

## ANNEXE

**Art. 2399.** La police est le document qui constate l'existence du contrat d'assurance.

Elle doit indiquer, outre le nom des parties au contrat et celui des personnes à qui les sommes assurées sont payables ou, si ces personnes sont indéterminées, le moyen de les identifier, l'objet et le montant de l'assurance, la nature des risques, le moment à partir duquel ils sont garantis et la durée de la garantie, ainsi que le montant ou le taux des primes et les dates auxquelles celles-ci viennent à échéance.

**Art. 2415.** Outre les mentions prescrites pour toute police d'assurance, la police d'assurance de personnes doit, le cas échéant, indiquer le nom de l'assuré ou un moyen de l'identifier, les détails de paiement de prime et les droits de participation aux bénéfices, ainsi que la méthode et le tableau devant servir à établir la valeur de rachat et les droits à la valeur de rachat et aux avances sur police.

Elle doit aussi indiquer, le cas échéant, les conditions de remise en vigueur, les droits de transformation de l'assurance, les modalités de paiement des sommes dues et la période durant laquelle les prestations sont payables.



**Art. 2480.** Outre les mentions prescrites pour toute police d'assurance, la police d'assurance de biens doit indiquer les exclusions de garantie qui ne résultent pas du sens courant des mots ou les limitations qui s'appliquent à des objets ou à des catégories d'objets déterminés, et préciser les conditions de résiliation du contrat par l'assuré ainsi que les conditions de rétablissement ou de continuation de l'assurance après un sinistre.

## LE MONDE VIRTUEL DE L'ASSURANCE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Nous avons visité le site Web du Bureau des services financiers

<http://www.bsf-qc.com>

Le Bureau des services financiers, créé en vertu de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers* (Loi 188), entrée en vigueur en octobre 1999, qui remplace l'ancienne *Loi sur les intermédiaires financiers*, a pour mission de veiller à la protection du public relativement à la distribution de produits et services financiers. Cet organisme d'encadrement multidisciplinaire chapeaute la Chambre de la sécurité financière (remplaçant l'AIAPQ) et la Chambre de l'assurance de dommages (remplaçant l'Association des courtiers d'assurance de la province de Québec).

La page d'accueil du site décrit cette architecture nouvelle. Il suffit de cliquer sur les éléments suivants :

- Réglementation : elle vise les organismes suivants  
Bureau des services financiers, Commission des valeurs mobilières du Québec, Chambre de la sécurité financière, Chambre de l'assurance de dommages, Institut québécois de planification financière, et décrets du gouvernement
- Communiqués : divers communiqués depuis janvier 2000
- Processus d'entrée dans la carrière dans les champs suivants :  
Assurance de personnes, assurance collective de personnes, assurance de dommages, expertise en règlement de sinistre, planification financière, courtage en épargne collective, courtage en contrats d'investissement, courtage en plan de bourses d'études
- Formulaire : notamment diverses demandes de certificats dans les champs ci-dessus
- Bulletin : émis depuis mars 2000
- Questions et réponses : avec recherche par mots clés

---

*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 Bureau des services financiers

<http://www.bsf-qc.com>

The Bureau des services financiers, created by the Loi sur la distribution de produits et services financiers (Bill 188), entered in force in October 1999, and superseding the old *Loi sur les intermédiaires financiers*, has for mission to protect the public while providing a multidisciplinary framework for matters relating to financial products and services. The Bureau covers and regulates the Chambre de la sécurité financière et the Chambre de l'assurance de dommages.

The site home page describes the new architecture. Simply click on each of the following :

- Regulations : it concerns the following organisms :

Bureau des services financiers, Commission des valeurs mobilières du Québec, Chambre de la sécurité financière, Chambre de l'assurance de dommages, Institut québécois de planification financière and government/ministerial orders

- Communiqués : since January 2000
- Information about starting into the career in the following disciplines:

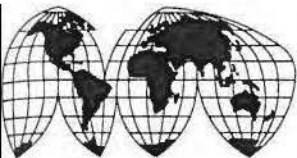
Insurance of Persons, Group Insurance of Persons, Damage Insurance, Claims Adjustment, Financial Planning, Group Savings Plan Brokerage, Investment Contract Brokerage, Scholarship Plan Brokerage

- Application forms : for a Certificate in the above-mentioned disciplines

- Bulletin : issued since March 2000
- Questions and answers : with keywords search

---

*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.*



Marsh & McLennan Companies a fait ses débuts en 1871. Les produits d'exploitation ont atteint 9,2 milliards de dollars en 1999 et notre société figure aujourd'hui sur la liste des *Fortune 500*.

Dans le monde entier, plus de 50 000 professionnels mettent leurs capacités d'analyse, de conseil et de négociation au service de nos clients dans plus de 100 pays.

## Pour un monde de risques en évolution : les solutions de Marsh Canada

**U**ne mauvaise gestion des risques critiques peut transformer votre stratégie d'entreprise en situation de crise. MMC a récemment réalisé une étude qui révèle que, dans les cinq dernières années, 10 % des entreprises qui figurent sur la liste des *Fortune 1000* ont perdu jusqu'à un quart de leur valeur marchande en raison de risques non reconnus par les assurances traditionnelles.

Parmi ces risques nous retrouvons :

- **Les risques stratégiques** : concurrence, demande insuffisante, réglementation, échecs en recherche et développement
- **Les risques financiers** : volatilité des taux d'intérêt, devises étrangères ou marché des produits de base
- **Les risques d'opération** : dépassement des coûts, risques reliés à la chaîne d'approvisionnement, échecs en matière de contrôle de la qualité, irrégularités comptables
- **Les risques catastrophiques** : contamination alimentaire et rappel de produits, catastrophes aériennes

La pression exercée sur les marchés et les conseils d'administration ne cesse d'augmenter pour que des niveaux de performance toujours plus élevés et des résultats toujours mieux ciblés soient atteints. C'est pourquoi la haute direction des entreprises s'est mise à la recherche d'idées novatrices pour traiter l'ensemble de ces risques.

Marsh, leader mondial de services de gestion de risques, met à votre disposition une gamme complète de solutions permettant d'identifier, d'évaluer, d'atténuer et de transférer de tels risques de façon systématique et réfléchie.

Contrairement à d'autres entreprises qui ne se spécialisent qu'en certains domaines, Marsh, en collaboration avec d'autres sociétés de MMC, peut vous fournir une gamme incomparable de services :

- **Marsh Canada Limitée** – conseil en assurances et en gestion de risques, contrôle des risques catastrophiques et plans de continuité des affaires
- **William M. Mercer Limited** – ressources humaines et protection sociale
- **Marsh Global Risk Financing** – systèmes élaborés de financement des risques
- **Mercer Management Consulting** – risques stratégiques et risques relatifs à la chaîne d'approvisionnement
- **M&M Securities** – structure et orientation des marchés et instruments financiers
- **NERA** – recherches et analyses dans les domaines juridiques et de la réglementation, possibilité de modélisation des risques d'entreprises
- **Lippincott & Margalies** – expertise et évaluation des risques reliés aux marques et images de marque des entreprises
- **Guy Carpenter** – modélisation des risques actuariels et catastrophiques, conseils et services de courtage dans le domaine de la réassurance

**Marsh a pour mission de faire converger ses connaissances, son expertise et ses ressources pour fournir à ses clients des solutions de gestion de risques innovatrices et complètes.**

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>e</sup>*

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

## DESMARAIS PICARD GARCEAU PASQUIN

### AVOCATS

Paul Picard, LL.L.  
André Pasquin, LL.L.  
Pierre Viens, LL.L.  
Jean Rivard, LL.L.  
Lucie B. Tétreault, LL.B., LL.M.  
Geneviève Derigaud, LL.L.  
Luc Séguin, LL.L.  
Johanne Fournier, LL.B.  
Sébastien Proulx, LL.B.

Michel Garceau, LL.L.  
Philippe Pagé, LL.L.  
Pierre Boulanger, LL.L.  
Georges Pagé, LL.L.  
Luc Lapierre, LL.B.  
Pierre Bazinet, LL.B.  
Isabelle Desmarais, LL.B.  
Louis-Martin Richer, LL.B.  
Paul Cooper, LL.B.

204, Place d'Youville  
Montréal (Québec) H2Y 2B4  
Téléphone : (514) 845-5171  
Télécopieur : (514) 845-5578

# LIBRE

# EN TOUTE SÉCURITÉ

La liberté de choisir des protections qui vous conviennent et la sécurité d'appartenir à un groupe solide et puissant en assurances automobile et habitation.

Voilà ce que vous offre La Sécurité, assurances générales, le meilleur des deux mondes.

La Sécurité, l'assureur recommandé par

École des  
Hautes Études  
Commerciales

HEC



La Sécurité,  
assurances générales

PREMIER EN ASSURANCE DE GROUPE

Montréal : (514) 281-8121 • Québec : (418) 835-6806  
Sans frais : 1 800 363-6344 • info@lasecurite.com



# DES SERVICES TAILLÉS À VOTRE MESURE

Quels que soient les enjeux,  
notre engagement envers nos clients  
a un but primordial :  
les assurer des services à la mesure  
de leurs besoins.

Notre expérience, notre compétence  
et notre savoir-faire en sont  
votre assurance.



**Bélanger 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  
[www.belangersauve.com](http://www.belangersauve.com)



LA

**FEDERATION**

COMPAGNIE D'ASSURANCES DU CANADA

**Siège social et succursale du Québec**

1000, rue de la Gauchetière Ouest

Bureau 500

Montréal (Québec) H3B 4W5

E-Mail : admin@federation.ca

**Bureau régional**

5600, boul. des Galeries

Bureau 305

Québec (Québec) G2K 2H6

**Stone & Cox Limited**  
PUBLISHERS**Canadian Insurance Journal****Canadian Insurance Annual Review of Statistics****Canadian InsuranceE-News****Canadian Insurance Law Service****The General Insurance Register - national p&c  
insurance directory for Canada****Life Insurance Tables/Tables d'assurance-vie****The Brown Chart/L'annuaire brun - données  
provinciales**

111 Peter Street, Suite 500, Toronto, Ontario M5V 2H1 Canada

**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  
Pascale Pageau  
Sonia Paradis  
Marie A. Pettigrew\*  
Marie St-Pierre  
Michèle St-Onge  
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 CLAIKE-FONTAINE  
BUREAU 300, QUÉBEC (QUÉBEC)  
G1R 5G4  
TÉLÉPHONE : (418) 529-6531  
TÉLÉCOPIEUR : (418) 523-5391

**AFFILIÉ À**  
TORYS  
**NEW YORK, TORONTO,  
BEIJING**

**MEMBRE DE**  
LEX MUNDI, CHEF DE FILE  
MONDIAL REGROUPANT  
151 CABINETS D'AVOCATS  
INDÉPENDANTS

**INTERNET**  
SITE Web :  
[www.ddsm.ca](http://www.ddsm.ca)  
COURRIEL :  
[avocat@ddsm.ca](mailto:avocat@ddsm.ca)

Swiss Re Life & Health



*Votre partenaire pour la vie!*

Suisse de Réassurances  
Vie et Santé Canada  
1010, rue Sherbrooke Ouest  
17e étage  
Montréal (Québec)  
H3A 2R7

Tél. : (514) 289-3134  
Fax : (514) 289-8808

**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 Marquis

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

---

**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, L.L.L.  
Jean-François Lépine  
Chantale Massé  
Jean Charrette  
Gilbert Hourani  
François Joubert  
Jean-François L. Denis

Le bâtonnier Guy Pepin, C.R.  
Gaétan H. Legris  
André Cadieux  
Anne Jacob  
Yves Carignan  
Rémi Tremblay  
Marc-André Raymond  
Stéphanie Robillard  
Vlad Zolia

Robert J. Laffeur  
Daniel Letourneau  
Michel Beauregard  
Charles E. Bertrand  
Céline Gervais  
Pascale Caron  
Guylaine Mallette  
Martin André Roy  
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 guarantee or new wording analysis

**Gestion des risques:** studies or conferences on risk management

**IBC News/Nouvelles du BAC:** news from industry published by IBC

**Intermédiaires de marché:** studies on agent brokers or loss adjusters

**Internet Surfer Page:** Web site description a company or organism

**Projets de recherche des chaires:** project research conducted by the three Canadian Insurance and Risk Management Chairs

**Reinsurance Dialogue:** discussion between two reinsurance's representatives

**Tendances:** new trends reported by Aon Group Documentation Center.

## **Les articles publiés dans Assurances sont répertoriés dans :**

*Index à la documentation juridique au Canada, Index de périodiques canadiens, Index to Canadian Legal Periodical Literature, Index to Legal Periodicals & Books, Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec, Insurance Journal Index, Insurance Periodical Index, Répère et Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.*

## **Politique éditoriale**

*Assurances* est publiée trimestriellement, soit en avril, en juillet, en octobre et en janvier. Elle contribue, par des études ou des recherches, à mieux faire connaître l'assurance et ses techniques, dans les branches IARD ou vie, ainsi que la gestion des risques.

Les textes sous la rubrique «Articles généraux» doivent être transmis au chef de la rédaction, en français ou en anglais, deux mois avant le mois de publication. Ils doivent être dactylographiés. Ils ne doivent pas dépasser 30 pages, à un interligne et demi, sur papier 8 1/2" x 11" et ils doivent être accompagnés d'une disquette, format Word PC ou Macintosh, ou format compatible. Ils peuvent également être acheminés par courrier électronique.

Chaque texte est accompagné d'un résumé en français et en anglais.

Les textes sous la rubrique «Articles évalués» doivent être transmis au chef de la rédaction au moins trois mois avant le mois de publication. Ils font l'objet d'une évaluation par un membre du Comité international de lecture et/ou par un évaluateur externe.

Les auteurs reçoivent gratuitement trois exemplaires du numéro de la revue auquel ils ont collaboré.

La Revue se réserve le droit d'apporter certaines corrections quant à la forme, sur les plans grammatical ou orthographique ou conformément à ses normes typographiques.

Les articles n'engagent que leurs auteurs.

La Revue tient à remercier sincèrement les sociétés, les fondations ou les organismes qui, par leur publicité ou des subventions, contribuent à son financement.

## **Articles are indexed in the following publications:**

*Index à la documentation juridique au Canada, Index de périodiques canadiens, Index to Canadian Legal Periodical Literature, Index to Legal Periodicals & Books, Annuaire de jurisprudence et de doctrine du Québec, Insurance Journal Index, Insurance Periodical Index, Répère and Corpus Almanac & Canadian Sourcebook.*

## **Editorial policy**

*Assurances* is published four times a year, in April, July, October and January. The paramount objective is to publish studies or research works on property & casualty insurance and life insurance, as well as risk management.

French or English manuscripts intended for publication under the "General articles" section must be sent to the Editor-in-chief at least two months before the month of publication. Manuscripts must be typed, 1 1/2-spaced, on 8 1/2" by 11" paper, and should not exceed 30 pages, along with a diskette containing the article in Word PC or Macintosh or compatible word-processor format or transmitted by E-Mail.

Each manuscript must be accompanied by an abstract in French and in English.

Manuscripts under the "Evaluated articles" section must be sent to the Editor-in-chief at least three months before the month of publication. They are further evaluated by a member of the International Editorial Board and/or by an external referee.

Authors will receive three issues containing their article, free of charge.

The Editors reserve the right to make appropriate changes related to correctness of grammar or spelling, or to ensure conformity to *Journal* style.

Opinions expressed in *Assurances* are solely those of the authors.

The Editor would like to express his gratitude to the corporations, foundations and organizations, who have financed *Assurances* through advertisements and subsidies.





## 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.

The logo for HEC (École des Hautes Études Commerciales) consists of the letters 'HEC' in a bold, stylized, blocky font. The letters are interconnected, with the 'H' and 'E' sharing vertical strokes, and the 'C' being a simple curve.

École des Hautes Études Commerciales