

Droit des assurances Responsabilités et obligations des mandataires (de l'assureur ou de l'assuré) ©

No de reconnaissance de l'activité : CSF 09-05-24544 – 3 UFC en conformité

Conférencier :
Me Maurice Charbonneau

Document remis à l'occasion d'une conférence organisée par :
La Chambre de la sécurité financière – section Estrie
9 novembre 2011



MC

www.charbonneau-avocatsconseils.ca

2120, avenue Victoria, bureau 180, Greenfield Park (Québec) J4V 1M9
Téléphones : 514 868-0220, 450 672-0016, Télécopieur : 450 672-2121

Maurice Charbonneau, avocat
Courriel : 11mch@bellnet.ca

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction	2
2.	Examen des règles de droit concernant le mandat (Art. 2130 et suivants du Code civil du Québec)	2
3.	Qualification d'un mandataire et identification de son mandat	4
4.	Conséquences de la qualification de « mandataire » quant aux responsabilités et obligations	5
5.	Qui est susceptible d'être reconnu comme mandataire de l'assureur, de l'assuré ou de l'adhérent ?	5
6.	Modification involontaire des contrats d'assurance par un mandataire	5
7.	Obligations spécifiques du mandataire de <u>l'assureur</u>	6
8.	Illustrations jurisprudentielles	8

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET JURISPRUDENCE

Extraits du Code civil du Québec concernant le « mandat »	15
<i>Compagnie d'assurances générales Kansa international, C.A.</i> 2003.....	24
<i>Boulangier c. Assurance-vie Desjardins, C.S.</i> 1999.....	26
<i>9000-7048 Québec inc. c. Banque Nationale du Canada</i>	29
<i>Laflamme c. Acier Bouchard inc.</i>	31
<i>Jalbert c. Desjardins sécurité financière</i>	33
<i>Tanguay c. Ordre des ingénieurs du Québec</i>	35
<i>Lemieux c. Croix-Bleue du Québec Canassurance</i>	39
<i>L'Association des Diplômés de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal c. Aeterna-Vie compagnie d'assurance</i>	41
<i>Gauthier c. Citadelle, compagnie d'assurances générales</i>	63
<i>Unum c. Bidégaré</i>	70

1. INTRODUCTION

Les règles juridiques en matière de « mandat » sont omniprésentes, mais trop souvent ignorées, dans l'interrelation entre assuré, représentant, assureur, preneur et administrateur en assurance collective et adhérent. La connaissance des règles du mandat est susceptible de permettre à chacun des intervenants de mieux comprendre ses rôles, obligations, devoirs et responsabilités.

Les règles de droit concernant le « mandat » se retrouvent aux articles 2130 à 2185 du *Code civil du Québec*. Le texte de ces articles est joint au présent document.

Le « mandat » est un contrat, mais dans les situations d'interrelation entre les intervenants mentionnés ci-dessus, ce contrat ne fait absolument pas l'objet d'un écrit spécifique. Il est créé souvent implicitement et d'une certaine façon à l'insu des intéressés. À défaut d'un document écrit constatant les dispositions devant prévaloir entre les parties, les dispositions du *Code civil du Québec* constitueront les clauses de ce contrat.

Il y a un contrat de mandat dès que les conditions mentionnées à l'article 2130 du *Code civil du Québec* sont présentes, soit :

Le mandat est le contrat par lequel une personne, le mandant, donne le pouvoir de la représenter dans l'accomplissement d'un acte juridique avec un tiers, à une autre personne, le mandataire qui, par le fait de son acceptation, s'oblige à l'exercer.

Ce pouvoir est, le cas échéant, l'écrit qui le constate, s'appelle aussi procuration.

2. EXAMEN DES RÈGLES DE DROIT CONCERNANT LE MANDAT (Art. 2130 et suivants du *Code civil du Québec*)

Les articles 2130 et suivants du *Code civil du Québec* sont d'une rédaction accessible, il n'est pas nécessaire d'être un juriste pour en faire une lecture appropriée. Nous vous invitons à prendre connaissance de chacun de ces articles, mais pour les fins de notre présentation, nous n'aborderons que les principes généraux et nous vous laisserons le soin de découvrir les détails de vos contrats de mandat.

L'article 2132 du *Code civil du Québec* illustre bien comment ce contrat peut se conclure, sans aucun document, et très discrètement :

L'acceptation du mandat est expresse ou tacite; elle est tacite lorsqu'elle s'induit des actes et même du silence du mandataire.

Là, on pourrait en quelque sorte dire que le représentant en assurance, au cours de sa carrière, signe une très grande quantité de contrats de mandat, mais cette signature est apposée avec

de l'encre invisible sur un contrat tout autant invisible. La conséquence de cette réalité est de laisser aussi beaucoup de place quant à l'interprétation des dispositions de ces contrats ...

Le mandant est la personne qui accorde le mandat et le mandataire est la personne qui l'exécute.

Il importe de d'abord connaître les obligations entre les différents acteurs d'un contrat de mandat :

a) Obligations du mandataire envers le mandant

À partir du moment où une personne a accepté d'agir en qualité de mandataire, elle est tenue d'accomplir ses fonctions et elle est tenue d'agir avec prudence, diligence, honnêteté et loyauté dans le meilleur intérêt du mandant.

Le mandataire doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et celui de son mandant.

Le mandataire a l'obligation d'informer le mandant de l'état d'exécution de son mandat.

Le mandataire est responsable envers le mandant de ses faits et gestes ainsi que de ceux des personnes qui l'ont assisté dans la réalisation du mandat.

b) Obligations du mandant envers le mandataire

Le mandant est tenu de coopérer avec le mandataire de manière à favoriser l'accomplissement du mandat.

Si le mandataire s'est engagé envers des tiers dans l'exécution de son mandat, le mandant aura l'obligation de le libérer de ses obligations ainsi prises en son nom. Mais le mandataire risquera de demeurer seul responsable des obligations prises envers des tiers lorsqu'il a posé des actes qui excédaient les limites de son mandat. L'appréciation de ce qui constitue les limites du mandat est un élément très vaste et, quelque part, potentiellement aléatoire, car sujet à une appréciation de ses limites parfois subjective plutôt que formelle.

Lorsqu'il excède les limites de son mandat, le mandataire engage sa responsabilité personnelle, sans pouvoir espérer être indemnisé par son mandant.

Mais si l'excès de ces limites est plus avantageux pour le mandant, il sera présumé l'avoir ratifié, mais pas si c'était désavantageux. Il y a là aussi une large place à l'appréciation de ce qui peut être considéré comme étant avantageux ou désavantageux pour le mandant.

c) Obligations du mandataire envers les tiers

Lorsque le tiers connaît la qualification de mandataire d'une personne, ce mandataire, qui agit dans les limites de son mandat, ne sera pas tenu responsable personnellement envers le tiers.

Lorsque le mandataire outrepassa ses pouvoirs, il s'engage personnellement envers le tiers plutôt que d'avoir engagé son mandant envers ce tiers.

d) Obligations du mandant envers les tiers

Le mandant sera obligé à l'égard des tiers pour les engagements pris en son nom par le mandataire. Il est aussi tenu contractuellement aux obligations faites par son mandataire qui aurait excédé les limites de son mandat si il les a ratifiées.

Le mandant est responsable du préjudice causé par la faute du mandataire qui a agi à l'intérieur des limites de son mandat.

Le mandat prend fin par la révocation qu'en fait le mandant. Le mandataire, qui continuerait à agir tout comme s'il était toujours autorisé après révocation du mandat, expose sa responsabilité personnelle.

3. QUALIFICATION D'UN MANDATAIRE ET IDENTIFICATION DE SON MANDANT

Dans le domaine de l'assurance, la qualification d'un mandataire et l'identification du mandant sont à l'origine de polémiques juridiques et de légendes urbaines. Transposée dans l'univers spécifique du droit des assurances, cette problématique de qualification et d'identification pourrait s'exprimer, à titre d'exemple, ainsi :

Le représentant est-il le mandataire de l'assureur ou de l'assuré, ou encore, le preneur d'un contrat d'assurance collective, l'employeur, l'administrateur d'un régime d'assurance collective, est-il le mandataire de l'assureur ou le mandataire de l'adhérent.

La problématique pourrait aussi s'exprimer sous l'angle d'une identification du mandant de la façon suivante :

Qui est le mandant du représentant en assurance, s'agit-il de l'assureur ou de l'assuré, ou encore, qui est le mandant de l'administrateur du régime d'assurance collective, l'assureur ou l'adhérent ?

On entend parfois énoncer qu'un agent d'assurance est le mandataire de l'assureur et qu'un courtier est le mandataire de l'assuré. Cette distinction n'est pas retenue par les tribunaux lorsqu'il s'agit de déterminer si un représentant en assurance a agi en qualité de mandataire de l'assureur ou de l'assuré. Les tribunaux vont accorder souvent plus d'importance aux apparences qu'à la véritable relation juridique existant entre le représentant et l'assureur. Le mandat apparent sera retenu par le tribunal au détriment de la relation entre l'assureur et un représentant qui aurait été très précisément et adéquatement encadrée dans un contrat écrit.

La qualification d'un mandataire et l'identification de son mandant entraînent des conséquences importantes quant aux responsabilités et à l'étendue des obligations contractuelles. Le représentant, en agissant pour son mandant, que ce soit pour l'assureur ou pour l'assuré, obligera celui-ci car il parlera en son nom. Il est donc important d'identifier de qui le représentant est-il le mandataire. Nous pourrions reprendre nos mêmes propos en remplaçant

dans les phrases précédentes le mot « représentant » par « administrateur du régime d'assurance collective » ou « employeur ».

4. CONSÉQUENCES DE LA QUALIFICATION DE « MANDATAIRE » QUANT AUX RESPONSABILITÉS ET OBLIGATIONS

En recherchant la qualification de «mandataire» les tribunaux ont pris en considération des toutes sortes de facteurs. Sans faire une revue exhaustive des facteurs examinés par les tribunaux, nous illustrerons nos propos par quelques jugements.

Les tribunaux ont aussi exprimé à quelques reprises que le représentant agit parfois en même temps comme mandataire de l'assureur et mandataire de l'assuré selon le geste posé. Ce qui importe de souligner, c'est qu'il n'existe pas de critère absolu permettant catégoriquement de nier ou de reconnaître le rôle de mandataire du représentant.

Il n'est pas rare qu'en toute bonne foi et sans avoir pu l'appréhender, un assureur voit ses obligations transformées, son contrat modifié, par les gestes et paroles d'un mandataire qui a également agi en toute bonne foi sans être conscient des possibilités qu'un tribunal lui reconnaisse éventuellement le pouvoir indirect de modifier le contrat d'assurance ou les obligations d'un assureur. Par son comportement, le mandataire peut modifier l'étendue de l'obligation de déclarer d'un assuré, la définition d'invalidité, la date d'entrée en vigueur d'un contrat d'assurance, les conditions d'admissibilité, etc.

Les mandataires se sont vus reconnaître le pouvoir (et non le droit) de modifier involontairement les contrats d'assurance. Ces modifications involontaires engageront les responsabilités du mandataire, du mandant, tant entre eux qu'envers les tiers.

5. QUI EST SUSCEPTIBLE D'ÊTRE RECONNU COMME MANDATAIRE DE L'ASSUREUR, DE L'ASSURÉ OU DE L'ADHÉRENT ?

Les différentes situations, ayant fait l'objet de décisions des tribunaux, nous incitent à affirmer que tous les intervenants et intermédiaires peuvent potentiellement être qualifiés de mandataire selon les circonstances. Ainsi, le personnel travaillant pour un représentant d'assurance, et toute autre personne à qui des tâches seraient déléguées, tout comme les employés d'un preneur en assurance collective, qu'il s'agisse d'un employeur ou d'une institution financière, telle une Caisse populaire, sont tous susceptibles de se voir qualifiés de mandataire.

Leur statut de mandataire sera reconnu alors qu'ils seront intervenus à quelque titre que ce soit, mais particulièrement lors de la transmission d'informations et de directives entre un assureur et un assuré ou un adhérent.

6. MODIFICATION INVOLONTAIRE DES CONTRATS D'ASSURANCE PAR UN MANDATAIRE

Les risques de modification des termes d'un contrat d'assurance par un mandataire s'illustrent par différentes formes de communication, soit verbalement, par courrier, courriel, lettre, bulletin d'information, etc.

À titre d'exemple, un employeur ou un représentant, qui formule dans un écrit des explications paraphrasant les conditions d'admissibilité ou les exigences pour satisfaire aux définitions d'invalidité totale, risque de créer, en n'ayant pas reproduit textuellement le texte du contrat d'assurance, des occasions de divergence ou d'interprétation aux conséquences imprévisibles.

7. OBLIGATIONS SPÉCIFIQUES DU MANDATAIRE DE L'ASSUREUR :

a) Transmission de renseignements, obligation d'information

Les tribunaux, lorsqu'il s'agit de protéger les droits d'un assuré, ont considéré très largement les obligations du mandataire de l'assureur quant à la transmission de renseignements et quant aux obligations d'information. À titre d'exemple, en assurance collective, l'on pourrait citer les obligations du preneur ou de l'employeur ou du représentant en assurance ou parfois autres intervenants d'informer un adhérent de son droit de transformation en assurance individuelle lors de l'expiration d'un contrat cadre. Dans le cas du représentant en assurance, cette obligation d'information et de transmission de renseignements est plus lourde en ce qu'elle comporte aussi une obligation de conseiller.

Dans sa gestion d'un contrat d'assurance collective, l'employeur (alors mandataire) doit veiller particulièrement au respect des règles d'admissibilité, d'inscription des adhérents, de transmission des informations à l'assureur et à l'information adéquate des adhérents.

La responsabilité peut être engagée lorsque les informations pertinentes ne sont pas transmises de façon ponctuelle à l'assureur telles que quant aux modifications de la rémunération des adhérents : dans de telles circonstances, l'assureur risque de ne verser qu'une prestation d'invalidité basée uniquement sur le salaire qui avait été déclaré en temps opportun et non le salaire réel, d'où risque de responsabilité de l'administrateur du régime.

À titre d'illustration, nous présenterons ci-après certaines considérations quant aux désignations du bénéficiaire.

➤ **En assurance collective : désignations irrévocables et changement d'assureur du groupe**

En assurance collective, pour les fins d'application des règles relatives à l'incontestabilité ou à l'application de l'exclusion de deux ans pour suicide, le tribunal a déjà considéré que, malgré le changement d'assureur d'un groupe, il s'agissait, à l'égard des adhérents, d'une assurance continue et que l'on ne pouvait pas leur opposer les changements d'assureurs du groupe dans l'application des règles du contrat en vigueur lors de leur adhésion.

Il y a lieu d'appréhender que, malgré les changements d'assureurs, les tribunaux considèrent la protection d'assurance comme étant une continuité d'assurance, soit une situation d'unicité d'assurance.

Qu'en est-il alors des désignations de bénéficiaires irrévocables qui auraient été faites par l'adhérent au moment de son adhésion ou ultérieurement? Il n'existe pas au Québec de registre central des désignations de bénéficiaires et par ailleurs il n'est pas

rare de constater comme pratique qu'à chaque changement d'assureur d'un groupe, l'on fasse compléter aux adhérents de nouvelles cartes comportant potentiellement de nouvelles désignations de bénéficiaires parfois irrévocables. Pourrions-nous croire qu'un adhérent à un contrat d'assurance collective pourrait nommer un nouveau bénéficiaire irrévocable à chaque fois qu'il y a un changement d'assureur? À travers l'existence d'une protection d'assurance pour un groupe déterminé, est-il possible de retracer l'historique des désignations de bénéficiaires révocables et irrévocables? Est-ce que les prestations d'assurance décès versées au dernier bénéficiaire nommé empêcherait un bénéficiaire irrévocable précédent de venir aussi réclamer le paiement de la prestation d'assurance-vie au dernier assureur du groupe?

➤ **Désignation de bénéficiaire dans un testament : à l'abri des dettes de la succession?**

L'article 2455 du *Code civil du Québec* stipule ce qui suit :

La somme assurée payable à un bénéficiaire **ne fait pas partie de la succession de l'assuré**. De même, le contrat transmis au titulaire subrogé ne fait pas partie de la succession du titulaire précédent.

Et l'article 2450 du *Code civil du Québec* édicte ce qui suit :

La désignation ou la révocation contenue dans un testament nul pour vice de forme n'est pas nulle pour autant, mais elle l'est si le testament est révoqué.

Cependant, la désignation ou la révocation contenue dans un testament ne vaut pas à l'encontre d'une autre désignation ou révocation postérieure à la signature du testament. Elle ne vaut pas, non plus, à l'encontre d'une désignation antérieure à la signature du testament, **à moins que le testament ne mentionne la police d'assurance en cause ou que l'intention du testateur à cet égard ne soit évidente**.

b) Preuve testimoniale à l'encontre des déclarations contenues dans la proposition d'assurance (Art. 2413 du *Code civil du Québec*)

En vertu du *Code civil du Québec*, il y a une règle de droit, reconnue par les tribunaux aussi en *Common Law*, à l'effet que **l'on ne peut pas contredire par une preuve testimoniale**, soit par la simple parole de témoins, le contenu d'un écrit valablement fait. Mais le *Code civil du Québec* prévoit en son article 2413 une exception à ce principe :

Lorsque les **déclarations** contenues dans la proposition d'assurance y ont été **inscrites ou suggérées par le représentant de l'assureur ou par tout courtier d'assurance**, la **preuve testimoniale est admise** pour démontrer qu'elles ne correspondent pas à ce qui a été effectivement déclaré.

Cet article du *Code civil du Québec* impose aux représentants et aux assureurs une lourde responsabilité et un devoir d'anticiper les situations de façon à se prémunir des risques de voir les éléments contenus dans une proposition d'assurance mis de côté par un tribunal suite au témoignage de l'assuré.

L'article 2413 impose aux représentants et à l'assureur une importante obligation de diligence afin de protéger leur responsabilité en se ménageant de bons moyens de preuve sur ce qui a été effectivement déclaré par un assuré.

Les tribunaux ont retenu plusieurs fois la responsabilité du preneur en assurance collective. Il nous semble que les jugements intervenus contre les preneurs de contrat en assurance collective ont été davantage rapportés au cours de la dernière décennie. La responsabilité des preneurs est engagée dans une multitude de situations, mais découle soit de leur obligation d'informations à l'égard des adhérents ou quant aux obligations qui incombent aux preneurs dans les fonctions spécifiques dont ils sont investis.

c) Assurance collective : divergences entre l'attestation d'assurance et la police d'assurance collective (Art. 2401 du Code civil du Québec)

L'article 2401 du *Code civil du Québec* énonce ce qui suit :

2401. L'assureur délivre la police d'assurance collective au preneur et il lui remet également les attestations d'assurance que ce dernier doit distribuer aux adhérents.

L'adhérent et le bénéficiaire ont le droit de consulter la police à l'établissement du preneur et d'en prendre copie et, en cas de **divergence** entre la police et l'attestation d'assurance, ils peuvent invoquer l'une ou l'autre, selon leur intérêt.

La notion de « divergence » laisse potentiellement beaucoup de place à la discrétion et à l'arbitraire de la personne qui a à décider s'il y a ou il n'y a pas divergence.

Il ne faudrait pas s'étonner que dans certaines circonstances, un tribunal puisse se laisser séduire par l'argument de divergence qui résulterait du fait que l'attestation d'assurance n'énumère pas certaines exclusions ou certains éléments ayant pour effet de réduire la garantie.

Il arrive parfois que les tribunaux aient considéré comme faisant partie de l'attestation ou de la proposition d'assurance les documents d'informations transmis en assurance collective de même que certains documents de publicité en assurance individuelle. Une brochure explicative paraphrasant les termes d'un contrat d'assurance, au lieu de les reproduire textuellement, comporte des risques de divergence.

8. ILLUSTRATIONS JURISPRUDENTIELLES

Compagnie d'assurance générale Kansa Internationale, C.A. 2003

Quoique ce jugement soit en matière d'assurance responsabilité, les principes énoncés s'appliquent tout au tant en assurance de personne. Il s'agissait dans cette affaire d'une situation où un courtier agissait comme gestionnaire d'un programme d'assurance, soit une situation pouvant juridiquement correspondre à celle de l'employeur dans sa gestion d'un contrat d'assurance collective. Le courtier assurait le suivi quant à l'émission des certificats

d'assurance et quant à leurs renouvellements. Le courtier agissait aussi dans la gestion de réclamation.

Dans cette affaire, le contrat d'assurance exigeait qu'un avis de sinistre soit transmis à l'assureur lui-même. Or, aucun avis de sinistre n'avait été transmis en temps approprié à l'assureur, mais comme le courtier connaissait l'existence de ce sinistre, le tribunal a énoncé le principe que « lorsqu'un courtier détient un mandat apparent, il engage l'assureur dans les actes qu'il accomplit dans le cadre de son mandat ». Après avoir ainsi identifié l'existence d'un mandat apparent, le tribunal a décidé que contrairement à ce que stipulait le contrat d'assurance, il n'était pas nécessaire de transmettre un avis de sinistre à l'assureur lui-même et qu'en en transmettant un au courtier cela correspondait à la transmission d'un avis au mandataire de l'assureur et que c'était alors suffisant.

Boulangier c. Assurance-vie Desjardins, C.S. 1999

Il s'agit d'un cas d'assurance collective sur la vie accessoire à un prêt hypothécaire où il y a eu oubli d'un employé du preneur, soit un préposé d'une caisse d'économie, de remplir la demande d'adhésion. Le préposé de la caisse d'économie, agissant pour le preneur, a été reconnu comme agissant en qualité de mandataire de l'assureur. En fait, il a été plus précisément considéré que la caisse d'économie agissait comme mandataire de l'assureur et que la caisse agissait par son préposé qui devenait alors le mandataire de l'assureur, le tout indépendamment du fait qu'il n'était pas le préposé de l'assureur.

Le tribunal a considéré que le mandataire avait commis une faute dans l'exécution de son mandat et qu'en conséquence il liait son mandat soit l'assureur.

Le tribunal aurait peut-être plutôt dû condamner la caisse d'économie à payer des dommages équivalents à la prestation d'assurance plutôt que de condamner l'assureur, mais malgré les arguments que nous pourrions faire valoir à cet effet, il importe surtout de constater que les tribunaux font preuve d'une grande générosité à l'égard des adhérents lorsqu'il s'agit d'identifier un mandataire de l'assureur.

En extrapolant les conséquences de cette décision, l'on pourrait considérer que l'adjointe, la secrétaire ou autres ressources techniques d'un employeur pourrait ainsi se voir attribuer le rôle de mandataire de l'assureur. L'assureur peut difficilement se protéger contre de telles situations. La bonne foi de l'employeur ne suffira pas à écarter la reconnaissance du rôle de mandataire.

En matière d'assurance collective des débiteurs d'institutions financières, il existe plusieurs décisions qui ont contribué à élargir la reconnaissance du rôle de mandataire de l'assureur.

9000-7048 Québec Inc. c. Banque Nationale du Canada, C.S. 2004.

Il s'agit d'une situation où un emprunteur a souscrit à un contrat d'assurance collective sur la vie proposée par une institution financière, mais sa proposition d'assurance avait été rejetée. L'adhérent, l'emprunteur, croyait qu'il était dûment assuré. L'institution financière ayant fait défaut d'informer l'assuré, ayant manqué de diligence dans l'administration du contrat-cadre, celle-ci a été condamnée à payer le solde dû sur le prêt consenti à l'emprunteur.

La responsabilité du preneur aurait pu être retenue par différentes dispositions du *Code civil du Québec*, mais le tribunal a mis en évidence l'article 258 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*, lequel article se lit ainsi :

Le preneur d'un contrat d'assurance collective sur la vie doit être en mesure de pourvoir à l'administration du contrat-cadre ainsi qu'à la perception et à la remise des primes.

Laflamme c. Acier Bouchard Inc., C.S. 2004.

Il s'agit d'une situation où le preneur d'un contrat d'assurance collective, soit l'employeur du salarié, s'est vu condamné à payer une indemnité équivalente à celle qu'aurait dû recevoir le salarié ou ses bénéficiaires.

L'employé ne bénéficiait d'aucune protection d'assurance-vie au jour de son décès et le tribunal est arrivé à la conclusion qu'il s'agissait du résultat de la faute et de la négligence du préposé de l'employeur. Le tribunal a affirmé que « l'obligation de renseignements à laquelle est tenu le preneur passé d'abord et avant tout par la formation de ses préposés ».

Jalbert c. Desjardins Sécurité Financière, C.Q. 2005.

Dans cette affaire on reprochait à l'adhérent d'une assurance, accessoire à un contrat de prêt consenti par une Caisse Populaire, son omission d'avoir révélé ses antécédents médicaux, et d'avoir faussement déclaré avoir été salarié, alors qu'il était plutôt travailleur autonome. Le témoignage de l'adhérent a été retenu pour engager la responsabilité de l'institution financière. L'adhérent avait affirmé que ce sont les préposés de l'institution financière qui ont rempli les formulaires de demande d'assurance, formulaires qu'il s'est contenté de signer. Il importe de souligner que le demandeur résidait dans un petit village et faisait affaires avec la Caisse Populaire depuis vingt-cinq ans. Les préposés du preneur connaissaient bien sa situation.

Tanguay c. Ordre des Ingénieurs du Québec, C.S. 2006.

Un ingénieur a poursuivi l'Ordre des Ingénieurs du Québec, ainsi que l'assureur du régime d'assurance collective de l'Ordre des Ingénieurs du Québec. L'adhérent n'était plus membre de l'Ordre des Ingénieurs du Québec, et il reprochait, à l'Ordre des Ingénieurs du Québec, de ne pas l'avoir informé que le fait de ne plus être membre lui faisait perdre les bénéfices de l'assurance collective.

La responsabilité du preneur, le Conseil Canadien des Ingénieurs, n'a pas été retenue, parce que le tribunal est arrivé à la conclusion que l'assureur n'avait pas délégué au preneur les responsabilités généralement dévolues à un preneur quant à l'administration du contrat. Le tribunal a considéré que le preneur n'avait aucune obligation envers l'adhérent. Par ailleurs le tribunal a retenu la responsabilité de l'assureur en raison de son défaut d'informer l'adhérent de son droit de transformer son assurance-vie collective en assurance-vie individuelle.

Dans cette affaire, peut-être que la décision du tribunal aurait été différente si l'assureur avait décidé d'entreprendre des procédures en garantie contre le preneur du contrat, où il aurait allégué et prouvé le défaut du preneur d'informer adéquatement les membres du groupe?

Lemieux c. Croix Bleue du Québec Canassurance.

Dans cette affaire il y avait des différences dans le texte du contrat d'assurance collective et l'attestation d'assurance remise à l'adhérent. Le contrat d'assurance indiquait que la prestation d'invalidité était réduite du montant de prestation à être versé par la Régie des rentes du Québec. Par contre ni le certificat d'assurance ni le dépliant qui avait été remis par l'assureur ne mentionnait une réduction de la prestation d'invalidité en raison de sommes versées par la Régie des rentes du Québec.

Le tribunal a appliqué le principe formulé à l'article 2401 du *Code civil du Québec* à l'effet qu'au cas de divergence entre l'attestation d'assurance et le contrat d'assurance, l'adhérent pouvait invoquer l'une ou l'autre selon son intérêt.

En conséquence, malgré le fait que le contrat d'assurance prévoyait bien la réduction du montant de la prestation, le tribunal a condamné l'assureur à payer le plein montant de l'indemnité prévue à l'attestation, sans la réduire des sommes versées par la Régie des rentes du Québec.

Ce jugement nous rappelle un principe important souvent, négligé par les employeurs, soit l'obligation de permettre à l'adhérent de consulter et de prendre copie du texte du contrat d'assurance collective.

Ce jugement nous indique aussi que la divergence pourra aussi prendre en considération, en plus du certificat, le texte de documents d'information transmis aux adhérents. L'on comprend que la transmission, par un employeur, de lettres d'information concernant les protections du contrat d'assurance collective, risque de pouvoir être invoquée par un adhérent comme faisant partie des informations de l'attestation d'assurance et, au cas de divergence avec le contrat d'assurance, les informations ainsi transmises à l'adhérent peuvent engager l'assureur au-delà du terme du contrat et indirectement engager la responsabilité de l'employeur à l'égard de l'assureur.

Le tribunal, lorsqu'il examine les documents qui lui sont soumis, particulièrement le texte de l'attestation d'assurance et de tous documents d'information transmis à l'adhérent, appliquera comme règle d'interprétation celle de l'« Attente raisonnable de l'adhérent ». Il s'agit d'une méthode d'interprétation qui s'en remet davantage à la perception subjective de l'assuré qu'à une analyse technique des documents.

L'Association des Diplômés de l'École des Hautes Études Commerciales de Montréal c. Aeterna-Vie compagnie d'assurance.

L'employeur avait retenu les services d'une personne et parmi ses conditions de travail, il y avait celles concernant les protections d'un contrat d'assurance collective.

Un diagnostic d'infection aiguë au VIH de cet adhérent était à l'origine du litige. L'assureur n'acceptait pas la réclamation de cet adhérent et invoquait plutôt la nullité du contrat d'assurance collective en raison des défauts par l'employeur de transmettre ponctuellement les informations pertinentes quant aux adhésions au contrat et parce qu'il ne respectait pas les conditions de participation minimale (100%) au régime d'assurance collective.

L'assureur était bien fondé de demander l'annulation au complet du contrat d'assurance collective et non pas uniquement l'adhésion de l'employé concerné. En conséquence, l'employeur devenait exposé à l'obligation de verser à son employé les prestations que l'assureur aurait versées, puisque les protections d'assurance collective faisaient partie des engagements contractuels de l'employeur et que, par ses fautes, ces protections n'ont pas été maintenues, engageant ainsi la responsabilité de l'employeur.

Gauthier c. Citadelle compagnie d'assurances générales.

Il s'agissait de la réclamation d'une indemnité de décès. L'assureur prétendait ne rien devoir en raison du départ à la retraite de l'adhérent le 1^{er} juin 2003. Il est décédé le 14 juin 2003. Selon la loi et le contrat d'assurance collective, l'adhérent avait le droit de transformer l'assurance sur sa vie en une assurance individuelle dans les 31 jours suivant la date de cessation de l'assurance. Il n'y a pas eu de demande de transformation à l'intérieur de ce délai de 31 jours. L'adhérent est décédé avant l'expiration du délai de 31 jours. Dans un document intitulé « Déclaration de l'employeur » transmis, la préposée au service des ressources humaines de l'employeur indique, le 28 novembre 2003 à l'assureur, qu'à sa connaissance, l'assurance de l'adhérent était en vigueur au moment de son décès et ce, « en vertu du droit de transformation du présent contrat ». Cette affirmation a influencé le tribunal dans l'appréciation des attentes raisonnables de l'adhérent en interrelation avec l'obligation de l'assureur d'informer l'adhérent.

L'exécution du devoir d'information de l'assureur passe souvent par l'intermédiaire de l'employeur, de sorte que la compréhension ou l'interprétation, donnée par l'employeur au contrat d'assurance collective, engagera la responsabilité de l'assureur particulièrement, si l'employeur ne transmet pas l'information pertinente ou transmet une information erronée.

C'est ainsi qu'ici, au-delà des termes mêmes du contrat, le tribunal a considéré que la protection d'assurance collective demeurerait en vigueur jusqu'à l'expiration du délai de 31 jours après la cessation d'emploi de l'adhérent.

Unum c. Bidégaré.

L'employeur avait avisé le salarié que son contrat de travail prenait fin le 23 juillet 1996. L'employé avait déposé une plainte en vertu de la *Loi sur les normes du travail* et une entente était conclue le 31 octobre 1996 par laquelle les parties avaient reconnu que le lien d'emploi était maintenu jusqu'au 8 novembre 1996. Le tribunal a conclu que cette entente a fait en sorte que l'adhérent avait droit aux protections de son assurance collective jusqu'à cette date.

Quoique dans cette affaire, le rôle de l'employeur ne soit pas spécifiquement identifié comme celui d'un mandataire de l'assureur, la conséquence de l'entente intervenue entre l'employeur et l'employé a lié l'assureur quant à l'étendue dans le temps des protections d'assurance, mais les

circonstances particulières de cette affaire auraient difficilement justifié, nous semble-t-il, à un recours en dommages par l'assureur contre l'employeur.

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET JURISPRUDENCE

Extraits du *CODE CIVIL DU QUÉBEC*

LIVRE CINQUIÈME

DES OBLIGATIONS

TITRE DEUXIÈME

DES CONTRATS NOMMÉS

CHAPITRE NEUVIÈME

DU MANDAT

SECTION I

DE LA NATURE ET DE L'ÉTENDUE DU MANDAT

2130. Le mandat est le contrat par lequel une personne, le mandant, donne le pouvoir de la représenter dans l'accomplissement d'un acte juridique avec un tiers, à une autre personne, le mandataire qui, par le fait de son acceptation, s'oblige à l'exercer.

Ce pouvoir et, le cas échéant, l'écrit qui le constate, s'appellent aussi procuration.

2131. Le mandat peut aussi avoir pour objet les actes destinés à assurer, en prévision de l'incapacité du mandant à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, la protection de sa personne, l'administration, en tout ou en partie, de son patrimoine et, en général, son bien-être moral et matériel.

2132. L'acceptation du mandat est expresse ou tacite; elle est tacite lorsqu'elle s'induit des actes et même du silence du mandataire.

2133. Le mandat est à titre gratuit ou à titre onéreux. Le mandat conclu entre deux personnes physiques est présumé à titre gratuit, mais le mandat professionnel est présumé à titre onéreux.

2134. La rémunération, s'il y a lieu, est déterminée par le contrat, les usages ou la loi, ou encore d'après la valeur des services rendus.

2135. Le mandat peut être soit spécial pour une affaire particulière, soit général pour toutes les affaires du mandant.

Le mandat conçu en termes généraux ne confère que le pouvoir de passer des actes de simple administration. Il doit être exprès lorsqu'il confère le pouvoir de passer des actes autres que ceux-là, à moins que, s'agissant d'un mandat donné en prévision d'une inaptitude, il ne confie la pleine administration.

2136. Les pouvoirs du mandataire s'étendent non seulement à ce qui est exprimé dans le mandat, mais encore à tout ce qui peut s'en déduire. Le mandataire peut faire tous les actes qui découlent de ces pouvoirs et qui sont nécessaires à l'exécution du mandat.

2137. Les pouvoirs que l'on donne à des personnes de faire un acte qui n'est pas étranger à la profession ou aux fonctions qu'elles exercent, mais se déduisent de leur nature, n'ont pas besoin d'être mentionnés expressément.

SECTION II

DES OBLIGATIONS DES PARTIES ENTRE ELLES

§1. — Des obligations du mandataire envers le mandant

2138. Le mandataire est tenu d'accomplir le mandat qu'il a accepté et il doit, dans l'exécution de son mandat, agir avec prudence et diligence.

Il doit également agir avec honnêteté et loyauté dans le meilleur intérêt du mandant et éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et celui de son mandant.

2139. Au cours du mandat, le mandataire est tenu, à la demande du mandant ou lorsque les circonstances le justifient, de l'informer de l'état d'exécution du mandat.

Il doit, sans délai, faire savoir au mandant qu'il a accompli son mandat.

2140. Le mandataire est tenu d'accomplir personnellement le mandat, à moins que le mandant ne l'ait autorisé à se substituer une autre personne pour exécuter tout ou partie du mandat.

Il doit cependant, si l'intérêt du mandant l'exige, se substituer un tiers, lorsque des circonstances imprévues l'empêchent d'accomplir le mandat et qu'il ne peut en aviser le mandant en temps utile.

2141. Le mandataire répond, comme s'il les avait personnellement accomplis, des actes de la personne qu'il s'est substituée, lorsqu'il n'était pas autorisé à le faire; s'il était autorisé à se substituer quelqu'un, il ne répond que du soin avec lequel il a choisi son substitut et lui a donné ses instructions.

Dans tous les cas, le mandant a une action directe contre la personne que le mandataire s'est substituée.

2142. Le mandataire peut, dans l'exécution du mandat, se faire assister par une autre personne et lui déléguer des pouvoirs à cette fin, à moins que le mandant ou l'usage ne l'interdise.

Il demeure tenu, à l'égard du mandant, des actes accomplis par la personne qui l'a assisté.

2143. Un mandataire qui accepte de représenter, pour un même acte, des parties dont les intérêts sont en conflit ou susceptibles de l'être, doit en informer chacun des mandants, à moins que l'usage ou leur connaissance respective du double mandat ne l'en dispense, et il doit agir envers chacun d'eux avec impartialité.

Le mandant qui n'était pas en mesure de connaître le double mandat peut, s'il en subit un préjudice, demander la nullité de l'acte du mandataire.

2144. Lorsque plusieurs mandataires sont nommés ensemble pour la même affaire, le mandat n'a d'effet que s'il est accepté par tous.

Ils doivent agir de concert quant à tous les actes visés par le mandat, à moins d'une stipulation contraire ou que cela ne découle implicitement du mandat. Ils sont tenus solidairement à l'exécution de leurs obligations.

2145. Le mandataire qui exerce seul des pouvoirs qu'il est chargé d'exercer avec un autre excède ses pouvoirs, à moins qu'il ne les ait exercés d'une manière plus avantageuse pour le mandant que celle qui était convenue.

2146. Le mandataire ne peut utiliser à son profit l'information qu'il obtient ou le bien qu'il est chargé de recevoir ou d'administrer dans l'exécution de son mandat, à moins que le mandant n'y ait consenti ou que l'utilisation ne résulte de la loi ou du mandat.

Outre la compensation à laquelle il peut être tenu pour le préjudice subi, le mandataire doit, s'il utilise le bien ou l'information sans y être autorisé, indemniser le mandant en payant, s'il s'agit d'une information, une somme équivalant à l'enrichissement qu'il obtient ou, s'il s'agit d'un bien, un loyer approprié ou l'intérêt sur les sommes utilisées.

2147. Le mandataire ne peut se porter partie, même par personne interposée, à un acte qu'il a accepté de conclure pour son mandant, à moins que celui-ci ne l'autorise, ou ne connaisse sa qualité de cocontractant.

Seul le mandant peut se prévaloir de la nullité résultant de la violation de cette règle.

2148. Si le mandat est gratuit, le tribunal peut, lorsqu'il apprécie l'étendue de la responsabilité du mandataire, réduire le montant des dommages-intérêts dont il est tenu.

§2. — Des obligations du mandant envers le mandataire

2149. Le mandant est tenu de coopérer avec le mandataire de manière à favoriser l'accomplissement du mandat.

2150. Le mandant, s'il en est requis, avance au mandataire les sommes nécessaires à l'exécution du mandat. Il rembourse au mandataire les frais raisonnables que celui-ci a engagés et lui verse la rémunération à laquelle il a droit.

2151. Le mandant doit l'intérêt sur les frais engagés par le mandataire dans l'exécution de son mandat, à compter du jour où ils ont été déboursés.

2152. Le mandant est tenu de décharger le mandataire des obligations que celui-ci a contractées envers les tiers dans les limites du mandat.

Il n'est pas tenu envers le mandataire pour l'acte qui excède les limites du mandat; mais ses obligations sont entières s'il ratifie cet acte ou si le mandataire, au moment où il agit, ignorait la fin du mandat.

2153. Le mandant est présumé avoir ratifié l'acte qui excède les limites du mandat, lorsque cet acte a été accompli d'une manière qui lui est plus avantageuse que celle même qu'il avait indiquée.

2154. Le mandant est tenu d'indemniser le mandataire qui n'a commis aucune faute, du préjudice que ce dernier a subi en raison de l'exécution du mandat.

2155. Si aucune faute n'est imputable au mandataire, les sommes qui lui sont dues le sont lors même que l'affaire n'aurait pas réussi.

2156. Si le mandat a été donné par plusieurs personnes, leur obligation à l'égard du mandataire est solidaire.

SECTION III

DES OBLIGATIONS DES PARTIES ENVERS LES TIERS

§1. — Des obligations du mandataire envers les tiers

2157. Le mandataire qui, dans les limites de son mandat, s'oblige au nom et pour le compte du mandant, n'est pas personnellement tenu envers le tiers avec qui il contracte.

Il est tenu envers lui lorsqu'il agit en son propre nom, sous réserve des droits du tiers contre le mandant, le cas échéant.

2158. Le mandataire qui outrepassa ses pouvoirs est personnellement tenu envers le tiers avec qui il contracte, à moins que le tiers n'ait eu une connaissance suffisante du mandat, ou que le mandant n'ait ratifié les actes que le mandataire a accomplis.

2159. Le mandataire s'engage personnellement, s'il convient avec le tiers que, dans un délai fixé, il révélera l'identité de son mandant et qu'il omet de le faire.

Il s'engage aussi personnellement s'il est tenu de taire le nom du mandant ou s'il sait que celui qu'il déclare est insolvable, mineur ou placé sous un régime de protection et qu'il omet de le mentionner.

§2. — Des obligations du mandant envers les tiers

2160. Le mandant est tenu envers le tiers pour les actes accomplis par le mandataire dans l'exécution et les limites du mandat, sauf si, par la convention ou les usages, le mandataire est seul tenu.

Il est aussi tenu des actes qui excédaient les limites du mandat et qu'il a ratifiés.

2161. Le mandant peut, s'il en subit un préjudice, répudier les actes de la personne que le mandataire s'est substituée lorsque cette substitution s'est faite sans l'autorisation du mandant ou sans que son intérêt ou les circonstances justifient la substitution.

2162. Le mandant ou, à son décès, ses héritiers, sont tenus envers le tiers des actes accomplis par le mandataire dans l'exécution et les limites du mandat après la fin de celui-ci, lorsque ces actes étaient la suite nécessaire de ceux déjà accomplis ou qu'ils ne pouvaient être différés sans risque de perte, ou encore lorsque la fin du mandat est restée inconnue du tiers.

2163. Celui qui a laissé croire qu'une personne était son mandataire est tenu, comme s'il y avait eu mandat, envers le tiers qui a contracté de bonne foi avec celle-ci, à moins qu'il n'ait pris des mesures appropriées pour prévenir l'erreur dans des circonstances qui la rendaient prévisible.

2164. Le mandant répond du préjudice causé par la faute du mandataire dans l'exécution de son mandat, à moins qu'il ne prouve, lorsque le mandataire n'était pas son préposé, qu'il n'aurait pas pu empêcher le dommage.

2165. Le mandant peut, après avoir révélé au tiers le mandat qu'il avait consenti, poursuivre directement le tiers pour l'exécution des obligations contractées par ce dernier à l'égard du mandataire qui avait agi en son propre nom; toutefois, le tiers

peut lui opposer l'incompatibilité du mandat avec les stipulations ou la nature de son contrat et les moyens respectivement opposables au mandant et au mandataire.

Si une action est déjà intentée par le mandataire contre le tiers, le droit du mandant ne peut alors s'exercer que par son intervention dans l'instance.

SECTION IV

DES RÈGLES PARTICULIÈRES AU MANDAT DONNÉ EN PRÉVISION DE L'INAPTITUDE DU MANDANT

2166. Le mandat donné par une personne majeure en prévision de son incapacité à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens est fait par acte notarié en minute ou devant témoins.

Son exécution est subordonnée à la survenance de l'incapacité et à l'homologation par le tribunal, sur demande du mandataire désigné dans l'acte.

2167. Le mandat devant témoins est rédigé par le mandant ou par un tiers.

Le mandant, en présence de deux témoins qui n'ont pas d'intérêt à l'acte et qui sont en mesure de constater son aptitude à agir, déclare la nature de l'acte mais sans être tenu d'en divulguer le contenu. Il signe cet acte à la fin ou, s'il l'a déjà signé, il reconnaît sa signature; il peut aussi le faire signer par un tiers pour lui, en sa présence et suivant ses instructions. Les témoins signent aussitôt le mandat en présence du mandant.

2167.1. Le tribunal peut, au cours de l'instance d'homologation du mandat ou même avant si une demande d'homologation est imminente et qu'il y a lieu d'agir pour éviter au mandant un préjudice sérieux, rendre toute ordonnance qu'il estime nécessaire pour assurer la protection de la personne du mandant, sa représentation dans l'exercice de ses droits civils ou l'administration de ses biens.

L'acte par lequel le mandant a déjà chargé une autre personne de l'administration de ses biens continue de produire ses effets malgré l'instance, à moins que, pour un motif sérieux, cet acte ne soit révoqué par le tribunal.

2168. Lorsque la portée du mandat est douteuse, le mandataire l'interprète selon les règles relatives à la tutelle au majeur.

Si, alors, des avis, consentements ou autorisations sont requis en application des règles relatives à l'administration du bien d'autrui, le mandataire les obtient du curateur public ou du tribunal.

2169. Lorsque le mandat ne permet pas d'assurer pleinement les soins de la personne ou l'administration de ses biens, un régime de protection peut être établi pour le compléter; le mandataire poursuit alors l'exécution de son mandat et fait rapport, sur demande et au moins une fois l'an, au tuteur ou au curateur et, à la fin du mandat, il leur rend compte.

Le mandataire n'est tenu de ces obligations qu'à l'égard du tuteur ou curateur à la personne. S'il assure lui-même la protection de la personne, le tuteur ou le curateur aux biens est tenu aux mêmes obligations envers le mandataire.

2170. Les actes faits antérieurement à l'homologation du mandat peuvent être annulés ou les obligations qui en découlent réduites, sur la seule preuve que l'inaptitude était notoire ou connue du cocontractant à l'époque où les actes ont été passés.

2171. Sauf stipulation contraire dans le mandat, le mandataire est autorisé à exécuter à son profit les obligations du mandant prévues aux articles 2150 à 2152 et 2154.

2172. Le mandat cesse d'avoir effet lorsque le tribunal constate que le mandant est redevenu apte; ce dernier peut alors, s'il le considère approprié, révoquer son mandat.

2173. S'il constate que le mandant est redevenu apte, le directeur général de l'établissement de santé ou de services sociaux qui prodigue des soins ou procure des services au mandant doit attester cette aptitude dans un rapport qu'il dépose au greffe du tribunal. Ce rapport est constitué, entre autres, de l'évaluation médicale et psychosociale.

Le greffier avise de ce dépôt le mandataire, le mandant et les personnes habilitées à intervenir à une demande d'ouverture de régime de protection. À défaut d'opposition dans les trente jours, la constatation de l'aptitude du mandant par le tribunal est présumée et le greffier doit transmettre un avis de la cessation des effets du mandat, sans délai, au mandant, au mandataire et au curateur public.

2174. Le mandataire ne peut, malgré toute stipulation contraire, renoncer à son mandat sans avoir au préalable pourvu à son remplacement si le mandat y pourvoit, ou sans avoir demandé l'ouverture d'un régime de protection à l'égard du mandant.

SECTION V

DE LA FIN DU MANDAT

2175. Outre les causes d'extinction communes aux obligations, le mandat prend fin par la révocation qu'en fait le mandant, par la renonciation du mandataire ou

par l'extinction du pouvoir qui lui a été donné, ou encore par le décès de l'une ou l'autre des parties.

Il prend aussi fin par la faillite, sauf dans le cas où le mandat a été donné en prévision de l'incapacité d'une personne, à titre gratuit; il peut également prendre fin, en certains cas, par l'ouverture d'un régime de protection à l'égard de l'une ou l'autre des parties.

2176. Le mandant peut révoquer le mandat et contraindre le mandataire à lui remettre la procuration, pour qu'il y fasse mention de la fin du mandat. Le mandataire a le droit d'exiger du mandant qu'il lui fournisse un double de la procuration portant cette mention.

Si la procuration est faite par acte notarié en minute, le mandant effectue la mention sur une copie et peut donner avis de la fin du mandat au dépositaire de la minute, lequel est tenu d'en faire mention sur celle-ci et sur toute copie qu'il en délivre.

2177. Lorsque le mandant est inapte, toute personne intéressée, y compris le curateur public, peut, si le mandat n'est pas fidèlement exécuté ou pour un autre motif sérieux, demander au tribunal de révoquer le mandat, d'ordonner la reddition de compte du mandataire et d'ouvrir un régime de protection à l'égard du mandant.

2178. Le mandataire peut renoncer au mandat qu'il a accepté, en notifiant sa renonciation au mandant. Il a alors droit, si le mandat était donné à titre onéreux, à la rémunération qu'il a gagnée jusqu'au jour de sa renonciation.

Toutefois, il est tenu de réparer le préjudice causé au mandant par la renonciation faite sans motif sérieux et à contretemps.

2179. Le mandant peut, pour une durée déterminée ou pour assurer l'exécution d'une obligation particulière, renoncer à son droit de révoquer unilatéralement le mandat.

Le mandataire peut, de la même façon, s'engager à ne pas exercer le droit qu'il a de renoncer.

La révocation unilatérale ou la renonciation faite, selon le cas, par le mandant ou le mandataire malgré son engagement met fin au mandat.

2180. La constitution par le mandant d'un nouveau mandataire, pour la même affaire, vaut révocation du premier mandataire, à compter du jour où elle lui a été notifiée.

2181. Le mandant qui révoque le mandat demeure tenu d'exécuter ses obligations envers le mandataire; il est aussi tenu de réparer le préjudice causé au mandataire par la révocation faite sans motif sérieux et à contretemps.

Si avis n'en a été donné qu'au mandataire, la révocation ne peut affecter le tiers qui, dans l'ignorance de cette révocation, traite avec lui, sauf le recours du mandant contre le mandataire.

2182. Lorsque le mandat prend fin, le mandataire est tenu de faire ce qui est la suite nécessaire de ses actes ou ce qui ne peut être différé sans risque de perte.

2183. En cas de décès du mandataire ou en cas d'ouverture à son égard d'un régime de protection, le liquidateur, tuteur ou curateur qui connaît le mandat et qui n'est pas dans l'impossibilité d'agir est tenu d'en aviser le mandant et de faire, dans les affaires commencées, tout ce qui ne peut être différé sans risque de perte.

Si le mandat a été donné en prévision de l'incapacité du mandant, le liquidateur du mandataire est tenu, dans les mêmes circonstances, d'aviser le curateur public du décès du mandataire.

2184. À la fin du mandat, le mandataire est tenu de rendre compte et de remettre au mandant tout ce qu'il a reçu dans l'exécution de ses fonctions, même si ce qu'il a reçu n'était pas dû au mandant.

Il doit l'intérêt des sommes qu'il a reçues et qui constituent le reliquat du compte, depuis la demeure.

2185. Le mandataire a le droit de déduire, des sommes qu'il doit remettre, ce que le mandant lui doit en raison du mandat.

Il peut aussi retenir, jusqu'au paiement des sommes qui lui sont dues, ce qui lui a été confié par le mandant pour l'exécution du mandat.

Cour d'appel

ASSURANCE — assurance de responsabilité — municipalité — obligation d'indemniser — incendie — avis de sinistre au courtier — mandat apparent. ASSURANCE — assureur et représentant — courtier en assurances — incendie — avis de sinistre au courtier — mandat apparent — obligation d'indemniser.

MANDAT — mandat apparent — courtier en assurances — avis de sinistre au courtier — obligation d'indemniser.

Appel d'un jugement de la Cour supérieure ayant rejeté une action en réclamation d'une indemnité d'assurance. Accueilli.

La Ville de Hawkesbury, appelante, a adhéré à un programme d'assurances mis sur pied et géré par le courtier OME Insurance Brokers Ltd. pour le compte de la Rural Ontario Municipalities Association (ROMA). La Compagnie d'assurances générales Kansa international, intimée, était le premier assureur complémentaire pour l'excédent d'un million de dollars et jusqu'à concurrence de quatre millions. OME, à titre de gestionnaire du programme d'assurances, a signé la police et les certificats d'assurance ainsi que tous les renouvellements pour le compte de chacun des assureurs. Elle a retenu les services du courtier Mantha Real Estate and Insurance Inc. pour la conduite générale des affaires. Le 22 février 1987, une explosion a détruit un centre commercial de Hawkesbury. Le 3 mars suivant, lorsque le représentant habituel de l'intimée a avisé la Ville de Hawkesbury qu'il n'agissait plus pour celle-ci, Hawkesbury s'est adressé à Mantha, qui, selon les instructions d'OME, lui a demandé de transmettre les réclamations, mises en demeure ou assignations à leurs nouveaux enquêteurs, Morden and Helwig Ltd. Même si les demandes en justice dépassaient un million de dollars, l'intimée n'a alors pas été avisée par Hawkesbury, Mantha, OME ni les enquêteurs. Ce n'est qu'en 1991 qu'elle a été informée du sinistre et de la valeur des réclamations, qui dépassaient 4,5 millions de dollars. Dès lors, elle s'est activée dans le dossier et, en 1995, après avoir été mise en demeure de prendre position, elle a refusé officiellement de couvrir la perte en raison du défaut d'avis. À la suite d'une entente intervenue pour régler les poursuites dirigées contre la Ville de Hawkesbury et ses employés, cette dernière s'est engagée à payer une somme de 750 000 \$, qu'elle a réclamée à l'intimée. Le premier juge a rejeté son action contre l'intimée et a conclu que l'avis qu'elle lui avait donné était si tardif qu'il ne constituait pas un « imperfect compliance with a statutory condition », mais une absence totale d'exécution de l'obligation d'aviser. Il a également conclu qu'OME et Mantha ne détenaient aucun mandat réel ou apparent de l'intimée et que cette dernière avait subi un lourd préjudice.

Décision

M. le juge Gendreau : L'avis donné par la Ville de Hawkesbury à Mantha était suffisant pour informer l'intimée, car OME la représentait et était son mandataire. OME était le courtier gestionnaire du programme d'assurances de la ROMA, les certificats d'assurance et leur renouvellement portaient leur signature et une lettre de l'intimée démontre clairement son rôle de courtier dans la gestion des réclamations pour cette dernière. Quant à Mantha, l'intimée avait clairement laissé croire à la Ville de Hawkesbury qu'il était aussi son représentant. De plus, il jouissait d'une très large autorité pour le compte d'OME. **Or, lorsqu'un courtier détient**

un mandat apparent, il engage l'assureur dans les actes qu'il accomplit dans le cadre de son mandat. En l'instance, lorsque la Ville de Hawkesbury a reçu les premières réclamations et qu'elle a avisé Mantha, qui, à son tour, a avisé OME, les mandataires de l'intimée ont été prévenus. L'intimée ne peut opposer à la Ville de Hawkesbury la négligence de ceux-ci à remplir leurs obligations de mandataires. **De plus, l'intimée ne peut justifier la négation de couverture par le défaut d'avis de sinistre transmis directement à son siège social, car le contrat d'assurance, même s'il exigeait un avis de sinistre à l'assureur lui-même, n'indiquait aucune adresse ni aucun lieu où l'adresser.** Par conséquent, l'intimée est réputée avoir été avisée en temps opportun, et elle doit respecter son contrat d'assurance et indemniser la Ville de Hawkesbury. Quant au préjudice subi par l'intimée, le premier juge s'est montré sévère en évaluant la conduite d'un avocat en se basant sur l'opinion d'un enquêteur en sinistres plutôt que sur celle d'un expert dont la formation était à tout le moins équivalente à celle de l'avocat.

Compagnie d'assurances générales Kansa international (Liquidation de), juges Gendreau, Dussault et Rayle, C.A. Montréal 500- 09-011316-015, 2002-12-03 (juge Roland Durand, C.S. Montréal 500-05-030212-979, 1999-10-25), SOQUIJ AZ-50153935, J.E. 2003-40 (8 pages). Retenu pour publication dans le recueil [2003] R.R.A.

REJB 1999-17008

Cour supérieure(C.S.)

Boulangier c. Assurance-vie Desjardins
505-05-002743-968 (54 pages)
18 novembre 1999

Décideur(s)
Julien, Carole

Type d'action

ACTION en réclamation d'une indemnité d'assurance-vie. ACCUEILLIE.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; assurance-vie garantissant un prêt hypothécaire; **oubli du mandataire de l'assureur de remplir la demande d'adhésion**; décès par intoxication médicamenteuse; fardeau de l'assureur de prouver le suicide

Résumé

La demanderesse et son époux, Paul Prince, ont rencontré le préposé de la Caisse d'économie Angus (la Caisse), Guy Dorion, afin de solliciter un prêt hypothécaire. Celui-ci leur a expliqué les formalités à accomplir, les a interrogés sur leur situation financière, leur a suggéré des modalités de financement et leur a offert une assurance-vie, en leur expliquant les avantages liés à cette assurance. Le couple a accepté toutes les suggestions formulées par Dorion, incluant leur adhésion à l'assurance-vie. Dorion a oublié de remplir la documentation requise, ce qui a fait en sorte qu'aucune demande d'adhésion, aucune preuve d'assurabilité ni aucune attestation d'assurance n'ont été remplies ou émises. Tous les versements effectués par le couple en remboursement du prêt hypothécaire incluaient les primes d'assurance-vie. Par la suite, Prince est décédé d'une intoxication médicamenteuse aiguë causée par l'ingestion d'une quantité massive d'un médicament.

La demanderesse a réclamé à l'assureur, la défenderesse Assurance-vie Desjardins (Desjardins), le produit de l'assurance-vie garantissant le paiement du solde hypothécaire grevant sa résidence au moment du décès. Desjardins a refusé, niant l'adhésion au contrat d'assurance-vie collective auprès de la Caisse. Elle a aussi invoqué l'exclusion prévue à la police relative à un suicide survenant dans les six mois de l'adhésion.

La demanderesse réclame le produit de l'assurance-vie ainsi que des dommages punitifs et exemplaires.

L'action est accueillie. Il ne s'agit pas d'un cas où l'adhérent a refusé ou négligé de remplir la documentation nécessaire ou a formulé des réticences ou fausses représentations aux questions posées. Au contraire, le tribunal est convaincu que le couple aurait collaboré si on lui avait demandé de remplir la documentation requise.

L'argument de Desjardins selon lequel Prince aurait dû consulter la police, ce qui lui aurait permis de connaître les formalités requises à son adhésion, ne peut être retenu en raison de l'article 2401 C.c.Q. : l'adhérent a le droit de consulter la police, il n'en a pas l'obligation.

L'article 2398 C.c.Q. prévoit que le contrat est formé dès que l'assureur accepte la proposition de l'adhérent. Ainsi, la réception d'une attestation d'assurance par Prince ne constitue pas une condition à son adhésion au contrat d'assurance. L'attestation ne fait que constater l'acceptation du risque par l'assureur et en facilite la preuve. En l'espèce, Prince étant considéré comme l'offrant, il ne bénéficiait pas du contrat d'assurance-vie par son seul consentement à l'adhésion. **Dorion n'avait pas le mandat de l'assureur de décider de l'admissibilité de Prince à l'assurance-vie collective. Toutefois, en vertu de la police, la Caisse agissait comme mandataire de l'assureur afin de remplir la demande d'adhésion et de la faire suivre à ce dernier après en avoir remis une copie à l'adhérent. La Caisse a confié à son préposé la tâche d'exécuter le mandat. Dorion était alors le mandataire de l'assureur, indépendamment du fait qu'il n'était pas son préposé. Puisqu'il a commis une faute dans l'exécution de son mandat, il lie le mandant.**

La conclusion qu'il s'agit plutôt d'une faute extracontractuelle lierait également le mandant. On pourrait ainsi conclure à une obligation civile précontractuelle de renseignement, Dorion se devant de renseigner Prince sur la procédure à suivre afin d'adhérer à l'assurance-vie collective. En pareil cas, l'article 2164 C.c.Q. permet au mandant de s'exonérer en démontrant qu'il lui était impossible d'empêcher le dommage. Or, Desjardins n'a pas fait une telle preuve.

Si on était plutôt d'avis qu'il n'existe pas de mandat, la théorie du mandat apparent s'appliquerait. Desjardins a certes donné des motifs de croire en l'autorité de Dorion pour recevoir et remplir les demandes d'adhésion en conformité avec ses exigences.

Selon la prépondérance des probabilités, Prince aurait bénéficié d'un contrat d'assurance-vie si le mandataire de l'assureur avait correctement accompli son mandat. La faute commise par Dorion entraîne la responsabilité de l'assureur pour le préjudice causé à la demanderesse à titre de bénéficiaire, lequel consiste à avoir été privée du bénéfice de l'assurance-vie.

D'autre part, la preuve prépondérante établit que le décès de Prince est accidentel. Au seul examen des circonstances du décès et des antécédents personnels de Prince, l'hypothèse d'une réaction paradoxale n'est pas plus improbable que celle du suicide.

Par ailleurs, l'article 2401 C.c.Q. édicte qu'en cas de divergence entre la police et l'attestation d'assurance, l'adhérent et le bénéficiaire peuvent invoquer l'une ou l'autre. Si on conclut que le document qui a été remis à Prince et à la demanderesse pouvait représenter l'attestation d'assurance, ce document ne comporte aucune clause d'exclusion en cas de suicide. Si on conclut plutôt à l'absence d'attestation, on conclut également à l'absence de divulgation d'une clause d'exclusion contenue dans la police. De toute façon, l'assureur ne s'est pas acquitté de son fardeau de démontrer que le décès résulte d'un suicide.

La requérante n'a pas droit aux dommages punitifs et exemplaires qu'elle réclame, puisqu'elle n'a pas établi les conditions générales permettant l'octroi de tels dommages. Des difficultés juridiques importantes se posant dans ce dossier, Desjardins a simplement exercé ses droits à l'encontre de l'action intentée contre elle.

Législation citée

1. Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 1619, 2163, 2164, 2392, 2398, 2399, 2401, 2425, 2441, 2805, 2870

Jurisprudence citée

1. Bacon-Gauthier c. Banque Royale du Canada, REJB 1997-02875, [1997] R.J.Q. 1092, [1997] R.R.A. 237, J.E. 97-431 (C.S.)
2. Baril c. Industrielle (L'), Compagnie d'assurances sur la vie, [1991] R.R.A. 196, J.E. 91-498 (C.A.)
3. Beauséjour c. Caisse populaire St-Gabriel de Brandon, C.S. Joliette, no 705-05-001564-783, 17 octobre 1980
4. Caisse populaire Desjardins de Sept-Îles c. Beaudin, [1991] R.R.A. 333, J.E. 91-291 (C.S.)
5. Caisse populaire Mistral c. Boisvert, REJB 1997-00076, [1997] R.R.A. 28, J.E. 97-243 (C.A.)
6. Deslauriers c. Coopérants (Les), Société mutuelle d'assurance-vie, [1993] R.R.A. 874, J.E. 93-1622 (C.A.)
7. Garand c. Banque Nationale du Canada, REJB 1998-05497, [1998] R.R.A. 454, J.E. 98-890 (C.S.)
8. Havard c. Caisse populaire d'Oka, C.S. Terrebonne, no 700-05-000944-870, 11 octobre 1991, j. Bélanger
9. Huet c. Citadelle (La), cie d'assurance-vie, [1987] R.R.A. 743, J.E. 87-916 (C.S.)
10. Julien c. Zurich du Canada, cie d'assurance-vie, [1984] C.S. 611. Lapointe c. Industrielle-Alliance (L'), compagnie d'assurance sur la vie, REJB 1997-04280, [1998] R.R.A. 14, J.E. 98-255 (C.A.)
12. Laurin-Vallée c. Mutuelle du Canada Compagnie d'assurances sur la vie, [1996] R.R.A. 468 (C.S.)
13. Richard c. Société Coopérative d'assurance-vie Les Artisans (La), [1986] R.R.A. 315, J.E. 86-287 (C.S.)
14. Samson c. Sun Life du Canada, cie d'assurance-vie, [1986] R.R.A. 96, J.E. 86-212 (C.S.)
15. Vivier c. Assurance-vie Desjardins, C.S. Iberville, no 755-05-000288-74, 10 juin 1975
16. 2958-2951 Québec inc. c. Assurance-vie Desjardins inc., REJB 1999-10332 (C.S.)

Doctrine citée

1. BERGERON, Jean-Guy, Précis de droit des assurances, Sherbrooke, Les éditions Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 1996, x, 310 p., p. 24
2. FABIEN, Claude, "Le nouveau droit du mandat" dans BARREAU DU QUÉBEC et CHAMBRE DES NOTAIRES DU QUÉBEC, La réforme du Code civil, t. 2, Obligations, contrats nommés, Sainte-Foy, P.U.L., 1993, 881, p. 921, no 51
3. LLUELLES, Didier, Précis des assurances terrestres, 3e éd., Montréal, Thémis, c1999, xvii, 590 p., p. 41, p. 204-205
4. LUSIGNAN, Jean-Pierre, "L'accident ou la faute non intentionnelle en droit des assurances privées québécois", (1990) 31 C. de D. 155, p. 186-187

REJB 2004-70376
Cour supérieure

9000-7048 Québec inc. c. Banque Nationale du Canada
655-05-000265-975 (approx. 8 page(s))
7 septembre 2004

Décideurs

Landry, Jean-Roch

Type d'action

ACTION en dommages-intérêts. ACCUEILLIE.

Mots clés

RESPONSABILITÉ CIVILE; BANQUES ET OPÉRATIONS BANCAIRES; ASSURANCES; PERSONNES; OBLIGATIONS DU PRENEUR; FAUTE; emprunt bancaire; décision de l'emprunteur de souscrire à l'assurance-vie proposée par la banque; emprunteur non avisé du rejet de sa proposition d'assurance; croyance de l'emprunteur qu'il était dûment assuré; décès de l'emprunteur; refus de l'assureur de payer l'indemnité réclamée; responsabilité de la banque à titre de preneur d'un contrat d'assurance collective sur la vie; non-respect par la banque de ses obligations légales; manque de diligence dans l'administration du contrat-cadre; indifférence et laxisme; OBLIGATIONS; CONTRATS NOMMÉS; MANDAT; OBLIGATIONS DU MANDATAIRE ENVERS LE MANDANT; responsabilité de la banque à titre de mandataire de l'emprunteur; défaut de la banque d'agir avec prudence et diligence; omission d'informer le mandant de l'état d'exécution du mandat; omission de faire un suivi; PRÉJUDICE; DOMMAGES-INTÉRÊTS; banque condamnée à payer le solde dû sur le prêt consenti à l'emprunteur.

Résumé

Lorsqu'une banque propose à ses emprunteurs une assurance-vie, elle a un rôle d'ordre administratif à jouer. Comme le mentionne le juge Chamberland dans l'affaire *Compagnie Trust Royal c. Veilleux*, lorsque l'emprunteur choisit de souscrire à l'assurance-vie hypothécaire proposée par la banque, celle-ci agit alors comme mandataire aux fins de l'obtention de l'assurance-vie souhaitée et doit agir, dans l'exécution de son mandat, avec prudence et diligence. En l'espèce, la défenderesse n'a pu expliquer pourquoi ses assurés, les actionnaires de la demanderesse, n'avaient reçu aucun avis les informant que leurs dossiers d'assurance avaient été fermés ni pourquoi elle ne leur a pas remis, comme elle se devait pourtant de le faire, les copies du formulaire d'adhésion dûment rempli et signé.

À compter de novembre 1994, l'assureur a commencé à prélever dans le compte en banque de la demanderesse le montant des primes d'assurance de ses actionnaires. Ceux-ci étaient donc fondés à croire qu'ils étaient dûment assurés. Ce n'est que par suite du décès de l'un d'eux, en novembre 1996, que la demanderesse a appris que l'assureur avait cessé, en mars 1996, de prélever les primes d'assurance et qu'il y avait eu un remboursement des primes qui avaient été prélevées depuis le mois de novembre 1994. **L'indifférence et le laxisme de la défenderesse, notamment en tant que preneur, sont loin de constituer une conduite diligente dans l'administration du «contrat-cadre» auquel fait référence l'article 258 du Règlement d'application de la Loi sur les assurances.** Il ne s'agit certes pas non plus de «l'administration suivie» dont il est fait mention à l'article 2139 C.c.Q. La demanderesse n'a d'ailleurs pas démontré qu'elle avait mis en place des procédures standardisées pour assurer la bonne gestion des dossiers d'assurance collective de ses emprunteurs. Elle n'a manifestement fait aucun suivi des dossiers d'assurance de la demanderesse. La situation à laquelle se trouve aujourd'hui confrontée la demanderesse provient notamment de la négligence de la défenderesse. La conduite de cette dernière a été défailante. La défenderesse a clairement

manqué aux obligations que lui imposent la *Loi sur les assurances*, le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* et le *Code civil du Québec*. Par conséquent, elle devra payer à la demanderesse le solde dû sur le prêt à la date du décès de l'actionnaire, soit la somme de 191 429 \$.

Jurisprudence citée

1. *Compagnie Trust Royal c. Veilleux*, REJB 2000-16242, [2000] R.R.A. 53 (C.A.)

Législation citée

1. Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 1619, 2138, 2139, 2401

2. Loi sur les assurances, L.R.Q., c. A-32

3. Règlement d'application de la Loi sur les assurances, R.R.Q., 1981, c. A-32, r. 1, art. 258, 282

REJB 2004-61767

Cour du Québec

Chambre civile

Laflamme c. Acier Bouchard inc.

505-22-008897-029(approx. 10 page(s))

7 mai 2004

Décideurs

Laliberté, Micheline

Type d'action

ACTION en réclamation d'une somme d'argent en vertu d'un contrat d'assurance collective.
ACCUEILLIE.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; TRAVAIL; ASSURANCE COLLECTIVE; ASSURANCE-VIE; **décès du salarié**; refus de l'assureur de payer; salarié non assuré; demande d'assurance incomplète; OBLIGATIONS DU PRENEUR; OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME; **obligation de renseignement et d'information à l'égard des adhérents; faute de l'employeur; formation de la préposée chargée d'administrer le régime clairement déficiente; négligence; incompétence; insouciance; obligation pour l'employeur de payer l'indemnité qu'aurait dû recevoir le salarié n'eût été de sa faute**

Résumé

Le demandeur est le père du salarié décédé et le bénéficiaire de sa police d'assurance-vie. Il réclame à la défenderesse (l'employeur) l'indemnité de décès que l'assureur refuse de lui payer sous prétexte que son fils n'était pas assuré. L'employeur nie avoir commis une faute susceptible d'engager sa responsabilité envers le demandeur. Il plaide s'être comporté en employeur prudent et diligent. Selon lui, si le salarié ne bénéficiait d'aucune protection d'assurance-vie au jour de son décès, c'est en raison de sa propre faute et de sa négligence.

Après avoir entendu le témoignage de la préposée chargée d'administrer le régime d'assurance, le tribunal est convaincu que l'employeur, qui est également le preneur de l'assurance collective et l'administrateur du régime, a commis une faute à l'origine du refus de l'assureur de payer une indemnité de décès au demandeur. Manifestement, le preneur n'a pas ici véritablement assumé son obligation de renseignement et d'information à l'égard de l'adhérent. **L'obligation de renseignement à laquelle est tenu le preneur passe d'abord et avant tout par la formation de ses préposés.** Or, il est clair que la formation donnée à la préposée était insuffisante, pour ne pas dire inexistante. En l'espèce, le preneur de l'assurance était également l'employeur du salarié adhérent et devait assumer les obligations qui découlent de cet état de fait. La protection d'assurance collective constitue un avantage lié à l'emploi. L'employeur a par conséquent la responsabilité de prendre les mesures pour que ses salariés bénéficient de cette protection dès qu'ils y sont admissibles, notamment par la formation adéquate du personnel chargé d'administrer le régime, par une saine gestion de ce régime et par un suivi régulier. L'employeur doit éviter que, par ses actes ou ses omissions, des salariés se trouvent injustement privés de la prestation à laquelle ils ont droit. S'il ne le fait pas, il pourra être appelé à répondre personnellement du paiement de cette prestation. C'est ce qui arrive en l'espèce. Vu que la preuve a clairement démontré que c'est la gestion de l'adhésion initiale au régime d'assurance qui, en raison du manque flagrant de formation de la préposée en charge

du régime d'assurance, est la cause efficiente du refus d'indemnisation de l'assureur, l'employeur devra payer au demandeur l'indemnité à laquelle il a droit.

Jurisprudence citée

1. Caisse Populaire Notre-Dame de l'Espérance c. Rathé, [1999] R.L. 41 (C.Q.)
2. Deslauriers c. Coopérants, Société mutuelle d'assurance-vie, , [1993] R.R.A. 874 (C.A.)
3. Desrochers c. Desrochers, [1976] C.S. 404
4. Robertson (Succession) c. Assurance-Vie Banque Nationale, C.Q. Hull, no 550-32-007561-001, 28 novembre 2000
5. Société immobilière Trans-Québec inc. c. Colard, , [1995] R.R.A. 285 (C.A.)
6. T.E.S.I. Saguenay 1974 Itée c. Michaud, C.A. Québec, no 200 09-000221-79, 3 décembre 1982

Législation citée

1. Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 1619, 2160

Date de dépôt : 24 septembre 2004

REJB 2005-86272

Cour du Québec
(Chambre civile)

Jalbert c. Desjardins sécurité financière
155-22-000124-020 (approx. 14 page(s))
7 janvier 2005

Décideurs

Tremblay, Jean-Yves

Type d'action

ACTION en réclamation de prestations d'assurance invalidité et en dommages-intérêts.
ACCUEILLIE en partie.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; assurance invalidité souscrite dans le cadre de contrats de prêt consentis par une institution financière; institution financière agissant à titre de preneur; refus injustifié de l'assureur de verser les prestations d'invalidité à l'emprunteur assuré; motifs du refus de payer de l'assureur relevant de manquements imputables aux préposés de l'institution financière; emprunteur assuré ayant été de bonne foi; OBLIGATIONS; CONTRATS NOMMÉS; MANDAT APPARENT; application de la théorie du mandat apparent entre l'assureur et l'institution financière; assureur devant répondre des actes de l'institution financière; EXÉCUTION; EXÉCUTION PAR ÉQUIVALENT; DOMMAGES-INTÉRÊTS; rejet de la demande de l'emprunteur assuré dirigée contre l'assureur .

Résumé

L'adhérent à une assurance, souscrite dans le cadre de contrats de prêt consentis par une caisse populaire, demande que Desjardins sécurité financière (l'assureur) lui verse ses prestations d'invalidité. L'assureur fait affaire avec les caisses populaires qui, en leur qualité de preneurs, transigent à leur tour directement avec leurs clients. Jusqu'à ce qu'une demande de prestations lui soit adressée, l'assureur ignore tout du dossier d'assurance de l'adhérent. Ce n'est qu'à compter de ce moment qu'il vérifie les dossiers à rebours. En l'espèce, c'est dans le cadre de cet exercice que l'assureur s'est rendu compte que l'adhérent n'était pas assurable.

On reproche à l'adhérent son omission d'avoir révélé ses antécédents médicaux et d'avoir faussement déclaré avoir été salarié alors qu'il était plutôt travailleur autonome.

Or, ce dernier prétend avoir dûment répondu aux questions qui lui ont été posées par les deux préposés de la caisse et n'avoir caché aucune information, ni fait de fausses déclarations. Il affirme que ce sont ces mêmes préposés qui ont rempli les formulaires de demande d'assurance, formulaires qu'il s'est contenté de signer. Enfin, l'adhérent s'explique mal les fausses informations qui seraient apparues à ces formulaires. Il vit dans un petit village et fait affaire avec la caisse depuis 25 ans. Par conséquent, les préposés connaissaient bien sa situation. Ces derniers n'ont pas réussi à contrer la version convaincante de l'adhérent. Ni l'un ni l'autre n'ont de souvenir précis du déroulement des transactions avec l'adhérent. Bref, leur témoignage se résume à des généralités sans incidence sur le sort du litige.

Pour disposer du présent litige, il y a lieu d'appliquer la théorie du mandat apparent à la relation existant entre l'assureur et la caisse populaire. La doctrine dénote d'ailleurs un revirement jurisprudentiel important au bénéfice des assurés lorsque ces derniers font preuve de la plus

haute bonne foi avec les représentants du preneur. À l'instar de la Cour d'appel, la doctrine considère qu'il serait inéquitable qu'un assureur qui offre de l'assurance par une voie intermédiaire ne soit pas redevable des agissements des préposés du preneur. Que ce dernier excède ses pouvoirs de représentation ou n'en ait pas, l'assureur doit répondre des actes de celui-ci. En l'espèce, l'adhérent n'a pas fait de fausses déclarations ni manifesté de réticence. Il a de plus démontré la plus haute bonne foi. Il faut donc accueillir la demande de l'adhérent et condamner l'assureur à lui verser les prestations auxquelles il a droit.

On ne peut accorder à l'adhérent les dommages-intérêts qu'il réclame à l'assureur. Premièrement, il n'a fourni aucune preuve au soutien de sa demande. Deuxièmement, les dommages auxquels il pourrait prétendre ne seraient pas directs. Troisièmement, aucune faute, mauvaise foi ou manoeuvre dolosive ne peut être imputée à l'assureur. L'obligation de l'assureur, qui naît du contrat d'assurance, consiste à payer une somme d'argent. Les seuls dommages auxquels l'assuré a droit consistent en des intérêts.

Jurisprudence citée

1. Bacon-Gauthier c. Banque Royale du Canada, REJB 1997-02875 (C.S.)
2. Baird c. Économie mutuelle-vie, Cie d'assurance, EYB 1988-77291, [1989] R.R.A. 179 (C.S.)
3. Caisse populaire Sacré-Coeur de Valleyfield c. Proulx (Succession de), EYB 1994-73453, [1994] R.J.Q. 2332 (C.S.)
4. Ruest c. Assurance-vie Desjardins Laurentienne, C.S. Québec, no 200-05-004740-960, 10 septembre 1998, j. Larue
5. Deslauriers c. Coopérants, Société mutuelle d'assurance-vie, EYB 1993-64246, [1993] R.R.A. 874 (C.A.)
6. Girard c. SSQ, Mutuelle d'assurance-groupe, [1993] R.R.A. 160 (C.S.)
7. Gobeil c. Caisse populaire Desjardins de Chicoutimi, REJB 2002-33959, [2002] R.R.A. 978 (C.S.)
8. Hélie c. Banque Royale, [1996] R.R.A. 1072 (C.S.)
9. Industrielle, Cie d'assurance sur la vie c. Bourque, EYB 1990-63550, [1990] R.R.A. 449 (C.A.)
10. Jeannot Beaulieu c. L'Industrielle, Compagnie d'Assurance sur la vie, C.S. Sherbrooke, no 450-05-000149-845, 20 décembre 1985, j. Galipeau
11. Lacroix c. Assurance-vie Desjardins inc., REJB 1997-04228, [1998] R.R.A. 121 (C.S.)
12. Wingen c. Ass.-Vie Desjardins et Caisse Populaire Saint-Thomas de Montmagny, C.S. Montmagny, no 300-05-000062-896, 28 mars 1990

Doctrine citée

1. DESLAURIERS, P. et DUBREUIL, C., « L'assurance: une protection pour le crédit? », (1997) 11 R.J.T. 669, 683, 684, 685

Date de dépôt : 6 mai 2005

REJB 2006-110482

Cour supérieure

Tanguay c. Ordre des ingénieurs du Québec
500-05-074799-022 (approx. 17 page(s))
18 octobre 2006

Décideurs

Langlois, Hélène

Type d'action

ACTION en réclamation d'une indemnité d'assurance-vie. ACCUEILLIE contre la défenderesse Financière Manuvie.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; TRAVAIL; ASSURANCE COLLECTIVE; ASSURANCE-VIE; police souscrite par le Conseil canadien des ingénieurs; adhérent n'étant plus membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec; inscription au tableau de l'Ordre étant une condition d'admissibilité relative au maintien en vigueur de l'assurance; versement de la prime à la date d'échéance; OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR; obligation de renseignement; défaut d'avoir informé l'adhérent des conséquences de sa décision de ne plus être membre de l'Ordre sur le maintien en vigueur de son assurance; défaut d'avoir informé l'adhérent de son option de convertir l'assurance-vie collective en assurance-vie individuelle; adhérent se croyant assuré au moment de son décès; obligation de diligence quant au devoir de renseignement n'ayant pas été respectée; OBLIGATIONS DU PRENEUR; assureur n'ayant pas délégué les responsabilités généralement dévolues au preneur quant à l'administration du contrat; preneur n'ayant aucune obligation envers l'adhérent

Résumé

Luc Roy, membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec, adhère à une assurance-vie collective de 150 000 \$. Cette police d'assurance-vie est souscrite par le Conseil canadien des ingénieurs. Le maintien en vigueur de l'assurance est sujet à deux conditions: l'adhérent doit payer la prime à la date d'échéance et il doit, à cette date, être membre de l'une des associations participantes. Or, pour l'année 1999-2000, Roy ne transmet pas son formulaire d'inscription ni ne paie de cotisation à l'Ordre. Par conséquent, son nom est retiré du tableau de l'Ordre. Toutefois, jusqu'à son décès, Roy paie annuellement les primes d'assurance. À la suite du décès de Roy, Jeannine Tanguay, son épouse et liquidatrice de la succession, réclame à l'assureur le produit de l'assurance-vie. Ce dernier refuse, invoquant que Roy n'était plus membre de l'Ordre au moment de son décès et qu'il n'était donc plus admissible à l'assurance. Le tribunal doit d'abord déterminer si la décision de l'Ordre de ne pas considérer Roy comme membre en 1999 est valide et, ensuite, si l'assureur et l'Ordre doivent dédommager les demandeurs, bénéficiaires désignés, pour la perte de la prestation d'assurance. Plus spécifiquement, **le tribunal doit déterminer si l'assureur a failli à son devoir d'informer diligemment Roy des conditions de maintien en vigueur de l'assurance et de son option de convertir l'assurance-vie collective en assurance-vie individuelle.** Quant à l'Ordre, les demandeurs lui reprochent de ne pas s'être assuré que Roy demeure admissible à l'assurance. D'abord, en ce qui a trait à la décision de retirer le nom de Roy du tableau de l'Ordre, les demandeurs allèguent que le formulaire d'inscription ne lui a jamais été transmis. L'Ordre

possède un dossier informatisé sur chaque membre, comprenant notamment l'historique de la correspondance échangée. Le dossier de Roy indique que le formulaire d'inscription pour l'année 1999-2000 a été posté de même que des rappels relativement à son inscription. Aussi, ce même dossier n'indique aucun retour de correspondance. Par ailleurs, dans la même période, Roy n'a pas renouvelé son inscription à d'autres associations professionnelles. Compte tenu des circonstances, il est vraisemblable que Roy ait volontairement décidé de ne pas renouveler son inscription à l'Ordre pour l'année 1999-2000. Ce dernier était donc en droit de ne plus le considérer comme membre à compter de cette date. Par conséquent, à compter de ce moment, Roy a cessé de satisfaire à l'une des conditions d'admissibilité relative au maintien en vigueur de l'assurance.

Ensuite, les demandeurs reprochent à l'assureur d'avoir manqué à son devoir de renseignement à l'égard de Roy en ne lui expliquant pas les conditions de maintien en vigueur de l'assurance et en ne lui mentionnant pas le droit à la transformation de son assurance-vie collective en assurance-vie individuelle. Roy, en payant les primes d'assurances jusqu'à son décès, démontre son intention de maintenir son assurance-vie en vigueur et sa certitude d'être effectivement assuré. Le fait qu'il ait volontairement choisi de ne pas demeurer membre de l'Ordre démontre qu'il ne faisait pas le lien entre son inscription au tableau de l'Ordre et le maintien en vigueur de son assurance. L'assureur avait envers Roy une obligation de renseignement qui l'obligeait à lui fournir toutes les informations quant au maintien en vigueur de son assurance. Dans le cadre de son obligation de renseignement, l'assureur doit tenir compte de la connaissance de l'information par l'adhérent, la nature déterminante de l'information en question et l'impossibilité de l'adhérent de se renseigner soi-même ou la confiance légitime de l'adhérent envers l'assureur. À ce devoir de renseignement se greffe aussi l'obligation d'agir avec une diligence raisonnable afin d'éviter qu'un événement préjudiciable ne survienne. Or, Roy n'est pas informé des conséquences de sa décision de ne pas renouveler son inscription au tableau de l'Ordre sur son assurance ni des options qui s'offrent à lui en pareille circonstance. Il appert donc que le devoir de diligence quant à l'obligation de renseignement n'a pas été respecté par l'assureur. L'assureur doit donc verser aux bénéficiaires désignés des dommages de l'ordre de 150 000 \$ équivalant à la prestation d'assurance.

Finalement, le Conseil canadien des ingénieurs, preneur de l'assurance collective, ne joue pas un rôle actif dans l'administration du contrat d'assurance. L'assureur n'a donc pas délégué les responsabilités généralement dévolues au preneur quant à l'administration du contrat. L'Ordre n'avait donc aucune obligation envers Roy en relation avec son contrat d'assurance collective.

Jurisprudence citée

1. Banque de Montréal c. Bail ltée, [1992] 2 R.C.S. 554, EYB 1992-67806 1992-67806
2. Baril c. Industrielle, Compagnie d'assurance sur la vie, EYB 1991-63821, [1991] R.R.A. 196 (C.A.)
3. Cie Trust Royal c. Veilleux, REJB 2000-16242, [2000] R.R.A. 53 (C.A.)
4. Compagnie d'assurance Standard Life c. Tougas, REJB 2004-69413, [2004] R.R.A. 763 (C.A.)
5. Fletcher c. Société d'assurance publique du Manitoba, [1990] 3 R.C.S. 191, EYB 1990-67585

Doctrine citée

1. BELLEAU, C., « L'harmonisation du droit civil et de la Common Law en droit des assurances au Québec », (1991) 32 C. de D. 843
2. HARDY-LEMIEUX, S., ROCH, A. et FARIBAULT, G., L'assurance des personnes au Québec,

Législation citée

1. Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 2164, 2401, 2874
2. Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 1, 46, 86, 86a), 86.0.1
3. Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, L.R.Q., c. C-1.1, art. 5, 6
4. Règlement d'application de la Loi sur les assurances, R.R.Q., 1981, c. A-32, r. 1, art. 258, 262
5. Règlement sur les membres et autres conditions d'inscription au tableau de l'Ordre des ingénieurs du Québec, R.R.Q., 1981, c. I-9, r. 6

Date de dépôt : 16 février 2007

Extraits du texte intégral de ce jugement :

La responsabilité de Manuvie pour la perte du bénéfice de l'assurance

[42] Les demandeurs reprochent à Manuvie d'avoir manqué à son devoir de renseignement à l'égard de Roy, ce qui a fait en sorte que ce dernier omet de prendre les mesures pour satisfaire à toutes les conditions nécessaires au maintien de l'assurance, soit de demeurer membre de l'ordre, et n'exerce pas son droit de transformation.

[43] Manuvie plaide que le certificat d'assurance, les divers avis et rappels transmis à Roy au fil du temps lui fournissent toute l'information nécessaire.

(...)

[68] Au sujet de l'obligation de renseignement, monsieur le juge Gonthier, au nom de la Cour suprême, dans l'arrêt *Banque de Montréal c. Bail Itée*[6] constate que «l'obligation de renseignement est maintenant bien implantée en droit québécois»[7] et qu'il «est possible d'esquisser une théorie globale de l'obligation de renseignement, qui reposerait sur l'obligation de bonne foi dans le domaine contractuel [...]»[8] Il souligne qu'un tel devoir peut aussi survenir indépendamment de toute relation contractuelle.

[69] Il ajoute que «[l']apparition de l'obligation de renseignement est reliée à un certain rééquilibrage au sein du droit civil. Alors qu'auparavant il était de mise de laisser le soin à chacun de se renseigner et de s'informer avant d'agir, le droit civil est maintenant plus attentif aux inégalités informationnelles, et il impose une obligation positive de renseignement dans les cas où une partie se retrouve dans une position informationnelle vulnérable, d'où des dommages pourraient s'ensuivre. [...]»[9].

[70] Il n'écarte cependant pas l'obligation fondamentale qui est faite à chacun de se renseigner et de veiller prudemment à la conduite de ses affaires.

[71] Enfin, il résume de la façon suivante les paramètres de cette obligation de renseignement:

- la connaissance, réelle ou présumée, de l'information par la débitrice de l'obligation de renseignement;
- la nature déterminante de l'information en question;

- l'impossibilité du créancier de l'obligation de se renseigner soi-même, ou la confiance légitime du créancier envers le débiteur.[10]

[72] La Cour d'appel dans l'arrêt *Baril c. Industrielle (L'), compagnie d'assurances sur la vie*[11] reconnaît que l'assureur a envers l'assuré une telle obligation de renseignement. En plus, la Cour n'hésite pas, afin d'en déterminer les paramètres, à référer à l'arrêt de la Cour suprême dans *Fletcher c. Société d'assurance publique du Manitoba*[12] malgré qu'il s'agisse d'une décision de *common law*, puisqu'elle constate la reconnaissance d'une telle obligation tant dans l'état actuel du droit civil qu'en *common law*.

[73] Certains énoncés de la Cour suprême sont, en effet, utiles à la compréhension de la nature et de l'étendue de l'obligation de renseignement qui incombe dans certaines circonstances à un assureur.

[74] En particulier, quant à son origine, madame la juge Wilson écrit que «[l]e point commun [. . .] est la notion de *rapports entre les parties comportant un risque prévisible de préjudice* [...] qu'«[i]l faut agir avec diligence raisonnable pour éviter des actes ou omissions dont on peut raisonnablement prévoir qu'ils seront susceptibles de léser [...]»[13].

[75] Elle ajoute que la confiance raisonnable d'une personne dans les renseignements fournis peut fonder une obligation de diligence chez celle appelée à les fournir.

[76] Elle en conclut que «[c]ontracter une assurance, c'est évaluer des risques et décider lesquels supporter soi-même. Toute l'information utile dont les gens ont besoin pour être en mesure de décider judicieusement quels risques ils sont prêts à supporter doit leur être transmise d'une manière explicite et facilement compréhensible.[14] [...] L'obligation de l'assureur est de fournir à ses clients des renseignements suffisamment opportuns, clairs et exacts au sujet des diverses protections facultatives disponibles pour qu'ils puissent faire des choix éclairés quant aux risques contre lesquels ils veulent s'assurer, en plus de ceux contre lesquels la loi les oblige à le faire. Il s'agit donc, dans ce pourvoi, de décider si le message de la Société a été suffisamment clair.»[15] **[nos soulignements]**

[6] [1992] 2 R.C.S. 554 .

[7] *Idem*, à la page 585.

[8] Précité, note 6, à la page 586.

[9] *Idem*, à la page 587.

[10] *Idem*, aux pages 586 et 587.

[11] [1991] R.R.A. 196 (C.A.).

[12] EYB 1990-67585 .

[13] Précité, note 12, aux paragraphes 38 et 39.

[14] *Idem*, au paragraphe 59.

REJB 2000-23364

Cour supérieure (C.S.)

Lemieux c. Croix-Bleue du Québec Canassurance

450-05-002872-980 (23 page(s))

15 décembre 2000

Décideur(s)

Fournier, Pierre C.

Type d'action

ACTION en réclamation d'une indemnité d'assurance et en dommages-intérêts. ACCUELLIE en partie.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; assurance invalidité totale prolongée; CONTENU DE LA POLICE; réduction de l'indemnité payable; paiement d'une rente assurée par un régime gouvernemental; divergence entre le contrat et l'attestation d'assurance; droit de consulter le contrat d'assurance; obligation d'informer; **attente légitime de l'adhérent**

Résumé

En cas de divergence entre le contrat et l'attestation d'assurance, l'adhérent et le bénéficiaire peuvent invoquer l'un ou l'autre des documents en leur faveur, selon leur intérêt. Pour l'adhérent qui réside loin en région, la consultation du texte du contrat d'assurance invalidité collective, remis seulement au Barreau du Québec, était impossible. Ni le certificat d'assurance ni le dépliant remis à l'adhérent ne mentionnaient une quelconque réduction de l'indemnité d'invalidité à raison du paiement à l'adhérent d'une indemnité provenant d'un régime gouvernemental, soit de la Régie des rentes du Québec. **L'attente légitime de l'adhérent était donc de recevoir, en cas d'invalidité totale prolongée, une indemnité mensuelle de 1 400 \$ et elle doit être respectée.** Cependant, la sanction de la réduction d'indemnité exécutée par l'assureur, soit l'omission de payer une somme, est assurée par l'octroi des intérêts et de l'indemnité additionnelle. La demande de dommages-intérêts est, en conséquence, rejetée.

Législation citée

- 1.Code civil du Bas-Canada, art. 1019, 2505
- 2.Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 2401, 2414
- 3.Loi sur l'assurance automobile, L.R.Q., c. A-25, art. 97
- 4.Loi portant réforme au Code civil du droit des obligations, Avant-projet de loi, 1987 (1^e session, 33^e législature (Québec), art. 2471 (2)
- 5.Règles de pratique de la Cour supérieure du Québec en matière civile, R.R.Q., 1981, c. C-25, r. 8, art. 15

Jurisprudence citée

- 1.Bourgeois c. Assurance-vie Desjardins (1967), [1968] B.R. 222
- 2.Coopérants, société mutuelle d'assurance-vie / Coopérants, Mutual Life Insurance Society, [1993] R.R.A. 716 (C.S.)
- 3.Dubreuil c. L. Lavigne Itée, [1989] R.R.A. 451 (C.Q.)
- 4.Gérard Pelletier c. Sun Life, [1983] C.A.1
- 5.Lapointe c. Industrielle-Alliance, compagnie d'assurance sur la vie, [1994] R.R.A. 867, J.E. 94-1758 (C.S.)

- 6.Lapointe c. Industrielle-Alliance (L'), compagnie d'assurance sur la vie, REJB 1997-04280, [1998] R.R.A. 14, J.E. 98-255 (C.A.)
- 7.O'Neill c. Canadian International Paper Co., [1973] R.C.S. 802, 32 D.L.R. (3d) 229, sub nom. O'Neill v. International Paper Co., [1973] I.L.R. 1-526

Doctrine citée

- 1.BERGERON, Jean-Guy, Les contrats d'assurance (terrestre): lignes et entre-lignes, t. 1, Sherbrooke, S.E.M., 1989, xxiii, 595 p., p. 241 et s.
- 2.BERGERON, Jean-Guy, Précis de droit des assurances, Sherbrooke, Les éditions Revue de droit de l'Université de Sherbrooke, 1996, x, 310 p.
- 3.QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA JUSTICE, Commentaires du ministre de la justice. Le Code civil du Québec. Un mouvement de société, t. 2, Québec, Les Publications du Québec, 1993, i, p. 1145-2253, p. 1509
- 4.ROBERT, Paul, REY, Alain et REY-DEBOVE, Josette, Le Nouveau Petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Dictionnaires Le Robert, c1993, xxxv, 2467 p., "décroissance", "diminution", "réduction", "restriction"

COUR SUPÉRIEURE

MONTRÉAL, le 13 janvier 1995
L'Honorable Juge Jacques Vaillancourt

**L'association Des Diplômés De L'école Des Hautes Études Commerciales De Montréal et un autre
demandeurs requérants**

**C.
Aeterna-Vie Compagnie d'Assurances
défenderesse intimée**

Parce que la défenderesse, Aeterna-Vie, compagnie d'assurances (Aeterna) a mis fin unilatéralement au régime d'assurance collective qui existait entre elle et l'Association des diplômés de l'École des hautes études commerciales de Montréal (l'Association), cette dernière a pris un recours en injonction contre Aeterna, dont les conclusions amendées se lisent ainsi:

Par ces motifs, plaise à la Cour:

Sur la requête en injonction interlocutoire:

Accueillir la présente requête;

Émettre une injonction interlocutoire pour valoir jusqu'à ce que jugement final intervienne en cette cause;

Déclarer nul et non avenu l'avis de résiliation émis le 24 avril 1992;

Déclarer renouvelée par tacite reconduction du 1er juin 1992 au 31 mai 1993, *du 1er juin 1993 au 31 mai 1994 et du 1er juin 1994 au 31 mai 1995* la police d'assurance #G-0890 émise le 24 avril 1989 par la défenderesse intimée;

Exonérer la demanderesse Association des diplômés de l'École des hautes études commerciales du paiement des primes pour les salariés, outre que le demandeur Gilbert Leclerc, pour la période allant du 1er juin 1992 jusqu'au prononcé du jugement à intervenir en la présente instance;

Ordonner à la défenderesse intimée de percevoir les primes d'assurances versées par la demanderesse requérante;

Enjoindre à la défenderesse intimée d'accorder au demandeur requérant ainsi qu'aux salariés de la demanderesse requérante, la protection et les avantages contenus à la police d'assurance collective portant le numéro G-0890;

Déclarer la défenderesse intimée responsable du paiement des prestations d'invalidité auxquelles aurait droit le demandeur requérant Gilbert Leclerc ou tout autre salarié de la demanderesse requérante.

Les faits

L'Association en est une sans but lucratif ayant pour objectifs principaux l'étude, la sauvegarde et le développement des intérêts économiques, sociaux et éducatifs de ses membres. Elle compte peu d'employés. Comme la preuve le révéla, à certaines périodes, elle en eut sept et à d'autres trois, ceci dépendant des circonstances reliées aux démissions et aux engagements de ceux-ci de même qu'aux besoins de l'Association.

Le 24 mai 1989 intervenait un contrat d'assurance collective de personnes (sans participation) comprenant de l'assurance-vie et de l'assurance contre la maladie ou les accidents. C'est la pièce R-1.

Les dispositions suivantes de cette police d'assurance nous intéressent.

À la page couverture de celle-ci il est stipulé que la date d'entrée en vigueur est le 24 mai 1989 et que son échéance était le 31 mai 1990 à 24 h 00. Elle est sujette à tacite reconduction comme on le verra aux clauses qui suivent:

1- Définitions

[...]

d) date de renouvellement:

le jour qui suit la date d'expiration du contrat, et pour chaque année subséquente, l'anniversaire de cette date;

[...]

j) invalidité totale:

pour la période du délai de carence et les 24 mois qui suivent, c'est l'incapacité pour une personne, par suite de maladie ou de blessure accidentelle, de remplir toutes les fonctions de son occupation régulière; par la suite, c'est l'incapacité de remplir toutes les fonctions de toute occupation rémunératrice que cette personne est raisonnablement apte à remplir, compte tenu de sa formation, de son instruction ou de son expérience;

[...]

m) période de rémission:

une période au cours de laquelle une personne qui était totalement invalide, cesse de l'être;

n) période d'invalidité totale:

une période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale, résultant d'une même cause ou de causes connexes et séparées par une ou des périodes de rémission permises pour la garantie concernée. Une nouvelle période d'invalidité totale débute s'il y a une

reprise du travail à plein temps et à plein salaire pendant une journée ou plus et que l'invalidité soit due à une cause entièrement indépendante de celle qui justifiait l'invalidité antérieure;

[...]

3- Modification du contrat

À toute date de renouvellement du contrat, l'assureur peut le modifier, pourvu qu'il en avise par écrit le preneur au moins 30 jours avant cette date.

Toute modification qui a pour effet de réduire les engagements de l'assureur ou dont la date de prise d'effet ne coïncide pas avec une date de renouvellement du contrat n'entre en vigueur que si elle est contresignée par le preneur.

Pour valoir, une modification doit être signée ou contresignée par une personne autorisée par l'assureur.

Un assuré absent de son travail à cause d'invalidité totale à la date de prise d'effet d'une modification, cette dernière n'entre en vigueur pour cet assuré qu'à son retour au travail, après la période d'invalidité totale. Si une personne à charge est hospitalisée à la date de prise d'effet d'une modification, les prestations auxquelles elle a droit seront modifiées le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

[...]

6- Admissibilité des employés

Un employé devient admissible à l'assurance:

a) à la date d'entrée en vigueur,

s'il satisfait aux conditions d'admissibilité stipulées au sommaire.

b) après la date d'entrée en vigueur,

à compter de la date où il satisfait aux conditions d'admissibilité stipulées au sommaire.

[...]

8- Adhésion à l'assurance

Pour être assuré en vertu du présent contrat, un employé admissible doit en faire la demande par écrit sur un formulaire de demande d'adhésion fourni par l'assureur.

9- Commencement de l'assurance de l'employé

L'assurance d'un employé commence:

a) à la date de son admissibilité, si l'assureur reçoit le formulaire de demande d'adhésion à, ou avant cette date ou,

c) à la date où l'assureur approuve les preuves d'admissibilité que l'employé doit fournir à ses frais et à la satisfaction de l'assureur si le formulaire de demande d'adhésion parvient à l'assureur plus de 30 jours après la date d'admissibilité.

Nonobstant ce qui précède, toute assurance qui est sujette à des preuves d'assurabilité ne commence qu'à la date où l'assureur approuve ces preuves.

[...]

12- Cessation de l'assurance d'un employé

L'assurance d'un assuré, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties, prend fin à 24:00 heures de la première des dates suivantes:

- a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;
- b) la date où l'assuré cesse d'être un employé, ou cesse d'appartenir à une catégorie d'employés admissible à l'assurance;
- c) la date à laquelle l'assuré atteint l'âge maximum prévu pour la garantie concernée;
- d) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative à l'assuré n'est pas payée, sauf si une demande d'exonération des primes en cas d'invalidité a été présentée et approuvée.

[...]

17- Primes

a) Calcul de la prime

Au cours des derniers jours ouvrables de chaque mois, la prime pour le mois suivant est calculée par l'assureur selon les statistiques des assurés connues à la date du calcul et les taux pour chaque garantie applicables au mois suivant. L'assureur facture le preneur pour le montant de prime ainsi obtenu après avoir fait les ajustements appropriés pour les changements aux statistiques ou aux taux dont il a été impossible de tenir compte lors de la facturation précédente.

[...]

d) Durée des taux

Les taux établis à la date d'entrée en vigueur pour chaque garantie sont valables jusqu'à la date d'expiration du contrat. Par la suite, à chaque date de renouvellement du contrat, l'assureur peut modifier le taux, moyennant un préavis écrit au preneur d'au moins 30 jours.

Toutefois, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux à toute date où:

- i- le contrat est modifié à la demande du preneur;

ii- des changements aux règlements ou aux lois ont pour effet de modifier la protection accordée par l'assureur;

iii- l'augmentation ou la diminution du nombre d'assurés représente plus de 25 % du nombre d'assurés lors de la date d'entrée en vigueur ou du dernier renouvellement.

18- *Renouvellement du contrat*

Ce contrat est émis pour la période qui débute à la date d'entrée en vigueur et qui se termine à la date d'expiration du contrat.

À chaque date de renouvellement, le contrat est renouvelé par tacite reconduction pour une autre période de 12 mois pourvu que le preneur se soit conformé aux dispositions du contrat et que les normes minimales de participation soient satisfaites.

[...]

21- *Normes minimales de participation*

Pour que le présent contrat demeure en vigueur, le nombre d'assurés ne doit pas être inférieur à 4.

De plus, si l'assuré contribue au paiement de la prime sur sa tête, le nombre d'assurés ne doit pas être inférieur à celui qui est déterminé au tableau ci-dessous:

Employés Participation
Admissibles minimale

4 à 10 100 %

11 à 15 90 %

16 à 24 85 %

25 à 49 80 %

50 et plus 75 %

Toutefois, si le preneur défraie 100 % de la prime d'assurance, tous les employés admissibles doivent être assurés.

De plus, pour chaque assuré et pour chaque garantie, le preneur défraie au moins la proportion de la prime indiquée au sommaire.

Dans le présent article, l'expression «prime d'assurance» exclut la prime pour toute garantie d'assurance facultative.

22- *Résiliation du contrat*

Le présent contrat est résilié à 24:00 heures de la première des dates suivantes:

a) le dernier jour du délai de grâce, si la prime globale due conformément à l'article 17 précédent n'est toujours pas payée à cette date;

b) la date de réception par l'assureur d'un avis écrit du preneur à l'effet de résilier le contrat ou, à une date plus tardive spécifiée dans cet avis;

c) le jour qui précède une date de renouvellement, pourvu que l'assureur ait fait parvenir au preneur un avis écrit de résiliation au moins 30 jours avant cette date de renouvellement;

d) le dernier jour du mois qui suit l'expiration d'une période de 30 jours à compter de la date où l'assureur a transmis un avis écrit au preneur à l'effet de résilier le contrat faute de se conformer aux normes minimales de participation.

Chapitre M

Police d'assurance collective

contre la maladie ou les accidents

Section MI

Dispositions particulières

aux garanties en cas d'invalidité

1- [...]

2- Admissibilité

Pour être admissible aux garanties d'assurance en cas d'invalidité, un employé doit être assuré en vertu de la garantie d'assurance-vie de base ou de rente aux survivants.

[...]

6- Prolongation des prestations

À moins de mention spécifique du contraire pour une garantie donnée, l'assureur verse les prestations d'invalidité prévues par les présentes garanties, pour toute période d'invalidité qui débute lorsque la garantie concernée est en vigueur et aussi longtemps que l'invalidité dure, même si la garantie est résiliée, les prestations continuent comme si la garantie était demeurée en vigueur, sous réserve des exclusions et des restrictions.

Cependant, aucune prestation n'est payable après que l'assuré a été pris en charge par un autre assureur en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant des garanties comparables. De plus, aucune prestation n'est payable après une période de rémission de 90 jours qui commence après la date de résiliation de la garantie.

[...]

Garantie MIH

Assurance en cas d'invalidité de courte durée

1- [...]

2- Délai de carence

Le délai de carence pour la présente garantie correspond au nombre de jours inscrit au sommaire pour cette garantie, séparément pour l'invalidité totale qui résulte d'une maladie ou d'un accident.

Le délai de carence prévu en cas de maladie s'applique pour toute période d'invalidité totale qui débute plus de 30 jours après la date de l'accident ayant causé l'invalidité.

Pour les fins du présent article, l'hospitalisation signifie l'occupation d'une chambre d'hôpital pour une période minimum de 18 heures consécutives.

Soulignons que, à la proposition de contrat du 24 mai 1989, qui est jointe à la fin de la pièce R-1 (pour plus de facilité, nous l'avons appelée l'annexe A-1), l'admissibilité des futurs employés (cela ne s'appliquait pas aux employés en fonction à cette date) était sujette à une période d'attente de trois mois et, de plus, à cette même date, il y avait quatre employés admissibles à l'Association, soit trois «seuls» et une «avec personne à charge».

La preuve révéla, cela n'est d'ailleurs pas contesté, que l'assurance émise par Aeterna ne le fut qu'après l'obtention par cette dernière de preuve d'assurabilité au sens de la police des employés concernés. M. Marc Thomassin, vice-président principal, en fait d'ailleurs état à la page 43 de la transcription des notes sténographiques de son interrogatoire avant défense tenu le 16 mars 1993. C'est d'ailleurs une exigence du contrat d'assurance, comme on peut le constater à l'annexe A-2, au titre «Convention».

La preuve révéla qu'entre ce 24 mai 1989 et le 31 mai 1992 il se produisit régulièrement un mouvement de personnel, dans ce sens que certains quittèrent leur emploi et certains autres furent engagés, de sorte que fréquemment il n'y eut que trois employés au sein de l'Association, qui en compta jusqu'à sept. Par exemple, expliqua la directrice générale d'alors, Mme Jocelyne Chrétien, le 29 septembre 1989, elle était la seule employée assurée, alors qu'ils étaient trois en août 1989, quatre en février 1990, trois en août 1990, quatre en janvier 1991, trois en juin 1991 et quatre en novembre de la même année.

Or, comme on peut le constater au sommaire des garanties (pièce R-1, annexes B et D), Aeterna ne pouvait ignorer ce flottement, cette fluctuation dans le nombre des employés assurés de l'Association parce que cela se reflétait directement dans le montant des primes qu'elle percevait chaque mois. Cela découle également de l'état de compte que Aeterna faisait parvenir chaque mois à l'Association, dont quelques-uns furent versés au dossier de cette cour suite à un engagement pris par l'Association lors de l'interrogatoire hors cour de M. Daniel Zizian. Comme on peut le constater à l'état de compte de novembre 1991, les noms de trois employés seulement, Jocelyne Chrétien, Andrée Giroux et Gilbert J. Leclerc, y apparaissent. Les mêmes constatations peuvent être également faites aux états de compte pour les mois de décembre 1991 de même qu'en janvier, février et mars 1992. Nous concluons de ceci que,

depuis le début, Aeterna connaissait pertinemment, et de mois en mois, le nombre des employés assurés chez l'Association. Comme le témoignage de Mme Chrétien au sujet de cette fluctuation ne fut pas contredit, nous concluons qu'Aeterna en était fort bien informée.

De plus, Mme Chrétien nous déclara, ce ne fut pas contredit, qu'elle-même ou la comptable de l'Association avisèrent Aeterna de ces changements, ce qui n'amena aucune réaction de sa part. Bien plus, à l'audience, Aeterna admit qu'il n'y eut pas de demande écrite de sa part à l'Association de se conformer à la clause faisant état d'un nombre minimum d'employés.

En août 1989, l'Association engagea M. Gilbert Leclerc qui, jusque-là et depuis plusieurs années, était à l'emploi des Hautes études commerciales. Cette école des Hautes études commerciales est une entité juridique tout à fait différente et séparée de l'Association.

Avant d'accepter de changer ainsi d'emploi, le demandeur voulut s'assurer, cela est confirmé par le témoignage de Mme Chrétien, qu'il jouirait, en tant qu'employé de l'Association, des mêmes avantages sociaux et autres dont il bénéficiait alors. On lui affirma que tel était le cas. Il faut savoir que M. Leclerc bénéficiait déjà d'une assurance collective comprenant de l'assurance-vie, de l'assurance-invalidité de courte et de longue durée, incluant une indemnisation pour frais de médicaments et certains autres avantages qui nous intéressent moins. On lui fit valoir qu'il aurait le même genre de «couverture» chez l'Association.

M. Gilbert fut hospitalisé au mois de novembre 1989 jusqu'au début du mois de janvier 1991 pour infection virale. Ce n'est qu'après son retour au travail, et plus précisément au début du mois de février 1991, que M. Leclerc apprit qu'il était séropositif.

Cela ressort enfin très clairement du rapport médical de la Dre Louise Charest du 8 décembre 1994, produit au dossier par jugement de notre collègue M. le juge Derek Guthrie, en date du 9 décembre 1994. Voici le texte de ce rapport:

RE: Dossier Monsieur G.L.

Il s'agit d'un patient âgé de 33 ans (né le 10-01-61). Test de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) négatif à l'été 1990 - Hôpital Saint-Luc. Rétrovirose i.c. infection aiguë au VIH en novembre 1990, le patient est alors hospitalisé à l'hôpital Notre-Dame, puis suivi à la clinique l'Actuel. En janvier 1991, le test du VIH est positif. Le patient est avisé en février 1991 de sa séropositivité.

Du point de vue thérapie anti-rétrovirale, il reçoit alors de l'AZT qui doit être cessé en novembre 1992 pour intolérance, de même le DDI est cessé à cause des effets secondaires (neuropathie).

- Selon les critères de Sida actuellement en vigueur au Canada, le patient ci-haut mentionné est «séropositif». Ainsi depuis 1991, on note au dossier divers diagnostics dont la dépression, bronchite, otite, sinusites, zona... que l'on sait sont plus fréquents chez les séropositifs. Il a aussi souffert d'un pneumothorax avec séquelles de lésion bulleuse.

Monsieur G.L. a fait récemment un épisode d'atteinte neurologique très sévère mais d'une durée brève. Il a dû consulter à l'hôpital Notre-Dame. L'évolution nous renseignera sur le lien avec sa maladie. Du point de vue laboratoire les CD4, indice de suivi limité, oscillent entre 300 et 480. En octobre 1994 les CD4 étaient à 296.

Outre les thérapies médicamenteuses, on recommande à ces patients d'adopter de bonnes habitudes de vie et d'éviter toute surcharge de stress et contacts infectieux ce qui peut affecter leur système immunitaire déjà défectueux.

Chez ce patient le pronostic est donc incertain, l'on sait que ces patients évoluent ultimement vers le sida, maladie mortelle mais on ne peut prévoir en combien de temps.

Ce dernier dut s'absenter de son travail du 13 août 1991 au 16 janvier 1992. Dès le mois d'août 1991, M. Leclerc dut indiquer sur les formulaires d'Aeterna qu'il était porteur du virus séropositif. Il est donc établi qu'Aeterna sut, dès le mois d'août 1991, que M. Leclerc était porteur du virus séropositif ou qu'il était atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (sida).

Depuis le 16 février 1992, à l'exception de quelques jours ici et là (les 5, 25 et 29 mai 1992 par exemple), M. Leclerc a continué à travailler auprès de l'Association et y travaillait toujours lors du procès. Il n'est pas devenu invalide au sens de la police d'assurance, ceci ne faisant pas l'objet de contestation sérieuse.

Le 24 avril 1992, Aeterna écrivait à l'Association une lettre (pièce R-4) l'avisant qu'elle ne renouvellerait pas le contrat d'assurance qui prenait fin le 31 mars 1992. Voici le texte de cette lettre:

Madame,

C'est à regret que nous vous avisons que votre police ci-haut mentionnée sera annulée le 31 mai 1992 à minuit.

Nos normes d'assurance collective ne nous permettent plus de maintenir cette police en vigueur.

Nous vous demandons de nous transmettre toutes les réclamations pour les sinistres encourus avant la date de terminaison de votre police dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant cette date.

Toutes demandes reçues après ce délai ne pourront être considérées par notre compagnie.

Nous vous remercions pour votre collaboration dans l'administration de votre police d'assurance collective.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Le motif principal, selon Aeterna, de cette décision était non pas le fait qu'elle avait appris l'état de santé de M. Leclerc, mais le fait que l'Association n'avait pas rempli l'obligation qui lui incombait en vertu du contrat d'assurance (pièce R-1), de faire en sorte que tous ses employés soient assurés auprès d'elle, avec un minimum de quatre employés assurés.

Même que, dirent les témoins d' Aeterna entendus à l'audience sur ce sujet (M. Gélinau et Mme Arsenault), ils ne connaissaient pas l'état de santé de M. Leclerc au moment où Aeterna mit fin au contrat d'assurance collective avec l'Association par cette lettre du 24 avril 1992.

Ouvrons ici une parenthèse pour souligner que, selon la preuve entendue, M. Lucien Géliveau était alors vice-président adjoint lorsqu'il signa cette lettre du 24 avril 1992. Son supérieur immédiat était M. Marc Thomassin, lui-même vice-président «Marketing». Mme Lyne Arsenault, employée de Aeterna et témoin au procès, était chef du service administratif d'Aeterna. Elle avait elle-même comme supérieur immédiat M. Géliveau. Comme il sera question à plusieurs reprises de ces trois individus, il est important donc de savoir que Mme Arsenault se trouvait sous la direction de M. Thomassin, lequel était également le supérieur de M. Géliveau, qui travaillait cependant dans un autre secteur que celui de Mme Arsenault. Concernant la connaissance ou non de M. Géliveau et de Mme Arsenault de l'état de santé de M. Leclerc au moment de la rédaction de cette lettre de non-renouvellement du 24 avril 1992 (pièce R-4), et même jusqu'en juillet 1992, nous n'avons entendu que ces deux témoins.

M. Thomassin n'a été interrogé que hors cour. La transcription des notes sténographiques de son témoignage est versée au dossier.

Quand M. Géliveau et Mme Arsenault nous affirmèrent n'avoir pas su à cette époque que M. Leclerc était séropositif, nous ne pouvions, tant par leur comportement, leur façon de témoigner que par leur attitude en cour, conclure qu'ils ne disaient pas la vérité.

Cependant, nous avons beaucoup de difficulté à accepter leurs témoignages sur ce sujet parce qu'ils nous semblent hautement invraisemblables. Il y avait plus de huit mois que M. Leclerc, au moment de l'expédition de cette lettre de non-renouvellement du 24 avril 1992 (pièce R-4), avait révélé sa séropositivité à Aeterna, lors de sa demande de prestation du mois d'août 1991. Aeterna était-elle divisée en compartiments à ce point étanches que rien de ce qui se faisait dans l'un ne pouvait être su et connu dans l'autre?

Pourtant, Mme Arsenault nous a bien dit au début de son témoignage qu'il n'existait pas une telle étanchéité entre son secteur et celui de M. Géliveau, qui oeuvrait dans celui du marketing. Il ne semble pas non plus qu'une telle étanchéité ait existé entre le secteur où travaillait M. Géliveau et celui de M. Thomassin.

Ayant beaucoup de difficulté à accepter que, dans ce cas-ci, on ait mit fin au contrat d'assurance dont il s'agit alors qu'une des trois seules personnes assurées était séropositive, nous portons donc plus d'importance à toute contradiction qui pourrait être relevée dans les témoignages des trois principaux témoins d'Aeterna et surtout dans celui de M. Géliveau, qui prit la décision de ne pas renouveler ce contrat.

C'est ainsi que nous trouvons plutôt curieux que M. Géliveau, dont c'était le dossier comme il nous l'affirma, ait ajouté en cours de témoignage au procès, soit le 20 décembre 1994, plus de deux ans et demi après sa lettre du 24 avril 1992, un troisième motif d'annulation du contrat en question, motif dont il n'avait jamais été question auparavant, c'est-à-dire le fait que l'Association n'avait pas respecté les délais de transmission des avis qu'elle devait donner régulièrement à Aeterna, comme cela se produisit d'ailleurs l'année précédente en 1991 dans le cas de Mme Hoffstetter.

Et puis il y a cette contradiction importante entre le témoignage de M. Thomassin et celui de M. Géliveau. D'abord, ce dernier dit, lors de son témoignage, qu'Aeterna avait une certaine latitude, une certaine discrétion quand il s'agissait de prendre une telle décision. Mais il ajouta que la norme minimum d'employés assurés - quatre - était très stricte.

Ici, on peut déjà s'étonner car, on a vu la preuve plus haut, à plusieurs reprises auparavant, l'Association n'avait pas respecté la norme minimum d'employés, situation dont Aeterna ne s'était jamais plainte selon le témoignage de Mme Chrétien, que nous acceptons.

Ensuite, il expliqua que, dans ce cas-ci, il ne pouvait être remédié à une telle lacune pour deux raisons. D'abord, parce que c'était la politique d'Aeterna et deuxièmement parce qu'au 24 avril 1992 il était devenu matériellement impossible pour l'Association de pouvoir faire adhérer avant la fin du contrat, soit avant la fin de mai 1992, des employés qui ne pouvaient plus respecter la période d'adhésion de 90 jours, car il ne restait que quelque 40 jours avant la fin de mai.

Or, s'il existe chez Aeterna de telles politiques, il est surprenant que MM. Thomassin et Gélinau n'en aient pas la même perception.

Selon M. Thomassin, la clause type d'admissibilité au contrat (pièce R-1, annexe B-1) est de rigueur et on ne peut pas admettre un employé qui n'a pas respecté ce délai de 90 jours d'attente comme employé avant d'être assuré. Voici comment il s'exprime à la page 30 de la transcription des notes sténographiques de son témoignage hors cour du 16 mars 1993:

Q. Parfait. Vous mentionnez que l'adhésion d'un membre ne se fait qu'après que l'employé, là, a trois mois d'ancienneté au sein de l'entreprise.

R. D'emploi continu.

Q. C'est exact?

R. D'emploi continu.

Q. D'emploi continu au sein de l'entreprise?

R. Oui.

Q. C'est une clause de la police qui prévoit ce délai d'attente?

R. C'est ça.

Q. C'est exact? Bon.

R. C'est une clause de la police, mais il faut comprendre que ce n'est pas une imposition unilatérale de l'assureur. Je dois vous dire que ces délais de - juste pour faire un petit historique, là.

Q. Oui.

R. C'est que ces délais d'admissibilité là, traditionnellement c'est venu de la part des employeurs qui ne sont pas - parce que souvent ils payent une partie de la prime d'assurance, et les assureurs pour la plupart ne sont pas intéressés à payer une participation patronale à un régime d'assurance tant qu'ils n'ont pas donné la permanence, par exemple, à quelqu'un -.

- (interruption par le sténotypiste officiel)

... les employeurs ne sont pas intéressés à payer une participation à la prime d'assurance. Il y a des employeurs qui vont demander des délais d'admissibilité de six mois. Mais quand il n'y a pas de mention particulière, notre clause standard prévoit trois mois d'admissibilité, dans les 4-24, là, c'est la clause standard qui s'applique.

Q. Il y a possibilité d'éviter cette attente de trois mois avant de permettre à l'employé d'adhérer au programme d'assurance?

R. Moi, je dirais que non, là, je ne crois pas.

Q. Bon. Vous avez le dossier de l'Association des diplômés des H.E.C.?

R. Hum, hum.

Q. Est-ce que vous avez la formule d'adhésion d'un certain monsieur Serge Séguin, en janvier mil neuf cent quatre-vingt-douze (1992)?

R. C'est possible, je ne sais pas...

Q. Est-ce que vous l'avez avec vous?

R. Non.

Q. Non?

R. Non.

Q. Dans le cas de Serge Séguin, est-ce que vous pouvez vérifier la date de son embauche, la date de l'adhésion, et vérifier pour quelle raison, le cas échéant, le délai d'attente n'a pas été respecté? Est-ce que c'est possible que le délai d'attente ne soit pas respecté?

R. En théorie, je dirais que non.

Mais il est alors confronté avec le cas d'un employé de l'Association, M. Serge Séguin, qui n'eut pas à attendre ce délai de trois mois avant d'être accepté comme assuré par Aeterna. Voici comment il s'exprimait (p. 42 de cette même transcription) alors que le procureur de l'Association lui demandait pour quelle raison Aeterna avait refusé deux nouvelles demandes d'adhésion suite à la lettre de non-renouvellement du 24 avril 1992:

R. Je vous dis ça de mémoire là. Et que ces gens-là n'étaient pas admissibles à la date où on demandait l'adhésion, qu'ils n'avaient pas satisfait à leur période d'attente.

Q. Est-ce qu'on vous a parlé que l'employeur désirait qu'il n'y ait pas de période d'attente?

R. C'est possible, là, c'est possible que l'employeur ait désiré ça mais c'est pas possible qu'on ait accepté.

Q. Pourquoi?

R. Parce que le contrat stipule qu'il y a trois mois d'attente. D'autant que dans ces cas-là, en plus de ça les gens peuvent soumettre des preuves d'assurabilité parce que c'est des groupes de moins de dix personnes.

Q. Dans le cas de Serge Séguin, on avait...

R. Bien, je prends pour acquis que les choses se sont faites, là, normalement.

Q. Dans le cas de Serge Séguin?

R. Bien, j'assume là, j'assume que quand on assure quelqu'un dans les groupes de moins de dix, comme on demande toujours des preuves d'admissibilité, bien, qu'on nous a soumis le dossier correctement et que nous, on a rendu une décision.

Q. Donc le délai d'attente est toujours respecté?

R. Oui.

Q. Et si on ne l'aurait pas respecté dans le cas de Serge Séguin c'est qu'il y aurait eu erreur?

R. Bien, théoriquement...

Q. Est-ce que c'est ça le sens de votre témoignage?

R. Moi, je dirais que oui, là.

Donc, selon lui, si M. Séguin fut accepté comme assuré sans avoir attendu cette période de trois mois, il s'agit d'une erreur.

Or, telle n'est pas l'opinion de M. Gélinau, pour qui il ne s'agit pas d'une erreur mais bien d'une politique d'Aeterna. Il nous expliqua en effet que le cas des officiers supérieurs ou des personnes haut placées était différent et qu'Aeterna pouvait dans ces cas-là passer outre ce délai d'attente de trois mois, raison pour laquelle cela se fit pour M. Séguin, car il était directeur général de l'Association.

Selon nous, Aeterna avait toute latitude pour accepter ou non de passer outre à ce délai d'attente de trois mois. Rien au contrat ne l'obligeait à le respecter et il n'est là, ce délai, que pour sa protection, son bénéficiaire et non celui de l'adhérent ou du preneur, ici l'Association. Libre à elle d'accepter ou de ne pas donner suite aux demandes des adhérents qui demandent de faire partie du groupe sans tenir compte du délai de 90 jours prévu au contrat.

Nous nous étonnons tout de même du désaccord ou de la divergence d'opinion sur le sujet de ces MM. Thomassin et Gélinau.

Ils ne sont pas d'accord non plus sur le fait que ce nombre de quatre employés est un minimum très strict auquel, si on comprend bien le témoignage de M. Gélinau, Aeterna ne pouvait pratiquement pas remédier. À notre avis, cela ne fait pas beaucoup de sens parce qu'il est pratiquement impossible que, dans un groupe qui ne compte que quatre employés, il ne se produise pas, à un moment donné, lors d'une démission ou d'une mise à pied, une diminution

temporaire d'employés, faisant passer le nombre de ceux-ci de quatre à trois par exemple. On a vu d'ailleurs que cela s'est produit fréquemment auparavant sans qu'Aeterna n'y trouve à redire.

Voilà une autre divergence, sur un point dont il fut longuement question au cours de ce procès, entre les témoignages de M. Thomassin et M. Gélinau.

À notre avis, Aeterna aurait pu renouveler le contrat d'assurance si elle l'avait voulu. Si elle ne le fit pas, ce n'est pas véritablement parce que l'Association n'avait pas le nombre requis d'employés minimum au 24 avril 1992.

Mais Aeterna plaide aussi qu'elle pouvait mettre fin au contrat et le fit à cause de la «mauvaise expérience» qu'elle vécut avec l'Association. En termes plus clairs, et c'est exactement ce que nous dit M. Gélinau, cela signifie qu'Aeterna pouvait refuser de renouveler le contrat si celui-ci ne s'avérait pas assez rentable.

Il est clair qu'Aeterna a subi une perte financière avec ce contrat d'assurance; M. Gélinau nous l'a démontré, chiffres à l'appui. Est-ce suffisant pour permettre à Aeterna de ne pas renouveler son contrat à la date d'expiration? Rien dans le contrat R-1 ne nous permet de conclure autrement que par l'affirmative. D'ailleurs, c'est sans doute une des raisons pour lesquelles elle offre des contrats d'assurance construits de cette façon.

Évidemment, elle doit continuer à indemniser un assuré devenu invalide pendant la durée du contrat d'assurance, et ce, même après avoir ainsi mis fin au contrat. C'est prévu au contrat (section MI, article 6, voir p. 114-115 ci-haut). Mais rien ne l'empêche d'y mettre ainsi fin.

Cependant, selon le contrat d'assurance, Aeterna n'avait, techniquement, pas à justifier sa décision de ne pas le renouveler. Dès la première page de celui-ci (pièce R-1), il est clairement exprimé qu'il entre en vigueur le 24 mai 1989 et se termine le 31 mai 1990 à 24 h. L'article 22 (renouvellement du contrat) prévoit, aussi clairement, le renouvellement du contrat par tacite reconduction à chaque date de renouvellement (qui est selon l'article 1 d), page G-1, le jour anniversaire de la date qui suit la date d'expiration du contrat) pour une autre période de 12 mois. Enfin, l'article 22 c) prévoit que l'assureur peut résilier ce contrat à 24 heures du jour qui précède la date de renouvellement pourvu qu'il fasse parvenir au preneur, ici l'Association, un avis écrit de résiliation au moins 30 jours avant cette date de renouvellement. C'est ce qu'Aeterna fit.

L'Association a plaidé que si les deux conditions du contrat d'assurance énoncées au deuxième paragraphe de l'article 18 sont satisfaites par l'assureur, il est obligé de le renouveler.

Selon nous, une telle interprétation va d'abord contre toute l'économie, la structure du contrat qui, d'ouverture, établit qu'il s'agit d'un contrat de un an qui se renouvelle d'année en année. Si les parties avaient voulu être liées par les mêmes termes et conditions pour une période indéterminée, elles n'auraient pas stipulé une durée aussi fixe et une méthode de renouvellement aussi précise.

Ensuite, cette interprétation va diamétralement à l'encontre du sens clair de l'article 22 c) cité plus haut. Il est vrai que l'article 18 traite de renouvellement du contrat alors que l'article 22 s'intitule «Résiliation du contrat», mais il n'y a pas matière à confusion pour autant. L'article 18 est d'ordre positif, il ne traite que de «renouvellement», alors que l'article 22 est de portée négative en ce sens qu'il ne traite que de la terminaison ou de la résiliation du contrat, mais il

est clair qu'au sous-paragraphe c) de l'article 22, qui traite précisément de ce qui peut se passer à la date de renouvellement, on a voulu prévoir la possibilité pour l'assureur de ne pas renouveler le contrat, sans motif même, comme le sous-paragraphe b) de ce même article permet au preneur de le faire.

L'Association plaide cependant que le contrat dont il s'agit ici doit être considéré comme un contrat d'assurance-vie et que, par le biais de l'article 2474 C.C.:

Art. 2474. Les clauses d'assurance contre la maladie ou les accidents qui sont accessoires à un contrat d'assurance sur la vie et les clauses d'assurances sur la vie qui sont accessoires à un contrat d'assurance contre la maladie ou les accidents sont les unes et les autres soumises aux règles régissant le contrat auquel elles sont accessoires.

Le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*⁽¹⁾(1) doit s'appliquer et plus particulièrement par son article 201, qui se lit ainsi:

201. Il est du devoir des assureurs et des agents d'assurance de favoriser le maintien en vigueur de tout contrat d'assurance sur la vie.

Il appuie également sa prétention sur le texte suivant de Me Jean-Guy Bergeron, professeur à la faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, rapporté à la *Revue du Barreau*⁽²⁾(2):

Le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* consacre des obligations pour l'assureur et son agent en cas de substitution de contrat d'assurance-vie à un contrat déjà existant. Nous estimons que ces règles sont tellement conformes à la nature même des choses qu'elles s'appliquent naturellement aux autres assurances de personnes, soient les assurances contre les accidents et contre les maladies.

En 1993, dans l'arrêt *L'Excelsior, compagnie d'assurance-vie c. S.S.Q. Mutuelle d'assurance-groupe*, M. le juge Tyndale, qui rendit le jugement de la majorité, écrivait⁽³⁾(3):

In my opinion, when there is no clear principal contract in a multi-coverage policy (which is rare in individual policies but common in group policies), one should apply the provisions of the Regulation dealing with Group Life Insurance Contracts to claim for life insurance, and the provisions dealing with Group Sickness or Accident Insurance Contracts to claim for those types of insurance.

D'abord, nous devons nous demander si, comme l'écrit M. le juge Tyndale ci-haut, il existe clairement un contrat principal dans ce contrat d'assurance collective (pièce R-1).

À l'examen de la page 2 de la pièce R-1, qui se lit ainsi:

Assurance collective de personnes

Table des matières

Chapitre Section Garantie

G-Dispositions générales

V-Assurances sur la vie

VD- Décès toute cause

VDB- Assurance de base

VDF- Assurance pour la famille

VA- Décès ou mutilation accidentelle

VAB- Assurance de base

VI- En cas d'invalidité

VIX -Exonération des primes

M-Assurance contre la maladie ou les accidents

MI- En cas d'invalidité

MIH- Invalidité de courte durée

MIM- Invalidité de longue durée

MIX- Exonération des primes

MC- Frais complémentaires

MCH- Hospitalisation

MCM- Frais médicaux

MAV- Assurance assistance-voyage

MD- Frais dentaires

MDB- Soins de base

MDR- Services de restauration

MDC- Soins complémentaires

S-Sommaire

On peut constater du texte ci-haut qu'il y a deux groupes bien distincts d'assurance, soit l'assurance sur la vie (le chapitre V) et l'assurance contre la maladie ou les accidents (le chapitre M).

Aucune preuve ne nous fut offerte pour nous permettre de déterminer lequel de ces deux groupes, l'assurance sur la vie et l'assurance contre la maladie ou les accidents, est principal

par rapport à l'autre. Doit-on pour y arriver étudier ces textes objectivement, c'est-à-dire en regard de la portée des textes de chaque groupe, ou subjectivement, c'est-à-dire par rapport aux désirs et aux objectifs de chaque adhérent, de chaque assuré? Nous n'en savons rien. La lecture que nous en avons faite ne nous permet pas de conclure définitivement dans un sens comme dans l'autre.

Nous ne pouvons conclure non plus parce qu'il s'agit d'assurances émises en fonction d'un groupe émanant d'un travail commun oeuvrant dans le même local que l'aspect indemnisation de salaire doit être considéré comme principal, car en arriver à cette conclusion serait dire à l'avance que tel est le cas dans à peu près toutes les assurances collectives qui, de par leur nature, sont presque toujours formées de salariés et de personnes travaillant ensemble ou dans les mêmes buts. La question qu'on étudie présentement ne se serait jamais posée, ne se poserait même plus.

Pourrait-on déterminer lequel des deux groupes est le principal en étudiant le montant des primes versées à Aeterna pour chacun des groupes? La preuve ne nous permet pas, ici non plus, d'établir le montant des primes versées par chaque assuré, le sommaire des garanties contenu aux annexes B-1 et B-2 ne précisant pas ces montants.

Il est vrai que le cas sous étude par la Cour d'appel dans l'arrêt *Excelsior* ne s'apparente pas au nôtre, mais nous croyons que le principe formulé par le juge Tyndale avec l'accord de ses deux collègues, Mme la juge Rousseau-Houle et M. le juge Morris J. Fish, peut très bien s'appliquer ici.

L'Association aurait pu faire la preuve que la partie «assurance-vie» de la police avait le rôle principal par rapport à l'autre. Elle a décidé de ne pas le faire, ce qui ne signifie pas que la partie «Assurance contre la maladie ou les accidents» est la principale.

Nous concluons donc, comme dans l'arrêt *Excelsior*, qu'il n'y a pas ici de groupe ou d'assurance principale.

Ceci dit, rien dans les règlements ne peut, à notre avis, être d'un certain secours à l'Association. Le devoir fait à l'assureur de favoriser le maintien en vigueur de tout contrat d'assurance sur la vie ne saurait avoir la portée précise que l'Association recherche et suggère.

À notre avis, même si nous avons ainsi décidé que le côté assurance-vie du contrat R-1 était principal par rapport à l'autre, cela ne signifie pas que, dans notre contexte, et vu les dispositions de l'article 22 du contrat R-1, Aeterna n'avait pas le droit d'agir comme elle le fit à cause de cet article 201 du *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*. Comme l'écrit le professeur Bergeron, cité plus haut, le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* s'applique «en cas de substitution de contrat d'assurance-vie⁽⁴⁾(4)». Tel n'est pas le cas ici.

Enfin, l'Association plaide l'abus de droit de la part d'Aeterna parce que cette dernière ne lui a pas permis de faire passer de trois à quatre le nombre de ses employés assurés lui permettant ainsi d'atteindre la norme minimale de participation telle que définie à l'article 21 du contrat d'assurance (pièce R-1).

Son assureur nous cita l'arrêt *Houle c. Banque Canadienne Nationale*, de la Cour suprême du Canada, et plus spécialement les extraits suivants des notes de Mme la juge Claire L'Heureux-Dubé⁽⁵⁾(5):

Conformément à l'évolution doctrinale et jurisprudentielle qui s'est faite au Québec sur cette question, il est maintenant temps d'affirmer que la malice ou encore l'absence de bonne foi ne devrait plus être le critère exclusif pour apprécier s'il y a eu abus d'un droit contractuel. Une revue tant des fondements théoriques des récents courants en responsabilité civile que de l'état actuel de la doctrine et de la jurisprudence au Québec conduit inévitablement à la conclusion qu'il ne saurait plus faire aucun doute en droit québécois que le critère moins rigoureux de «l'exercice raisonnable» d'un droit, la conduite de l'individu prudent et diligent, par opposition au critère exigeant de la malice et de l'absence de bonne foi, peut également servir de fondement à la responsabilité résultant de l'abus d'un droit contractuel.

Cette norme de l'«exercice raisonnable» est compatible avec les sources de la responsabilité en droit civil, tel l'art. 1053 C.c.B.-C. De plus, tout contrat comporte pour les parties l'obligation implicite d'exercer leurs droits conformément aux règles de l'équité et de la loyauté (art. 1024 C.c.B.-C.). En conséquence, tout acte accompli en violation de cette obligation implicite est susceptible d'engager la responsabilité.

Et⁽⁶⁾:

En résumé, donc, il semble que la théorie de l'abus des droits contractuels fasse aujourd'hui incontestablement partie du droit québécois. Fondée au départ sur le critère rigoureux de la malice ou de la mauvaise foi, la norme servant à apprécier l'existence d'un tel abus s'est élargie pour inclure maintenant le critère de l'exercice raisonnable d'un droit, tel qu'il est incarné dans la conduite d'une personne prudente et diligente. Ce critère peut couvrir un grand nombre de situations, y compris l'utilisation d'un contrat à une fin autre que celle envisagée par les parties. On pourrait donc formuler ainsi le critère approprié: tels droits ont-ils été exercés dans un esprit de loyauté? Pour ce qui est du fondement de la théorie, suivant la solution à la fois doctrinale et jurisprudentielle au Québec, c'est bien le régime contractuel de responsabilité qui régit l'abus d'un droit contractuel puisque, implicitement en droit civil, les parties à tout contrat s'engagent à agir, dans l'exercice de leurs droits contractuels, à la manière prudente et diligente d'une personne raisonnable et dans les limites de la loyauté. S'il y a violation de cette obligation implicite, la responsabilité contractuelle est alors engagée à l'égard du cocontractant.

Nous avons dit plus haut qu'à notre avis il est invraisemblable que les principaux intéressés chez Aeterna, M. Gélinau plus particulièrement, n'aient pas su qu'il y avait parmi les quatre employés un assuré pour lequel elle pouvait être amenée à verser de fortes prestations. Nous n'acceptons pas cette preuve que nous soumit Aeterna, et nous avons dit pourquoi.

Cependant, nous ne pouvons pour autant changer les dispositions juridiques que les parties ont voulu, toutes deux, être à la base de leurs relations; nous ne pouvons pas changer leur contrat.

À la base, et dans le cadre de tout ce qui précède, il faut revenir à l'entente conclue entre les parties lors de la signature de ce contrat R-1 tout en tenant compte des dispositions de l'article 2499 C.C., qui se lit ainsi:

Art. 2499. En cas d'ambiguïté, le contrat d'assurance s'interprète contre l'assureur. D'abord, il s'agit ici d'un contrat bien particulier car, selon la preuve entendue, Aeterna serait la seule compagnie d'assurances à offrir pour un groupe de quatre employés. M. Gélinau, qui nous a semblé bien informé sur le sujet, en témoignant sur le fait que l'Association aurait pu trouver un autre assureur pour prendre la relève à Aeterna après le 31 mai 1992, n'a parlé que

des compagnies d'assurances qui seraient prêtes à accepter des groupes de cinq au minimum et non de quatre. On peut donc dire que le contrat R-1 avait, à tout le moins, cette particularité de pouvoir s'appliquer à un groupe formé, lui, d'au moins quatre employés.

Ensuite, ce contrat, nous l'avons vu plus haut, pouvait être résilié par l'un ou l'autre des cocontractants à la date annuelle de renouvellement, sur avis de 30 jours, en conformité des dispositions de l'article 22 cité plus haut.

S'il survenait, par exemple, pendant la durée du contrat une invalidité à un assuré, Aeterna était tenue de l'indemniser «même si la garantie est résiliée» (c. M, art. 6). En cas de maladie, le contrat prévoit que l'indemnité ne sera versée à l'assuré qu'à compter de la deuxième semaine de son invalidité courte durée; ce sont les sept jours appelés période de carence (garantie MIH, art. 2, page MIH-1 et annexe B-3), cette période étant de six mois pour l'invalidité de longue durée résultant soit d'un accident, soit de maladie. Il n'y a pas de période de carence en cas d'invalidité courte durée due à un accident.

En ce qui concerne les médicaments, la section G (garantie MCM) prévoit leur remboursement «pour des soins médicaux par suite d'une blessure accidentelle, d'une maladie ou d'une maternité».

L'Association était ou devait être certainement consciente de la fragilité de cette entente qui pouvait être si facilement résolue et, par conséquent, du fait qu'Aeterna pouvait en tirer parti. C'est évidemment l'une des raisons pour lesquelles cette clause fut insérée là, c'est-à-dire afin de lui permettre de se retirer d'un contrat au cas de pertes financières.

Évidemment, c'est un argument mercantile, mais l'assurance est aussi un commerce même s'il n'est pas permis aux compagnies d'assurances d'oublier l'aspect social et public de leurs activités.

Pourrions-nous dire qu'Aeterna a abusé de son droit en utilisant cette clause 22 c) (jointe ou non à la clause 18, qui traite du renouvellement) pour transiger cette entente avec l'Association? Nous ne le croyons pas; l'abus de droit du genre de celui dont il s'agit dans l'arrêt *Houle*, de la Cour suprême, cité plus haut, implique la mauvaise foi, le manque de loyauté dans les activités d'un cocontractant envers un autre, dans la façon injuste (*unfair*) dont l'un traite l'autre. Si Aeterna prit la première occasion offerte pour ne pas renouveler le contrat, comme nous l'avons vu plus haut, nous ne pouvons pas pour autant dire que cette terminaison fut faite de mauvaise foi.

Nous distinguons donc entre les raisons qu'elle a voulu se donner pour agir ainsi et la façon dont elle fit usage du droit qui était sien en vertu du contrat. Dire ici qu'il y eut abus de droit serait décider en fait qu'à la base le contrat lui-même était abusif, alors qu'il n'en fut jamais question lors du procès, alors que ce n'est manifestement pas le cas.

Dans l'arrêt *Houle*, on a reproché à l'intimée de n'avoir point laissé le temps à l'appelant de réagir à la décision de cette dernière d'exiger le paiement, ce qui occasionna la ruine de l'appelant.

Dans notre cas, si nous nous reportons à l'époque de la lettre de non-renouvellement du contrat R-1 en date du 24 avril 1992 (pièce R-1), Aeterna savait depuis le mois d'août précédent que M. Leclerc était séropositif. Pendant quatre mois et même plus, elle l'indemnisait pour cause d'invalidité due à cette condition. Mais, depuis le 16 janvier 1992, il était revenu au travail et

n'était donc plus invalide au sens de la police. Toutefois, il est permis de croire qu'elle prévoyait une éventuelle invalidité de M. Leclerc.

Pourrait-on dire que, même dans cette dernière hypothèse, elle n'avait plus le droit de terminer le contrat en date du 31 mai 1992 comme elle le fit? Pourrait-on dire qu'elle demeurait liée par le contrat R-1 envers M. Leclerc même après cette date du 31 mai 1992, alors même que M. Leclerc n'était pas invalide au sens du contrat?

À notre avis, c'est là toute la question et, pour y répondre, il faut tenter de le faire en regard des règles de droit tout en ne perdant pas de vue le côté humain et social de l'affaire.

Ce serait aller à l'encontre de l'esprit et de l'économie du contrat que de répondre à ces questions par l'affirmative.

Même si Aeterna aurait certainement pu remédier à la situation en acceptant de passer outre au délai de 90 jours, comme elle le fit pour M. Séguin, et ce, en acceptant comme adhérents les deux employés dont l'Association lui soumettait les noms, elle n'était pas obligée de le faire, du moins légalement.

Il est regrettable que l'Association ait autant tardé à faire, en ce début d'année 1992, ce qu'elle fit après avoir reçu la lettre du 24 avril 1994 (pièce R-4). L'eût-elle fait, elle aurait privé Aeterna du premier et du meilleur « motif » que, de toute évidence, elle croyait bien avoir trouvé pour ne pas renouveler le contrat. Selon nous, l'Association n'est pas sans une certaine part de responsabilité envers M. Leclerc, car elle aussi connaissait l'état de santé de ce dernier. Elle aurait dû, comme elle le fit pendant les années précédentes, prendre toutes les mesures, surtout alors, pour qu'il y ait un minimum de quatre employés dès janvier ou février 1992, c'est-à-dire avant ce délai de 90 jours précédant le 31 mai 1992.

Sans cette clause 22 b) et c), qui permet à l'une ou l'autre des parties de ne pas renouveler le contrat, nous aurions décidé autrement car, nous le répétons, nous n'acceptons pas, dans les circonstances, l'argument basé sur le défaut de l'Association de se conformer aux normes minimales de participation.

En raison de ce qui précède, nous ne croyons pas vraiment utile de traiter en détail et à fond des autres arguments qui nous furent avancés lors des plaidoiries. Cependant, nous dirons brièvement comment nous en aurions disposé.

Selon le procureur d'Aeterna, M. Leclerc n'avait pas l'intérêt légal suffisant pour se porter demandeur à la présente action car, plaide-t-il, lorsque c'est l'existence du contrat lui-même qui est mise en cause, il s'agit de relation entre l'assureur et le preneur seulement, M. Leclerc n'ayant jamais participé ni signé ce même contrat.

Nous ne sommes pas d'accord avec cette proposition. Selon nous, l'adhérent est l'assuré du preneur bien plus que l'Association, qui ne l'est pas du tout. Parce que l'Association a représenté ses assurés adhérents, cela ne devrait pas, à notre avis, rompre le lien existant entre l'assureur et son assuré.

M. Leclerc était l'assuré d'Aeterna ce 24 avril 1992, date de la lettre par laquelle cette dernière avisait l'Association qu'elle ne renouvellerait plus son contrat d'assurance, et il était directement touché par cette décision; il avait tout intérêt à se porter demandeur comme auraient pu le faire les autres adhérents.

Le procureur d'Aeterna plaide également que les conclusions recherchées - nous les avons citées plus haut à la page 112 - ne peuvent être accordées, car un tel jugement ne réglerait rien.

À cela, nous répondons qu'une action ne devrait pas être rejetée, si elle est bien fondée, uniquement parce qu'il serait difficile pour cette cour de conclure comme le souhaite la demande qui lui est présentée. À notre avis, il aurait été possible de statuer sur la responsabilité d'Aeterna, ce qui aurait eu pour effet de lier cette dernière. Nous ne voyons aucun obstacle en droit pour que des conclusions déclaratoires puissent être jointes à d'autres conclusions comme c'est le cas ici. Nous ne faisons pas face à une difficulté insurmontable.

En ce qui concerne les conclusions en injonction, il est vrai toutefois que les difficultés sont réelles et non des moindres. Il serait très difficile de les mettre en force si elles étaient accordées telles que formulées dans les conclusions de la procédure initiale.

Il est bien connu, et c'est une règle de droit, que les ordonnances de cette cour, doivent être construites de telle façon que leur inexécution puisse faire l'objet de sanction afin d'éviter que les ordonnances des tribunaux puissent être prises à la légère ou fassent l'objet de désobéissance. Dans le cas sous étude, il existe des difficultés réelles, nous le répétons, car nous voyons mal comment cette cour pourrait imposer les ordonnances qu'elle émettrait en conformité des conclusions recherchées.

Enfin, sur la question de frais, vu les circonstances tout à fait spéciales de cette affaire-ci, vu qu'un seul avocat a plaidé pour les deux parties demanderesse, nous n'accorderons les frais que contre l'Association.

L'objection que nous avons prise sous réserve lors du témoignage de M. Daniel Zizian est rejetée.

Par ces motifs, la Cour, après avoir étudié le dossier, entendu la preuve et les plaidoiries et sur le tout délibéré, rejette l'action des demandeurs avec dépens, mais contre l'Association des diplômés de l'École des hautes études commerciales de Montréal seulement. 1. (1) R.R.Q. 1981, c. A-32, r. 1.

2. (2) Jean-Guy Bergeron. «Chroniques. La substitution des polices d'assurance de personnes», (1982) 42 *R. du B.* 824.

3. (3) [1993] R.R.A. 629 (C.A.), 631.

4. (4) *Loc. cit. supra*, note 2, 824.

5. (5) (1990) 3 R.C.S. 122, 154-155.

6. (6) *Id.*, 164.

REJB 2005-92012

Cour supérieure

Gauthier c. Citadelle, compagnie d'assurances générales
200-17-004717-047 (approx. 10 page(s))
14 juin 2005

Décideurs

Hardy-Lemieux, Suzanne

Type d'action

ACTION en réclamation d'une indemnité d'assurance. ACCUEILLIE.

Mots clés

ASSURANCES; PERSONNES; assurance collective accident-maladie; TRAVAIL; ASSURANCE COLLECTIVE; INVALIDITÉ; décès de l'employé survenu 13 jours après son départ à la retraite; décès accidentel (accident d'automobile); titulaire de la police (employeur) considérant le contrat d'assurance comme étant toujours en vigueur au moment de l'accident en dépit de l'absence de preuve de l'existence ou non d'une volonté de l'employé de transformer en assurance individuelle sa protection d'assurance collective; DÉLAI DE CARENCE; délai d'exercice du droit de transformation stipulé dans la police se voulant uniquement un délai de grâce; contrat d'adhésion; devoir d'information de l'assureur; nécessité d'éviter de surprendre les attentes légitimes d'un assuré ou d'un titulaire de police raisonnable; absence de clauses d'exclusion ou de réduction de garantie; ASSURANCE-VIE; obligation pour l'assureur collectif d'accorder un droit de transformation uniquement dans le cas de contrats d'assurance collective sur la vie.

Jurisprudence citée

1. Baril c. Industrielle, Compagnie d'assurance sur la vie, EYB 1991-63821, [1991] R.R.A. 196(C.A.)
2. Fletcher c. Société d'assurance publique du Manitoba, [1990] 3 R.C.S. 191, EYB 1990-67585

Doctrine citée

1. FARIBAULT, G., L'assurance de personnes au Québec, Farnham, Publications CCH/FM, section 65-085, p.13033
2. GILBERT, M., L'assurance collective en milieu de travail, Cowansville, Éditions Yvon Blais, c1998, xii, 327 p., p. 147, 148, 149
3. NORWOOD, D., Norwood on life insurance law in Canada, 3rd ed., Scarborough, Carswell, 2002, 600 p., p. 233

Législation citée

1. Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64, art. 1319, 2404, 2428 al. 2, 2430
2. Règlement d'application de la Loi sur les assurances, R.R.Q., 1981, c. A-32, r. 1, art. 261, 272, 273, 274, 275, 276, 277

Date de dépôt : 19 août 2005

TEXTE INTÉGRAL

COUR SUPÉRIEURE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE QUÉBEC
NO : 200-17-004717-047

DATE : 14 juin 2005

DATE D'AUDITION : 14 juin 2005

EN PRÉSENCE DE :
SUZANNE HARDY-LEMIEUX , J.C.S.

Nicole Gauthier
Demanderesse

c.
La Citadelle, compagnie d'assurances générales
Défenderesse

Hardy-Lemieux J.C.S.:–

1 Madame Gauthier, épouse de feu Jean-Marie Poulin, s'adresse au Tribunal pour obtenir que La Citadelle, Compagnie d'Assurances Générales (La Citadelle) lui verse la protection d'assurance à laquelle son mari adhère et à laquelle il a, selon elle, droit suite à son décès survenu le 14 juin 2003.

2 Cette indemnité d'assurance s'élève, selon l'admission des parties, à la somme de 144 365.23\$ de laquelle il faut toutefois déduire le montant de la prime annuelle de 500\$. L'indemnité que peut devoir payer La Citadelle à madame Gauthier s'élève donc à la somme de 143 865.23\$. Elle réclame les intérêts et l'indemnité additionnelle sur cette somme, payable depuis le 23 juin 2003, moment où la demande de réclamation est formulée à La Citadelle.

3 La Citadelle soutient ne rien devoir à madame Gauthier en raison du départ à la retraite de monsieur Jean-Marie Poulin, le 1^{er} juin 2003. Elle précise qu'à compter de cette date, il y a rupture du lien d'emploi entre monsieur Poulin et l'Université Laval et que, par voie de conséquence, des conditions particulières s'appliquent pour qu'il puisse transformer en assurance individuelle, la police d'assurance collective accident-maladie qu'il détient jusqu'au 31 mai 2003¹.

4 La Citadelle précise que cette police d'assurance² prévoit spécifiquement que l'assurance de l'adhérent cesse dès qu'il n'est plus au service du contractant, en l'occurrence l'Université Laval et ce, à compter de la date de son départ à la retraite³. Dès lors, aucune protection d'assurance au titre de ce contrat ne demeure en vigueur. Ce n'est que si l'adhérent retraité formule une demande de transformation par écrit de la protection d'assurance accident dont il bénéficie alors qu'il est à l'emploi de l'Université et ce, dans les 31 jours suivant «la date de cessation de l'assurance» que l'assureur doit établir une police d'assurance individuelle pour cet assuré et ce, sans requérir de preuve d'assurabilité⁴.

5 Madame Gauthier soutient que le délai de 31 jours prévu à la clause «Transformation en un contrat d'assurance individuelle» représente un délai de grâce qui débute le 1^{er} jour de la retraite de l'adhérent pour se terminer 31 jours plus tard. Au cours de cette période, son mari est toujours détenteur d'une protection d'assurance accident, d'une part et, d'autre part, il peut, pendant celle-ci, prendre la décision de se prévaloir du droit de transformation ou non.

6 La Citadelle considère plutôt qu'il ne s'agit pas d'un délai de grâce, d'une part et qu'aucune assurance ne demeure en vigueur tant qu'à tout le moins son adhérent, monsieur Poulin, ne manifeste pas son intention de se prévaloir du droit de transformation, d'autre part.

7 Qu'en est-il?

8 Dans un premier temps, il convient de résumer les faits pertinents au présent litige.

1- Les faits

9 Monsieur Jean-Marie Poulin occupe un emploi de cadre à l'Université Laval à compter du 1^{er} juin 1968 jusqu'au 31 mai 2003.

10 Le 1^{er} juin 2003 débute la retraite de monsieur Poulin.

11 En tout temps pertinent, monsieur Poulin adhère à la police d'assurance collective souscrite par l'Université Laval auprès de La Citadelle qui porte le numéro 9217461⁵.

12 Si monsieur Poulin exerce son droit de transformation en une assurance individuelle de la protection d'assurance accident qu'il détient par cette police d'assurance collective, la prime requise est de 500\$.

13 Madame Gauthier est la bénéficiaire désignée par monsieur Poulin de la protection d'assurance accident collective à laquelle il adhère.

14 Entre le 1^{er} et le 14 juin 2003, monsieur Poulin ne fait aucune démarche auprès de La Citadelle pour manifester sa volonté de transformer en une assurance individuelle, la protection d'assurance d'accident collective dont il bénéficie.

15 Le délai de 31 jours au cours duquel monsieur Poulin peut décider s'il transforme ou non en assurance individuelle, l'assurance accident collective dont il bénéficie au terme du contrat en litige, expire le 2 juillet 2003.

16 Le 14 juin 2003, monsieur Poulin décède dans un accident d'automobile survenu sur le pont de l'île d'Orléans. Il conduit alors son véhicule automobile et porte sa ceinture de sécurité.

17 Les parties conviennent qu'il s'agit d'un décès accidentel qui répond aux critères de la police d'assurance collective émise par La Citadelle, sous réserve des conséquences à en tirer, on l'aura compris, de l'absence de manifestation de la volonté de monsieur Poulin, de son vivant, quant à vouloir transformer en assurance individuelle ou non la protection d'assurance collective accident qu'il détient alors.

18 Il est maintenant opportun de reproduire les paragraphes pertinents de la police d'assurance.

2- La police d'assurance

19 Personne ne remet en question le fait que monsieur Poulin ait été un adhérent admissible à cette protection d'assurance collective. Université Laval est le titulaire de la police ou le «contractant» et La Citadelle en est l'assureur⁶.

20 Cette police prévoit qu'un adhérent cesse d'y être admissible dans les conditions suivantes:

«Résiliation de l'assurance d'une personne admissible.

L'assurance cesse dès que survient une des éventualités suivantes:

(...)

5) La date à laquelle la personne assurée cesse d'être effectivement au service du contractant en raison (...) d'un départ à la retraite, sauf comme il est prévu en vertu d'une des dispositions suivantes:

Exonération de primes;

Maintien en vigueur de l'assurance pendant une absence autorisée.»⁷

(Les caractères en surimpression sont dans le texte original)

21 Les parties conviennent que les clauses «exonération de primes» et «maintien en vigueur de l'assurance lors d'une absence autorisée» ne s'appliquent pas en l'espèce.

22 Par ailleurs, la clause au coeur du litige est celle qui confère à un adhérent, dans un délai imparti, le droit de poursuivre, en une assurance individuelle, la protection d'assurance-accident collective qu'il détient au cours de sa période d'emploi avec l'Université Laval. Cette clause se lit ainsi:

«Transformation en un contrat d'assurance individuelle.

Si l'assuré cesse d'être couvert avant son soixante et onzième (71^e) anniversaire, non en raison de la résiliation de la police-cadre, mais pour un des motifs ci-après:

1) La cessation d'emploi;

(...)

et s'il remet à l'assureur une demande de transformation par écrit au plus tard trente et un (31) jours après la cessation de l'assurance, ce dernier établit, sans preuve d'assurabilité, une police individuelle d'assurance accidents corporels sur la tête de l'assuré.

(...)

La prime de la police individuelle d'assurance accidents corporels établie conformément à ce qui précède est calculée selon le tarif établi par l'assureur, d'après l'âge atteint de l'assuré à la date de transformation.

La police individuelle d'assurance accidents corporels est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.»⁸

(Les caractères en surimpression sont ajoutés.)

23 Il s'agit là des seules dispositions pertinentes de la police d'assurance accident au coeur du litige.

24 Il convient maintenant de qualifier le délai de 31 jours accordé par la police pour effectuer la demande de transformation de l'assurance collective en une assurance individuelle.

3- La nature du délai de 31 jours pour effectuer la demande de transformation de l'assurance collective en une assurance individuelle.

25 Comme on le sait, madame Gauthier considère que cette période de 31 jours prévue au contrat d'assurance accident pour effectuer la transformation de l'assurance collective en une assurance individuelle, constitue un délai de grâce qui permet à l'adhérent de prendre sa décision. En conséquence, pendant cette période, l'attente légitime d'un adhérent est, selon elle, qu'il bénéficie de la protection d'assurance pendant la période qui lui est accordée pour prendre sa décision et ce, pour éviter une discontinuité dans la période d'assurance.

26 La Citadelle est plutôt d'avis qu'il y a lieu de faire la distinction entre les dispositions qui concernent l'assurance-vie et celles qui concernent l'assurance-accident maladie, tel qu'il est prévu au *Règlement d'application de la Loi sur les assurances*⁹ d'une part. Elle considère, d'autre part, que le droit à la transformation de la police d'assurance-accident collective en une police individuelle repose sur les conditions cumulatives suivantes: la fin de l'emploi, la fin de l'assurance et une demande de transformation de la part de l'adhérent. Or, monsieur Poulin n'ayant pas formulé cette demande de son vivant, il ne peut y avoir droit.

27 Dans un premier temps, le Tribunal constate que le *Règlement d'application de la Loi sur les assurances* ne prévoit pas, à la section concernant les «conditions applicables aux contrats d'assurance collective contre la maladie ou les accidents», l'obligation pour l'assureur collectif d'accorder un droit de transformation de cette assurance en assurance individuelle¹⁰. Par ailleurs, la section concernant «les conditions applicables aux contrats d'assurance collective sur la vie» oblige un assureur à conférer ce droit à un adhérent et ce, de la façon suivante:

261. Tout contrat d'assurance collective sur la vie doit donner à l'adhérent qui est radié de l'assurance avant 65 ans, du fait de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe, la faculté de transformer tout ou partie de l'assurance sur sa tête, à l'exception des garanties invalidité, en une assurance individuelle sur la vie dans les 31 jours de sa radiation, sans avoir à justifier de son assurabilité.

28 Le Tribunal retient que cette obligation d'un assureur de permettre la transformation de protections d'assurance collective en une assurance individuelle, n'est obligatoire que dans le cadre de l'assurance collective portant sur la vie. Elle ne l'est pas, lorsqu'il s'agit de contrats d'assurance accident maladie.

29 Cependant, le Tribunal estime que lorsque La Citadelle confère aux adhérents, à l'emploi de l'Université Laval, ce droit de transformation d'une police d'assurance collective accident en une police d'assurance accident individuelle, elle leur offre une protection supplémentaire que la Loi ne l'empêche pas de leur offrir.

30 On conviendra aisément que l'on retrouve généralement ce privilège de transformation dans les cas de polices d'assurance collective sur la vie. Il y a donc lieu d'examiner les principes qui

concernant ce type de droit de transformation avant de voir s'il y a lieu de les appliquer en l'espèce.

31 À ce sujet, Me Michel Gilbert s'exprime ainsi:

«Le droit de transformation.»

Lorsque, pendant la durée du contrat d'assurance, la protection d'un adhérent prend fin avant qu'il n'atteigne 65 ans en raison de «la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe», cet adhérent a droit de transformer la protection d'assurance sur la vie dont il dispose en vertu du contrat-cadre en une assurance individuelle et ce, sans preuve d'assurabilité.

L'objet du droit de transformation consiste à conférer à l'adhérent une protection d'assurance vie comparable à sa protection antérieure, sans discontinuité de la couverture d'assurance. L'importance de ce droit ne saurait être minimisée compte tenu qu'il est fréquent qu'un adhérent dont le lien d'emploi est rompu ne soit plus en mesure, en raison de son état de santé, d'obtenir une protection d'assurance vie autrement que sans preuve d'assurabilité.»¹¹

32 Au sujet du délai d'exercice du droit de transformation, Me Gilbert précise que:

«L'adhérent dispose d'un délai de 31 jours, suivant la fin de son admissibilité à l'assurance, pour exercer son droit de transformation. **Ce délai constitue l'équivalent d'un délai de grâce pendant lequel l'adhérent continue de bénéficier des protections d'assurance-vie conférées par le contrat d'assurance collective.**»¹²

(Les caractères en surimpression sont ajoutés.)

33 Me Geneviève Faribault précise, dans «L'assurance de personnes au Québec» que lors de l'exercice du droit de transformation d'un contrat d'assurance collective sur la vie, que:

«Si l'adhérent décède, au cours du délai de 31 jours prévu pour l'exercice du droit de transformation, l'assureur paie la prestation de décès qui correspond au montant d'assurance qui pouvait faire l'objet d'une transformation.»¹³

34 Dans l'optique de la protection des droits des assurés, le Législateur prévoit que le paiement de la prime est réputé fait si son défaut est attribuable au décès du payeur, d'une part¹⁴ et que l'assureur, lorsqu'il s'agit d'un contrat d'assurance contre les accidents ne peut le résilier pour défaut de paiement de la prime à moins d'en avoir avisé le débiteur au moins 15 jours avant¹⁵.

35 En l'espèce, le Tribunal constate que La Citadelle offre, dans la police d'assurance collective au coeur du litige, un droit de transformation qu'elle n'est pas obligée d'offrir. Cependant, à partir du moment où elle offre cette possibilité à ses adhérents, elle doit respecter les principes sur lesquels ce droit est fondé. Or, l'on ne retrouve ce droit, comme on le sait, qu'en ce qui concerne la police d'assurance vie collective.

36 Après examen des autorités ci-dessus mentionnées, le Tribunal est d'avis qu'il y a lieu d'appliquer, par analogie, les interprétations concernant la même période de 31 jours offerte dans le contexte de l'assurance collective sur la vie, pour conclure que cette période constitue un délai de grâce. Ainsi, l'adhérent récemment retraité comme en l'espèce, bénéficie de cette période pour décider s'il exercera ou non son droit de transformation de sa police d'assurance accident collective en une protection individuelle. Pendant cette période, la protection

d'assurance demeure en vigueur et l'assuré doit, au plus tard le 31^e jour suivant son départ à la retraite, faire connaître à l'assureur son intention.

37 Dans le présent litige, le Tribunal conclut que le 14 juin 2003, monsieur Poulin bénéficie d'une période de délai de grâce pour décider s'il se prévaut ou non de son droit de transformation. Décédant le 14 juin 2003, le Tribunal estime que monsieur Poulin est donc bel et bien assuré à ce moment.

38 Accepter, comme le soutient La Citadelle, qu'aucune assurance n'est en vigueur dès le 1^{er} juin 2003 et ce, jusqu'au moment où monsieur Poulin lui indique son intention de se prévaloir du droit de transformation, équivaut à ignorer les attentes légitimes de l'adhérent dans le contexte d'un contrat d'adhésion.

39 En l'espèce, la teneur contractuelle de la police d'assurance au coeur du litige n'est certes pas le fruit de négociations entre monsieur Poulin et La Citadelle. Monsieur Poulin n'a qu'à y adhérer sans pouvoir en négocier la teneur¹⁶. Si l'assureur ne veut pas offrir, pendant le délai de 31 jours, une protection d'assurance implicite à son adhérent retraité, il doit l'indiquer clairement dans la police d'assurance. Or, en l'espèce, aucune clause de la police référant à des exclusions de garantie ou à une réduction de garantie ne sont formulées à ce sujet¹⁷.

40 L'assureur ne peut, de l'avis du Tribunal, tenter de surprendre les attentes légitimes d'un assuré raisonnable ni celles d'un titulaire de police raisonnable. Quelles sont-elles?

41 Il est vrai que la preuve ne révèle pas si monsieur Poulin désire ou non se prévaloir de son droit de transformation. La preuve révèle qu'il n'en discute pas avec son épouse avant le 14 juin 2003.

42 Cependant, l'Université Laval, titulaire de la police, indique son attente dans la «déclaration de l'employeur» qu'elle transmet le 28 novembre 2003 à La Citadelle. Ainsi, madame Margot Beaudoin, coordonnatrice d'opérations au service des ressources humaines de l'Université Laval, indique en réponse à la question 17 du formulaire de La Citadelle qu'à sa connaissance, l'assurance de l'employé est en vigueur au moment de l'accident et ce, «en vertu du droit de transformation présent au contrat»¹⁸.

43 Le Tribunal ne peut non plus ignorer les enseignements de la Cour suprême et de la Cour d'appel en ce qui concerne le devoir d'information d'un assureur envers un assuré et ce, afin d'éviter les injustices qui peuvent être causés par la rédaction des polices d'assurance dont les assureurs sont les orfèvres¹⁹.

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL:

44 **ACCUEILLE** la requête introductive d'instance amendée formulée par madame Nicole Gauthier;

45 **CONDAMNE** La Citadelle, compagnie d'assurances générales à verser à madame Nicole Gauthier la somme de 143 865.23\$ plus les intérêts au taux légal et l'indemnité additionnelle à compter du 23 juin 2003;

46 **LE TOUT** avec dépens, contre La Citadelle

HARDY-LEMIEUX J.C.S.

Me Anne-Marie Burns, pour Nicole Gauthier

Me Anne-Marie Lévesque, pour La Citadelle, compagnie d'assurances générales

1. P-3

2. P-3

3. P-2, page 4, clause: «Résiliation de l'assurance d'une personne admissible», sous-
paragraphe 5

4. P-3, page 5, clause: «Transformation en un contrat d'assurance individuelle»

5. P-3

6. P-3

7. P-3, page 4

8. P-3, page 5

9. R.Q. A-32, r.1

10. Arts 272 à 277

11. Michel Gilbert, «L'assurance collective en milieu de travail» 1998, Les Éditions Yvon Blais
Inc., Cowansville, pages 147-148

12. Michel Gilbert, «L'assurance collective en milieu de travail» 1998, Les Éditions Yvon Blais
Inc., Cowansville, page 149

13. Geneviève Faribault, «L'assurance de personnes au Québec», Publications CCH Ltée.,
section 65-085, page 13033; Voir au même effet: David Norwood, «Norwood on life insurance
law in Canada», 3^e édition, Carswell, 2002, page 233

14. Art. 2428, 2^e alinéa, C.c.Q.

15. Art. 2430 C.c.Q.

16. Art. 1319 C.c.Q.

17. Art. 2404 C.c.Q.

18. P-12, page 1

19. Fletcher c. Société d'assurance publique du Manitoba, [1990], 3 R.C.S. 191 ; Baril c.
L'Industrielle, compagnie d'assurance sur la vie, [1991] R.R.A. 196

REJB 2007-120608

Cour d'appel

Unum d'Amérique, compagnie d'assurance-vie c. Bidégaré
500-09-015892-052 (approx. 4 page(s))
30 mai 2007

Décideurs

Delisle, Jacques
Forget, André
Dutil, Julie

Type d'action

APPEL d'un jugement de la Cour supérieure (juge C. Julien) ayant accueilli une action en réclamation d'une prestation d'invalidité. REJETÉ.

Mots clés

TRAVAIL; ASSURANCES; PERSONNES; ASSURANCE COLLECTIVE; congédiement; entente entre l'assuré et son employeur quant à la date de la cessation d'emploi; report de la date d'entrée en vigueur de la cessation; prolongation de la couverture d'assurance jusqu'à la date convenue par l'assuré et son employeur

Résumé

Les juges **Delisle**, **Forget** et **Dutil**. Il est vrai que l'employeur avait avisé le salarié intimé que son contrat de travail prenait fin le 23 juillet 1996. Cependant, non seulement le salarié n'a jamais signé la lettre reçue ni donné son consentement à celle-ci, mais il a au surplus déposé une plainte en vertu de la *Loi sur les normes du travail* pour contester son congédiement et il a entamé, avec l'assistance d'un avocat, des pourparlers avec l'employeur pour régler le conflit. Finalement, une entente a été conclue entre les parties le 31 octobre 1996. Par cette entente, conclue en toute bonne foi de part et d'autre, les parties ont reconnu que le lien d'emploi du salarié était maintenu jusqu'au 8 novembre 1996. L'intimé a donc droit à la protection d'assurance collective jusqu'à cette date. L'appel de la compagnie d'assurances est en conséquence rejeté.

Législation citée

1. Loi sur les normes du travail, L.R.Q., c. N-1.1

Date de dépôt : 13 juillet 2007