

LES PRINCIPES D'ASSURANCE

Rémi Moreau

Volume 67, Number 3, 1999

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1105278ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1105278ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Moreau, R. (1999). LES PRINCIPES D'ASSURANCE. *Assurances*, 67(3), 433–448.
<https://doi.org/10.7202/1105278ar>

Article abstract

Insurance contracts are complex legal documents, but stable, reflecting the general rule of law. In this article, we will examine, firstly, the legal characteristics that make them different from other contracts. These are: Nominated contract, Consensual contract, Personal contract, Bilateral contract, Aleatory contract, Contract for valuable consideration, Contract for periodically renewable service, Conditional contract, Contract of adhesion and Utmost good-faith contract.

Secondly, we will review some fundamental legal principles that are reflected in the damage insurance contracts, in other words, the basic requirements in order to have a valid insurance contract, such as the following: principle of indemnity, principle of the relation between the risk and the premium, principle of insurable interest, and principle of subrogation.

LES PRINCIPES D'ASSURANCE

par Rémi Moreau

RÉSUMÉ

Les contrats d'assurance sont des documents juridiques complexes, mais stables, s'appuyant sur des règles de droit. Nous examinerons d'abord dans cet article les caractères légaux des contrats d'assurance, qui les rendent uniques, distincts, par rapport aux autres contrats, à savoir : un contrat nommé ; un contrat consensuel ; un contrat personnel ; un contrat synallagmatique ; un contrat aléatoire ; un contrat à titre onéreux ; un contrat successif ; un contrat conditionnel ; un contrat d'adhésion et un contrat de bonne foi.

Nous tenterons ensuite de revisiter les principes fondamentaux de l'assurance, qui marquent de leur empreinte les contrats d'assurance de dommages, c'est-à-dire les exigences légales fondamentales qui en assurent la validité : le principe indemnitaire, la relation directe entre le risque et la prime, le principe de l'intérêt d'assurance et le principe de la subrogation.

ABSTRACT

Insurance contracts are complex legal documents, but stable, reflecting the general rule of law. In this article, we will examine, firstly, the legal characteristics that make them different from other contracts. These are: Nominated contract, Consensual contract, Personal contract, Bilateral contract, Aleatory contract, Contract for valuable consideration, Contract for periodically renewable service, Conditional contract, Contract of adhesion and Utmost good-faith contract.

Secondly, we will review some fundamental legal principles that are reflected in the damage insurance contracts, in other words, the basic requirements in order to have a valid insurance contract, such as the following: principle of indemnity, principle of the relation between the risk and the premium, principle of insurable interest, and principle of subrogation.

L'auteur :

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

■ CARACTÈRES FONDAMENTAUX DU CONTRAT D'ASSURANCE

L'article 2414 C.c.Q., un article charnière en droit québécois des assurances qui reprend l'esprit, tout en le simplifiant, de l'ancien article 2500 C.c., se lit comme suit :

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

Est également nulle la stipulation qui déroge aux règles relatives à l'intérêt d'assurance ou, en matière d'assurance de responsabilité, à celles protégeant les droits du tiers lésé.

Par l'introduction du nouvel article 2414 C.c.Q., le législateur a confirmé la prédominance des dispositions légales sur le contrat d'assurance, donc effeuille subtilement la marguerite des conditions contractuelles, sauf bien sûr les dispositions qui sont à l'avantage de l'assuré. En d'autres termes, les dispositions du contrat d'assurance ne peuvent déroger aux règles impératives édictées par le code lorsque ces dispositions désavantagent l'assuré ou les autres bénéficiaires, mais elles peuvent déroger à ces règles lorsqu'elles sont à l'avantage de l'assuré et tels autres bénéficiaires.

Il s'agit d'une entorse au principe de la liberté contractuelle, mais le souci de protéger le consommateur a sans doute été déterminant. La notion de protection du consommateur d'assurance, omniprésente dans Code civil du Québec, est la pierre d'angle qui gouverne le contrat d'assurance. La protection du consommateur ne date pas de l'adoption du nouveau Code civil en 1994, bien au contraire. Dès le Moyen Âge, on commença à établir des règles destinées à protéger la partie contractante la plus vulnérable (contre l'usure, contre la fraude, contre les abus). Cette préoccupation suit de près l'évolution de la société, de l'époque médiévale à nos jours.

Contrairement à la vision mythique du législateur de 1866, pour qui l'autonomie des volontés se traduisait par la liberté absolue de contracter, le droit civil contemporain se veut le témoin d'une nouvelle vision des contrats, qui s'explique par la rapidité des transactions et le déséquilibre entre les parties contractantes. L'ancien Code civil avait imposé des normes d'ordre public. Le nouveau Code civil du Québec a repris, en substance, ces mêmes principes, mais en ne manquant pas d'affiner certaines formulations.

Derrière cette toile de fond, il est toutefois légitime que l'assuré et l'assureur s'appuient respectivement sur le contrat d'assurance pour faire valoir leurs droits et obligations. L'expression « contrat d'assurance » est définie dans le Code, au premier article du chapitre relatif aux assurances, soit l'art. 2389 C.c.Q. :

Le contrat d'assurance est celui par lequel l'assureur, moyennant une prime ou une cotisation, s'oblige à verser au preneur ou à un tiers une prestation dans le cas où un risque couvert se réalise.

Il nous semble utile de présenter succinctement les caractéristiques fondamentales du contrat d'assurance, explicitées dans la doctrine¹, qui sont universellement reconnues, tant dans les pays où le droit civil est codifié que dans les pays de Common Law.

Les voici :

- Un contrat nommé ;
- Un contrat consensuel ;
- Un contrat personnel ;
- Un contrat synallagmatique ;
- Un contrat aléatoire ;
- Un contrat à titre onéreux ;
- Un contrat successif ;
- Un contrat conditionnel ;
- Un contrat d'adhésion ;
- Un contrat de bonne foi.

Ces caractères sont essentiels pour bien saisir toute l'opération d'assurance, puisque l'assurance est perçue essentiellement sous un angle contractuel, et pour bien comprendre les règles qui régissent la prise d'effet du contrat, sa validité, ses applications et parfois son interprétation par les tribunaux.

Un contrat nommé

Ce caractère est officiellement consacré par le CHAPITRE QUINZIÈME – Des assurances (Art. 2389 à 2628) du LIVRE CINQUIÈME (*DES OBLIGATIONS*), et plus particulièrement au TITRE SECOND (**Des contrats nommés, art. 1708 C.c.Q. et s.**), au même titre que les dispositions concernant la vente, la donation, le crédit-bail, le louage, l'affrètement, le transport, le contrat de travail, le contrat d'entreprise ou de service, le mandat, le contrat de société et

d'association, le dépôt, le prêt, le cautionnement, la rente, le jeu et le pari, la transaction et la convention d'arbitrage.

Outre les dispositions retrouvées au Code civil du Québec, tant au regard du contrat que des règles d'interprétation, la spécificité du contrat d'assurance est d'ailleurs solidement affirmée au Québec par deux législations particulières, la *Loi sur les assurances* (Loi du Québec, 1974, chapitre 70) et la *Loi sur l'assurance automobile* (Loi refondue du Québec, 1987, chapitre A-25).

Un contrat consensuel

Le caractère consensuel signifie que le contrat d'assurance se forme par le seul échange des consentements des deux parties (le souscripteur ou le preneur, qui devient l'assuré) et l'assureur. Dès que les deux parties tombent d'accord sur les conditions essentielles, suivant les règles sur la formation du contrat, le contrat devient parfait. L'art. 2398 C.c.Q. est clair à cet égard :

Le contrat d'assurance est formé dès que l'assureur accepte la proposition du preneur.

Toutefois, pour fin de preuve, l'écrit est nécessaire, la police étant le document qui constate l'existence du contrat d'assurance. L'art. 2399 C.c.Q. énumère les mentions qui doivent apparaître au contrat : le nom des parties, le nom des personnes à qui les sommes assurées sont payables, l'objet et le montant d'assurance, la nature des risques, la période de la garantie, le taux et la prime et la date de son exigibilité.

Ces mentions varieront, bien sûr, selon que l'on soit en présence d'un contrat d'assurance de personnes (art. 2415 C.c.Q.), d'un contrat d'assurance de dommages (art. 2480 C.c.Q.) ou d'un contrat d'assurance maritime (art. 2520 et suivants).

La délivrance de la police par l'assureur est essentielle. Il arrive aussi que l'assureur demande à l'assuré de remplir et de signer une proposition écrite, notamment en matière de risques commerciaux ou spécialisés ou en matière d'assurance sur la vie. En cas de divergence entre la police et la proposition, comme le signale un article controversé à la lumière de la jurisprudence, à savoir l'art. 2400 C.c.Q., la proposition fait foi du contrat, à moins que l'assureur n'ait, dans un document séparé, indiqué par écrit au preneur les éléments sur lesquels il y a divergence.

Quoique les tribunaux ne se soient pas prononcés, sauf erreur, sur le sens à donner au mot « divergence », ils ont, à plusieurs

reprises, interprété cet article dans un sens favorable à l'assuré, même en présence d'une restriction ou d'une exclusion clairement stipulée dans la police, sous prétexte que la proposition n'en faisait pas allusion.

Cette façon d'interpréter le contrat d'assurance nous apparaît pour le moins exorbitante et, selon nous, va à l'encontre de l'esprit de l'assurance, car on oppose ainsi l'assuré et la mutualité des assurés. Le rôle de la proposition n'est pas de reprendre le mot-à-mot du formulaire, mais de porter à l'attention de l'assureur la demande d'assurance et ses particularités essentielles, tant du côté de l'assuré que de l'assureur. Il va de soi que si l'assuré a fait part, dans la proposition, de demandes particulières, le contrat d'assurance ne peut que le lui accorder, suivant cet article.

En assurance collective, l'assureur est obligé, suivant l'article 2401 C.c.Q., de délivrer la police au preneur et de lui remettre les attestations d'assurance que ce dernier doit distribuer aux adhérents. En tout temps, les adhérents ont le droit de consulter et de prendre copie de la police qui se trouve en possession du preneur.

Un contrat personnel

Le contrat est personnel en ceci que l'assuré, au sens large, c'est-à-dire l'assuré désigné aux Conditions particulières de la police et les assurés additionnels, selon la définition du mot « assuré » dans la police, est le pivot de l'entente. Ni l'assureur ni l'assuré ne sont liés par les actes d'un tiers. Le contrat n'a d'effet qu'à l'égard des parties contractantes. Une des applications de ce principe réside dans la subrogation. L'assureur, une fois qu'il a indemnisé l'assuré, peut être subrogé, à concurrence du montant payé, dans les droits de l'assuré contre un tiers, qui n'est pas partie au contrat, mais il ne peut jamais être subrogé contre un autre assuré. Nous reviendrons, dans la deuxième partie de cet article, sur le principe de la subrogation.

Une autre illustration du caractère personnel du contrat d'assurance repose sur le principe de l'intérêt assurable, sur lequel nous reviendrons également dans la deuxième partie de cette étude.

Article 2481 – Une personne a un intérêt d'assurance dans un bien lorsque la perte de celui-ci peut lui causer un préjudice direct et immédiat.

Pour être assurable, un bien doit présenter un intérêt économique pour l'assuré.

L'interdiction de la cession du contrat est une autre illustration, tel que prescrit par l'art. 2475 C.c.Q., une règle qui atteste que l'assureur a contracté avec une personne déterminée et que si le contrat doit être cédé à une autre personne, qui doit également posséder un intérêt d'assurance, l'accord de l'assureur est obligatoire.

Un contrat synallagmatique

Le caractère synallagmatique signifie que les deux parties au contrat ont des obligations réciproques. L'assuré doit déclarer pleinement et franchement son risque et payer la prime ; l'assureur doit verser les prestations suite à la réalisation des risques prévus au contrat. Il n'est pas nécessaire que le risque se matérialise en sinistre. La prestation de l'assureur n'est promise qu'au cas où le risque se réalise. La prestation est conditionnelle, comme le stipule l'art. 2389 C.c.Q.

Un contrat aléatoire

Le contrat d'assurance est aléatoire en ceci que ce contrat suppose que le preneur sera toujours redevable de la prime, peu importe que le risque se réalise ou non. Entre l'assureur et le preneur, selon certains auteurs, « il y a chance de gain ou de perte pour les deux parties ».

L'aléa est non seulement une caractéristique fondamentale du contrat, il s'applique à l'objet même du contrat : le risque. Nos tribunaux ont longtemps hésité à interpréter la notion de risque, pourtant si claire dans le code. On raconte que Napoléon, impérial et magnanime, en sanctionnant la codification éponyme sur laquelle repose le Code civil de la Province de Québec de 1886, s'exclama qu'il venait enfin de mettre un terme aux longs débats juridiques. Paradoxalement, la longue quête du sens (juridique) venait plutôt de commencer !

Le caractère aléatoire du contrat suggère que le risque rend valide le contrat d'assurance. L'absence de risque l'invalide. Point de risque, point d'assurance. Tout comme on ne saurait assurer un bien sans risque, telle l'assurance d'une maison au pôle Nord contre les conséquences d'une tempête de sable, on ne saurait non plus assurer un bien dont on sait qu'il sera détruit. Le caractère aléatoire constitue l'essence même du contrat. Un risque est techniquement inassurable lorsque sa réalisation est probable. C'est le même

principe qui a guidé les marchés d'assurance en refusant d'assurer les conséquences du passage à l'an 2000.

L'assurance n'est autre que la contribution de chacun aux besoins collectifs. À cette idée de mutualité s'associe celle du risque, qui est le départ, mais aussi la légitimité de l'opération d'assurance.

Même si l'acte involontaire va à l'encontre de la définition du risque, le législateur a néanmoins trouvé utile d'en réaffirmer le principe.

En assurance maritime, l'article 2576 pose le principe que l'assureur « est libéré de ses obligations lorsque ces pertes et dommages résultent de la faute intentionnelle de l'assuré, mais il ne l'est pas s'ils résultent de la faute du capitaine ou de l'équipage ».

En assurance de dommages, l'art. 2464 C.c.Q, dispose ce qui suit :

L'assureur est tenu de réparer le préjudice causé par une force majeure ou par la faute de l'assuré, à moins qu'une exclusion ne soit expressément et limitativement stipulée dans le contrat. Il n'est toutefois jamais tenu de réparer le préjudice qui résulte de la faute intentionnelle de l'assuré. En cas de pluralité d'assurés, l'obligation de garantie demeure à l'égard des assurés qui n'ont pas commis de faute intentionnelle. (Notre soulignement)

Le risque, ou la réalisation d'un événement, est en effet le seul lien qui relie les diverses opérations d'assurance maritime ou terrestre, d'assurance de personnes ou de dommages, d'assurance de biens ou de responsabilité. Si la notion d'événement s'enracine dans les terrains contractuels les plus divers, le contrat d'assurance de responsabilité est sa bulle privilégiée, puisque la garantie elle-même est associée à la notion d'événement².

Toutes les garanties retrouvées dans les polices d'assurance de responsabilité sont assujetties à la notion d'accident (subit, non prévu et non voulu) ou d'événement (graduel, non prévu, non voulu). L'événement résulte de l'acte involontaire ou de la simple négligence de l'assuré. Une grossière négligence, c'est-à-dire un manque total de précaution, porte déjà en elle le germe qui rend l'événement discutable, inassurable.

Le même concept existe en assurance de biens, quoiqu'on ne retrouve pas la notion d'événement dans la garantie, parce que cette assurance présuppose, elle aussi, un risque. L'aléa est ici constaté dans l'exclusion des actes faits volontairement ou délibérément. On

ne saurait mettre le feu volontairement à sa maison et prétendre avoir droit à l'assurance. Les polices *Bris de machines* sont pareillement dominées par la notion d'accident.

En assurance de personnes, la notion d'événement joue également, mais d'une façon plus subtile. En assurance vie, l'aléa n'est pas l'événement, car sa réalisation est certaine, tel le décès, mais plutôt la date de l'événement. Nous savons tous que nous allons mourir, mais nous en ignorons le moment.

S'il est vrai que l'assurance vie exclut les comportements intentionnels, elle tolère néanmoins le suicide de l'assuré, par souci de protéger les héritiers, si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue. Dans les déclarations initiales, avant la prise d'effet, le preneur ne peut souscrire une assurance en sachant qu'il est affecté d'une maladie et en ne la déclarant pas.

Un contrat à titre onéreux

Le contrat d'assurance ne peut être gratuit. Ce serait anéantir à la base le succès de l'opération. Chaque partie reçoit un avantage personnel : l'assureur reçoit la prime, l'assuré la prestation. L'un des avantages est, à juste titre, la contrepartie de l'autre. Il n'y a pas d'assurance sans prime, car l'ensemble des primes constituent le fonds de la mutualité qui permet d'indemniser individuellement un assuré qui a subi un sinistre.

Un contrat successif

C'est justement parce qu'il est aléatoire que le contrat d'assurance est successif en ce sens qu'il s'échelonne dans le temps, la durée, le futur inconnu. L'assureur prend soin, en l'espèce, de bien délimiter ses engagements, par période annuelle. L'assuré doit pareillement payer une prime annuelle, à chaque renouvellement. Les règles sur la résiliation du contrat et sur l'application de la prime au prorata en sont les conséquences. L'art. 2469 C.c.Q. rappelle que la prime n'est pas due si un risque disparaît (par exemple, la vente d'une maison ou d'un automobile) :

L'assureur n'a droit à la prime qu'à compter du moment où le risque commence, et uniquement pour sa durée, si le risque disparaît totalement par suite d'un événement qui ne fait pas l'objet de l'assurance.

L'intérêt du caractère successif réside dans le fait que le manquement par une partie à ses obligations n'entraîne pas la

résolution rétroactive du contrat. La résiliation ne vaut que pour l'avenir.

Un contrat conditionnel

Le caractère conditionnel du contrat signifie que l'obligation de l'assureur de payer une indemnité est subordonnée au respect de certaines conditions, par exemple en matière d'avis de sinistre.

Un contrat d'adhésion

L'article 1379 C.c.Q. définit ainsi le contrat d'adhésion :

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

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

Le contrat d'assurance en est un d'adhésion, car l'assuré est généralement placé dans une situation où il n'a d'autre alternative que d'accepter le contrat proposé et rédigé par l'assureur ou de le refuser. Devant l'inégalité économique entre les deux parties contractantes, l'assureur et l'assuré, le législateur a imposé certaines règles d'interprétation quant aux contrats d'adhésion, notamment la règle dite *contra proferentem*, édictée à l'article 1432 C.c.Q.:

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

De plus, dans les contrats d'adhésion, les tribunaux pourront interpréter libéralement, en faveur de l'assuré, les clauses ambiguës, obscures, incompréhensibles ou abusives.

Cependant, comme le signale Y. Lambert-Faivre, ce caractère de contrat d'adhésion s'estompe pour les gros risques ou les grandes entreprises, dotées de gestionnaires de risques, qui ont le pouvoir et la capacité de négocier le contrat et les modalités: on parle plutôt, dans les circonstances, de contrat d'adhésion mitigé.

Un contrat de bonne foi

Tous les contrats doivent être négociés de bonne foi. Cependant, le contrat d'assurance est l'un des rares contrats commerciaux

qui doivent être conclus dans la plus haute bonne foi, supposant un degré d'honnêteté encore plus élevé que celui exigé pour les contrats ordinaires. Nous suggérons au lecteur intéressé par la question de lire un article écrit sur la question dans un numéro antérieur (La plus entière bonne foi, *Assurances*, janvier 1993, p. 577).

La plus haute bonne foi est requise aussi bien de la part de l'assureur que de l'assuré. De la part de l'assureur, notamment en ne retardant pas indûment le paiement du sinistre, et de la part de l'assuré, en étant loyal, car l'assureur est obligé de faire confiance aux déclarations de l'assuré, sans pouvoir nécessairement les vérifier d'une façon satisfaisante.

L'art. 2408 C.c.Q. impose une obligation importante pour celui qui veut contracter une assurance : déclarer à l'assureur tout ce qu'il connaît du risque qu'il veut couvrir, permettant à l'assureur d'apprécier le risque, de l'accepter ou de le refuser, sauf les circonstances que l'assureur connaît ou est présumé connaître en raison de leur notoriété.

La mauvaise foi prouvée de l'assuré est sanctionnée avec sévérité :

- d'une part, comme principe général, l'article 2410 C.c.Q. stipule ce qui suit :

Sous réserve des dispositions relatives à la déclaration de l'âge et du risque, les fausses déclarations et les réticences du preneur ou de l'assuré à révéler les circonstances en cause entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat, même en ce qui concerne les sinistres non rattachés au risque ainsi dénaturé.

- d'autre part, en assurance de dommages, l'article 2411 C.c.Q. prévoit une indemnité proportionnelle, sauf en cas de mauvaise foi :

En matière d'assurance de dommages, à moins que la mauvaise foi du preneur ne soit établie ou qu'il soit démontré que le risque n'aurait pas été accepté par l'assureur s'il avait connu les circonstances en cause, ce dernier demeure tenu de l'indemnité envers l'assuré, dans le rapport de la prime perçue à celle qu'il aurait dû percevoir.

À tous les stades, depuis les étapes préalables à la souscription, pendant la période d'assurance, si une aggravation du risque est constatée (voir l'art. 2466 C.c.Q.), jusqu'à la demande d'indemnité

(voir l'art. 2472 C.c.Q. portant sur la déclaration mensongère du sinistre), le contrat d'assurance requiert la plus haute bonne foi des deux parties au contrat d'assurance. Comme nous le signalions précédemment, si la bonne foi de l'assuré doit être présente en tout temps, celle de l'assureur est également requise : il doit éviter d'exercer des manoeuvres dilatoires pour retarder l'examen d'une réclamation, ni refuser sans motif valable le paiement d'un sinistre.

Une autre illustration de la plus haute bonne foi réside, en assurance de dommages, dans le principe indemnitaire de l'assurance, ci-après discuté, qui est de rétablir le patrimoine de l'assuré qui prévalait avant la réalisation du sinistre.

L'assurance repose, à la base, sur des principes essentiels, sur lesquels s'articulent les dispositions contractuelles : les définitions, les garanties, les exclusions et les conditions. Les caractères fondamentaux de l'assurance se distinguent ainsi de tous les autres contrats. Mieux les connaître, c'est mieux comprendre la portée du contrat d'assurance et ses limites. C'est mieux affiner l'image décriée de l'assurance, car l'assuré a parfois bien du mal, suivant un sinistre, à accepter les diktats de l'assureur.

■ LES PRINCIPES D'ASSURANCE DE DOMMAGES

Les principes généraux qui régissent la détermination des modalités d'assurance de dommages trouvent leur fondement légal dans les dispositions du Code civil du Québec relatives aux assurances.

□ **Le premier principe : le caractère indemnitaire de l'assurance**

Le principe indemnitaire constitue la clé de voûte de l'assurance de dommages. Le montant de la prestation, fixé à posteriori, est fonction du préjudice causé par le dommage assuré, alors qu'en assurance vie, c'est le principe forfaitaire qui s'applique. Le montant de la prestation de l'assureur y est fixé à priori.

Le principe indemnitaire gouverne à la fois les dispositions des contrats d'assurance de biens et de responsabilité, qui sont les deux branches de l'assurance de dommages. L'article 2463 C.c.Q. dispose ce qui suit :

L'assurance de dommages oblige l'assureur à réparer le préjudice subi au moment du sinistre, mais seulement jusqu'à concurrence du montant d'assurance.

C'est la première partie de l'énoncé qui établit le principe indemnitaire. L'assurance n'a pas d'autre but que de réparer un préjudice réel. L'indemnité due par l'assureur ne peut dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. L'assurance ne peut, en aucun cas, constituer une source d'enrichissement pour l'assuré. Il ne peut qu'être indemnisé du préjudice subi. Concrètement, si un bien assuré est détruit à la suite d'un risque couvert, il sera remplacé par un bien neuf, en tenant compte ou non de la dépréciation, c'est-à-dire selon que l'assuré ait souscrit ou non la clause « valeur à neuf », ou encore il sera réparé, si la chose est possible.

Qu'en est-il de l'indemnisation basée sur la valeur à neuf ? Alors que l'ancien Code réfèrait à un préjudice réel, en vertu de l'article 2562 C.c., le nouvel article 2463 C.c.Q., qui réfère strictement à la réparation du préjudice subi au moment du sinistre, semble apporter plus de souplesse dans l'interprétation des clauses basées sur la valeur de remplacement (elle ne tient pas compte de la dépréciation du bien sinistré). Cependant, si l'assuré décide de ne pas remplacer ou réparer le bien détruit ou endommagé, il n'aura droit qu'à la valeur réelle en l'espèce (avec dépréciation).

D'aucuns opinent que la clause « valeur à neuf » procure un enrichissement. Nous devons avouer que la ligne est bien mince. Toutefois, nous nous rallions à la conformité de cette clause au principe ici discuté, puisque la réalisation de cette plus-value (la différence du vieux au neuf) est indépendante de la volonté de l'assuré. Il serait alors dommage que l'assuré soit pénalisé à la suite d'un accident ou d'un événement, c'est-à-dire d'une cause ni prévue ni voulue.

Le dernier élément de l'article cité ci-dessus fait allusion à la valeur agréée. Pour éviter toute contestation en cas de sinistre affectant un bien de valeur, tel un tableau de maître, certains biens sont assurés sur la base d'une valeur déterminée à l'avance : la *valeur agréée*. Toutefois, l'assureur ne peut être tenu au-delà de cette valeur. La valeur agréée supprime toute contestation, tant du côté de l'assureur, qui pourrait offrir une prestation inférieure, que du côté de l'assuré, qui pourrait revendiquer une indemnité supérieure.

Le principe indemnitaire a ses corollaires :

- la sous-assurance : si la valeur de la chose assurée, au moment du sinistre, est sous-assurée, l'assuré assumera

lui-même l'insuffisance d'assurance dans le rapport entre le montant assuré et le montant qu'il aurait dû assurer ;

- la règle proportionnelle à pourcentage déterminé : dans le cas d'une clause de coassurance avec une règle proportionnelle de 80 %, l'assuré est tenu de maintenir une assurance à concurrence de 80 % de sa valeur, faute de quoi il sera pénalisé dans le rapport entre le montant assuré et le montant qu'il aurait dû assurer en vertu de la règle proportionnelle ;
- la surassurance : l'article 2492 C.c.Q., prévoit que le contrat d'assurance fait pour un montant supérieur à la valeur du bien est valable jusqu'à concurrence de cette valeur ;
- les assurances cumulatives : la pluralité d'assurance ne doit pas permettre à l'assuré de recevoir plus que ne le prévoit le principe indemnitaire. L'article 2496 C.c.Q. stipule qu'un assuré, qui est titulaire de plusieurs contrats d'assurance, pour un même risque, de sorte que le total des indemnités dépasserait le montant du préjudice subi, peut se faire indemniser par l'assureur de son choix. Si tous les assureurs sont garants du risque, l'indemnité est répartie en proportion de la part de chacun (à concurrence du montant de leur engagement respectif).

Le second principe : la prime est en relation directe avec le risque assuré

L'établissement de la prime est d'abord régi par les articles 2408 C.c.Q. et suivants, portant sur les engagements et les déclarations initiales du preneur, qui posent les modalités permettant l'adéquation entre l'appréciation du risque déclaré par l'assuré et la décision de l'accepter par l'assureur. Ce montant doit apparaître dans le contrat. Ces mêmes modalités portant sur les engagements du preneur régissent aussi les cas d'aggravation de risque en cours de contrat où, dans tels cas, l'assureur, ainsi informé, peut résilier le contrat ou proposer un nouveau taux de prime.

Mais cette adéquation entre le risque et la prime est vraiment établie à l'article 2469 C.c.Q., lequel se lit comme suit :

L'assureur n'a droit à la prime qu'à compter du moment où le risque commence, et uniquement pour sa durée, si le risque disparaît totalement par suite d'un événement qui ne fait pas l'objet de l'assurance.

Suite à une résiliation du contrat, tant par l'assuré que par l'assureur, l'assuré a droit à une ristourne, calculée au prorata, ou assortie d'une majoration lorsque la résiliation est demandée par l'assuré.

Dans certains contrats d'assurance des entreprises, on peut observer parfois l'existence d'une prime minimale, réclamée à l'assuré lors de l'émission du contrat et non remboursable. La légitimité de cette pratique est parfois contestable sur le fondement du principe ici discuté.

Si le risque assuré disparaît totalement pendant la période d'assurance, par exemple à la suite d'un risque non couvert, la prime n'est due qu'au prorata des jours qui ont couru par rapport à la période annuelle du contrat (*time on risk*). Si le risque disparaît à la suite d'un risque couvert, tel un incendie, l'article 2469 C.c.Q. précité prévoit que l'assureur a droit à toute la prime. Il existe cependant des clauses contractuelles en vertu desquelles l'assurance est rétablie automatiquement pour le reste de la période, sans surprime, s'il survient un sinistre assuré.

□ **Le troisième principe: l'intérêt d'assurance**

Nous avons fait allusion à ce principe, dans la première partie, lors du traitement du caractère personnel de l'assurance.

Les articles 2481 C.c.Q. et suivants en prescrivent les modalités.

Article 2481 – Une personne a un intérêt d'assurance dans un bien lorsque la perte de celui-ci peut lui causer un préjudice direct et immédiat.

Pour être assurable, un bien doit présenter un intérêt économique pour l'assuré. Ce principe constitue la ligne de démarcation entre le contrat d'assurance, dit contrat personnel, et le contrat de jeu ou de pari, auquel tous peuvent participer.

Un droit éventuel ou hypothétique ne peut suffire. Cet intérêt est interprété plus largement, par l'arrêt Kosmopoulos, lequel conclut que si l'assuré peut démontrer l'existence d'un rapport ou lien quelconque avec le bien assuré, il possède alors un intérêt suffisant. Cette décision illustre le cas des actionnaires principaux dans les biens d'une compagnie.

L'intérêt assurable doit être certain au moment du sinistre, même si cet intérêt n'existe pas encore au moment de l'entrée en vigueur du contrat.

En assurance de personnes, l'intérêt assurable se mesure au moment où le contrat est conclu, suivant l'article 2418 C.c.Q. et s. À l'aube de l'assurance, au XVII^e s., ce principe a été appliqué pour contrer les opérations spéculatives de risque en mer, qui incitaient certains armateurs ou riches bourgeois à s'assurer sur la vie de l'équipage, à une époque où les périls maritimes étaient courants.

La porte de l'intérêt d'assurance est véritablement fermée par l'article 2484 C.c.Q. qui établit que «l'assurance d'un bien dans lequel l'assuré n'a aucun intérêt d'assurance est nulle». Il ne s'agit pas strictement d'un intérêt de propriétaire. De nombreux arrêts ont statué sur l'intérêt du copropriétaire, du locataire, du créancier, de l'emprunteur, du titulaire d'un droit réel (servitude) ou de toute personne qui possède un intérêt contractuel l'obligeant à conserver un bien.

Le quatrième principe: la subrogation

La subrogation est une autre conséquence du caractère indemnitaire du contrat d'assurance, qui interdit à l'assuré tout enrichissement. Par le jeu de la subrogation légale, l'assureur de dommages, après avoir versé une indemnité, bénéficie des droits et actions de son assuré pour exercer un recours contre les tiers responsables du sinistre. L'article 2474 C.c.Q. est explicite à cet égard:

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

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

Comme nous sommes dans le domaine de l'assurance de dommages, ce principe s'applique aux assurances de biens et aux assurances de responsabilité. Contrairement à ce qui prévalait sous l'ancien droit, avant 1976, où le transfert des droits de l'assuré nécessitait une entente entre les parties, la subrogation est, depuis lors, automatique, dès le paiement de l'indemnité et jusqu'à la hauteur de cette indemnité.

L'article précité nous enseigne que l'assuré ne peut compromettre les droits de l'assureur d'exercer la subrogation (ex. reconciation d'un droit) et, ce faisant, il s'expose à perdre l'indemnité qui lui est normalement due.

Le deuxième alinéa de l'article précité laisse supposer, fort justement, que la subrogation n'agit qu'entre l'assureur et les tiers, c'est-à-dire des personnes qui ne font pas partie de la « maison de l'assuré ». Cette expression a été souvente fois interprétée par la jurisprudence. Cette immunité est fondée sur l'idée que l'assuré ne veut pas généralement poursuivre ses proches, au sens large, c'est-à-dire ses parents ascendants et descendants et les personnes qui travaillent pour lui ou qui sont sous son contrôle direct.

Ce second alinéa est aujourd'hui une règle impérative, d'ordre public, contrairement, à ce qui prévalait avant la réforme de 1994, et à laquelle on ne peut déroger par contrat.

■ CONCLUSION

Si l'assurance, au fil des âges, a connu un développement si important, les principes qui guident cette institution ne sont pas étrangers à cette évolution. L'assurance répond à un besoin précis : bichonner la sécurité des personnes physiques et morales, leur donner le goût d'entreprendre, de risquer. Ainsi le ressentait Henry Ford, qui exprimait que New York n'était pas la création des hommes, mais des assureurs :

« Sans l'assurance, il n'y aurait pas de gratte-ciel, car personne n'accepterait de travailler à une telle hauteur et de risquer ainsi sa vie et la sécurité de sa famille. Sans l'assurance, aucun capitaliste n'investiraient des millions de dollars pour construire ces gratte-ciels, qu'un simple mégot de cigarette peut réduire en cendre, et personne ne circulerait en voiture, conscient des risques que l'on court à chaque instant ».

À travers ces caractéristiques et ces principes, telles sont les frontières de l'assurance, une limite qu'on ne peut franchir, dont ni l'assureur ni l'assuré ne peuvent déroger.

□ Notes

1. Yvonne LAMBERT-FAIVRE, *Droit des assurances*, Neuvième édition, Paris, Dalloz, 1995 ; Didier LUELLES, *Précis des assurances terrestres*, Deuxième édition, Les Éditions Thémis, 1995 ; George E. REJDA, *Principles of Insurance*, Second Edition, Scott, Foresman and Company.

2. L'assurance de responsabilité est la voie royale par laquelle passe la notion d'événement, puisque l'assureur y dispose qu'il s'oblige à indemniser l'assuré en raison de dommages personnels ou matériels subis par autrui à la suite d'un événement survenu pendant la période d'assurance. Un événement est défini comme un accident, c'est-à-dire qu'il doit être ni volontaire, ni prévisible, mais qu'il peut, contrairement à l'accident, se manifester graduellement.