

Chronique juridique

Rémi Moreau

Volume 60, numéro 3, 1992

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1104913ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1104913ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Moreau, R. (1992). Chronique juridique. *Assurances*, 60(3), 531–538.
<https://doi.org/10.7202/1104913ar>

Chronique juridique

par

Rémi Moreau

531

1. Un exemple non probant d'aggravation de risque

Peuvent entraîner la nullité d'un contrat d'assurance ou encore la réduction d'une indemnité non seulement les fausses déclarations au moment de la demande d'assurance mais encore toutes les aggravations de risque pendant la période d'assurance. L'article 2566 C.c. (al. 1) stipule ce qui suit :

Art. 2566. L'assuré doit communiquer promptement à l'assureur les aggravations de risque spécifiés au contrat, ainsi que celles résultant de ses faits et gestes et qui sont de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement du taux de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de maintenir l'assurance.

En mai 1990, la Cour du Québec, sous la plume du juge Marcel Blais, a rendu un jugement dans la cause *Paulo Roy c. Beauce Société mutuelle d'assurance générale*, (1991) R.R.A. 882 à 884, sur la portée et l'étendue d'une aggravation de risque : en l'occurrence, le fait pour un assuré d'augmenter la puissance du moteur de sa motoneige, de 72 à 82 chevaux-vapeur, sans le mentionner à son assureur.

L'article 2566 C.c. précité permet au tribunal d'apprécier ce que constitue une aggravation de « nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable » devant être communiquée à l'assureur.

Même si l'assureur estimait que toute altération constituait en soi une aggravation, comme en fait foi une note de service écrite, notamment que « tout véhicule modifié pour accélérer ou circuler plus rapidement » est un risque

inacceptable, le tribunal fut incapable de se convaincre que dix forces motrices additionnelles à celles conçues par le fabricant étaient de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable. Il accueillit donc la demande d'indemnisation de l'assuré qui alléguait ne pas s'être cru astreint, dans les circonstances, à communiquer à l'assureur un détail aussi mince.

532 Ce jugement n'est pas mal fondé au regard de la loi, même s'il n'est pas explicite par rapport au critère « de façon importante » posé par l'article 2566 C.c. En outre, l'assureur a déposé en preuve sa procédure propre, et non celle de tout autre assureur raisonnable.

Une question peut donc se poser en ce qui concerne les faits ici discutés : combien de forces motrices, en plus de celles retrouvées dans le modèle original, pourraient constituer une aggravation ? Telle est la glorieuse incertitude du droit.

Signalons, en terminant, que le nouvel article 2466 C.c.Q., reprend en substance les éléments de l'article actuel 2566 C.c., bien qu'il ne réfère plus à « un assureur raisonnable » mais plutôt à « un assureur ». On peut présumer que les conclusions de ce jugement auraient été les mêmes, sous l'empire du nouveau code.

2. L'expression « et/ou »

Dans l'affaire *Location d'autos B.C. inc. c. General Accident, Compagnie d'assurance du Canada*, (1991) R.R.A. 886 à 894, le tribunal cite l'arrêt de la Cour d'appel de l'Ontario, *Higgins c. Orion Insurance Co.* (1985) I.L.R. 7245 (Ont. C.A.), sur la désignation des mots « et/ou » dans la désignation des assurés. En vertu du jugement cité, cette désignation sous-entendait « que chaque assuré avait voulu prendre une assurance individuelle. »

Toutefois, un même contrat d'assurance peut être utilisé pour assurer de façon distincte chaque assuré, sans l'emploi du si célèbre ET/OU, comme le signale Me Louis-

Philippe Pigeon, C.R., dans son fascicule intitulé « Rédaction et interprétation des lois », en page 28 :

Que dire maintenant de « et/ou » ? « Et/ou » est tout simplement inadmissible. Je vous citerai une partie de ce que dit à ce sujet Daviault dans son ouvrage « Langage et traduction » au mot « and/or ». Il relate ces paroles d'un juge des États-Unis qui caractérise de la façon suivante « and/or » : « A befuddling nameless thing, that Janus-faced verbal monstrosity neither word nor phrase, the child of a brain of someone too lazy or too dull to know what he means.

533

« Et/ou » semble avoir été employé par des gens qui se préoccupent avant tout de paraître savants. Je crois que c'est tout à fait l'opposé. L'utilisation de cette conjonction, qui n'en est pas une, est une chose qui répugne au génie de la langue, aussi bien en français qu'en anglais. Il faut prendre le temps de réfléchir et construire la phrase de façon à ne pas recourir à cet artifice. »

Fort de cet enseignement, l'assureur peut, en effet, prévoir la coassurance distincte dans un même contrat, au moyen de clauses appropriées et précises, sans recourir à des artifices.

3. Le droit de l'assureur de consulter les dossiers médicaux

Le jugement rendu par la Cour suprême du Canada, le 12 mars 1992, dans la cause *La Métropolitaine, Compagnie d'assurance-vie c. Raymond Frenette et al* (no. 22765), reconnaît à l'assureur l'accès illimité aux dossiers médicaux de l'assuré, soit pour fin de souscription, soit pour fin de règlement de sinistre, en conformité avec une proposition signée à cet effet par l'assuré, lors de la demande de l'assurance.

Rappelons d'abord les faits. En vertu d'une police d'assurance-vie émise, le bénéficiaire avait droit à une indemnité de base en cas de décès de l'assuré, ainsi qu'à une indemnité additionnelle, en cas de décès accidentel. Au chapitre des exclusions, l'assureur récusait toute garantie en cas de suicide ou d'une réaction mortelle à une drogue non prescrite. Dans la proposition, l'assuré avait signé un formulaire permettant à l'assureur d'avoir accès aux dossiers médicaux « aux fins d'appréciation des risques et d'étude des sinistres. »

534

Les résultats de l'autopsie du corps de l'assuré, ayant été retrouvé sans vie dans une rivière, démontrèrent que l'asphyxie par noyade était la cause probable du décès. L'assureur paya effectivement l'indemnité de base, mais refusa le paiement de l'indemnité additionnelle en alléguant le suicide de l'assuré. À cet égard, il s'appuya sur des renseignements contenus dans les dossiers médicaux de l'assuré qu'il avait pu obtenir. Le bénéficiaire ainsi que l'hôpital avaient refusé à l'assureur la permission d'examiner les dossiers médicaux complets. La Cour du Québec, ainsi que la Cour d'appel, ont d'ailleurs rejeté une requête de l'assureur en ce sens.

La Cour suprême renverse la décision de la Cour d'appel : elle énonce, dans son jugement, que l'assuré a renoncé explicitement à son droit en signant l'autorisation contenue dans la police et qu'une telle renonciation est admise, vu que le droit du patient à la confidentialité est un droit relatif et que la Charte des droits et libertés de la personne, ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permettent l'accès aux dossiers médicaux, dans certaines circonstances. Le plus haut tribunal va plus loin : même s'il n'y avait pas eu de renonciation au droit à la confidentialité ou même si l'autorisation n'avait pas été applicable à l'enquête sur la cause du décès de l'assuré, l'assureur possède toujours un droit d'accès aux dossiers médicaux complets de l'assuré, en vertu de l'article 402 du Code de procédure civile. Le tribunal possède un pouvoir discrétionnaire dans l'interprétation d'une telle requête en fonction du degré de pertinence et de l'importance des renseignements sollicités. « L'accès de l'assureur aux dossiers

médicaux complets de l'assuré, selon le tribunal, ne constituerait pas une intrusion injustifiée dans sa vie privée. »

On se rappellera une décision similaire rendue par la Cour supérieure, sous la plume du juge Denis Desrochers, le 19 septembre 1991, dans *Luc Favreau c. La Solidarité, Compagnie d'assurance sur la vie et l'Hôpital du Sacré-Coeur*, (1991) R.R.A. 942. Au soutien de sa requête, laquelle visait à obtenir la communication de dossiers médicaux détenus par l'hôpital, en vertu de l'article 402 du Code de procédure civile, l'assureur alléguait les fausses déclarations de l'assurée relativement à son état dépressif et à sa dépendance à certains médicaments, propres à rendre nulle la police. Pour sa part, l'intimé invoquait le droit au secret professionnel garanti par l'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne ainsi que le caractère confidentiel des dossiers médicaux. Le tribunal a conclu que la demande de l'assureur était bien circonscrite, vu l'allégation de fraude, et qu'elle ne portait pas atteinte au droit à la vie privée ni aux règles du secret professionnel et de la confidentialité des dossiers.

535

4. La subrogation légale et le cas du créancier hypothécaire

L'article 2576 C.c. stipule que l'assureur est subrogé, « dans les droits de l'assuré » contre les tiers responsables, à concurrence des indemnités payées par lui.

La question en litige, dans l'affaire *Richard Tremblay et un autre c. La Caisse populaire de Val-Brillant et al.*, (1991) R.R.A. 895, consistait à savoir si l'indemnité payée par l'assureur, non à l'assuré comme tel mais au créancier hypothécaire, donnait ouverture à la subrogation légale. La Cour supérieure conclut que les assureurs sont légalement subrogés « dans les droits du créancier », puisque l'avenant du créancier hypothécaire donne naissance, suivant la jurisprudence, à un contrat distinct, de sorte que le créancier devient l'assuré et le débiteur hypothécaire (l'assuré dans le premier contrat) est considéré comme un tiers.

5. Une fausse déclaration interprétée strictement

536

En rédigeant une demande d'assurance-vie collective, dont l'objet était de garantir le remboursement d'un prêt hypothécaire, l'assuré avait déclaré à l'assureur qu'il n'avait ni consulté, ni été traité pour le coeur par un médecin, au cours des trois derniers mois. L'assureur refusa toute indemnité à la demanderesse, bénéficiaire, suite au décès de l'assuré, au motif que la déclaration de l'assuré était fausse. En effet, il fut mis en preuve que celui-ci avait effectivement consulté un médecin, le mois précédant sa déclaration, pour renouveler une ordonnance de médicaments prescrits antérieurement par un cardiologue et qu'il continuait à prendre de façon régulière.

La demanderesse alléguait qu'il s'agissait là d'un simple examen de routine et que le renouvellement d'une ordonnance ne devait pas être considéré comme un traitement, mais faisait plutôt partie d'un processus permanent. Elle nie donc toute fausse déclaration, au sens de la loi.

Le tribunal ne lui donne pas raison. Les mots « consulter » et « traiter » sont suffisamment vastes pour comprendre tout examen de routine, même aux fins de renouveler une prescription. Dans la conclusion du jugement, le juge Irving J. Halperin exprime que « la nécessité de consulter un médecin à intervalles réguliers pour obtenir une prescription de médicaments va à l'encontre de l'esprit et de la lettre de la stipulation contenue à la demande d'assurance. » Ce jugement a été porté en appel.

6. L'Hôpital Le Gardeur finalement non responsable

La Cour suprême du Canada, renversant une décision de la Cour d'appel, conclut que la responsabilité de l'Hôpital n'est engagée qu'en cas de faute professionnelle du médecin. La faute reprochée au docteur Chevrette n'ayant pas été retenue, ni ce dernier ni l'Hôpital Le Gardeur n'auront à déboursier la somme rondelette de 1,3 million de dollars à la famille de Nancy Lapointe. Rappelons que celle-ci avait subi des dommages irréversibles au cerveau suite à un manque d'oxygène. Dans son

jugement rendu le 13 février 1992, le juge Claire L'Heureux-Dubé précise que la Cour d'appel n'a pas à intervenir dans un jugement d'une cour inférieure, à moins qu'il n'y ait eu une omission d'un élément de preuve ou d'une mauvaise compréhension de la preuve et que si une cour d'appel modifie les conclusions de fait du tribunal inférieur, elle doit le faire sur la base d'erreurs commises et non dans l'optique de procéder à un nouveau procès.

7. Pollution : deux jugements américains récents

537

a) Un cas de paiement volontaire

Un assuré, menacé de poursuites judiciaires, s'était engagé à payer les frais requis de dépollution. Un haut tribunal d'État, « The Supreme Judicial Court of Massachusetts », jugea qu'une telle convention, faite volontairement, tombait sous le coup de l'exclusion relative à la pollution de la police d'assurance responsabilité civile des entreprises.

L'assuré argumentait qu'étant sous l'empire de la menace cette exclusion ne pouvait lui être opposable :

On appeal, Augat contended that it did not violate the voluntary payment provision because its consent to judgment was not « voluntary », but was coerced by threat of a more costly verdict. (*Business Insurance*, 10 février 1992)

Le tribunal a conclu qu'un tel paiement avait été fait volontairement parce que l'assuré avait une alternative : effectuer personnellement le paiement ou demander à son assureur d'intervenir et de prendre fait et cause.

b) L'élément intentionnel : dans l'acte de pollution ou dans les conséquences dommageables ?

Un tribunal d'appel fédéral, « The 4th U.S. Circuit Court of Appeals », vient de statuer qu'un entreposage de

déchets industriels, fait intentionnellement par l'assuré sur une période de plusieurs années, permettait à l'assureur, suivant une réclamation, d'invoquer l'exclusion relative à la pollution dans la police d'assurance responsabilité civile, même si, comme le prétendait l'entreprise assurée, les conséquences dommageables n'étaient ni prévisibles ni voulues.

Le tribunal réaffirme que le caractère « soudain et accidentel » mentionné dans l'exclusion doit être interprété au plan de l'acte et non des conséquences qui en résultent :

538

Because the discharge of sludge at the landfill was part of the standard course of Triangle Industries Inc.'s business and occurred regularly from 1977 to 1980, the court ruled that the pollution exclusion in the CGL policies, which excludes coverage for pollution that is not « sudden and accidental », bars coverage for Triangle PWC.

(*Business Insurance*, le 16 mars 1992)