

Chronique juridique

R. M.

Volume 63, numéro 4, 1996

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1105065ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1105065ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (imprimé)

2817-3465 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

M., R. (1996). Chronique juridique. *Assurances*, 63(4), 647–657.
<https://doi.org/10.7202/1105065ar>

Chronique juridique

par

R.M.

1. Le droit de l'assureur d'indemniser ou de réparer à la suite d'un sinistre

En avril dernier, la Cour d'appel¹ rendait un jugement portant sur le droit des assureurs de reconstruire un immeuble incendié au lieu de verser l'indemnité monétaire prévue au contrat.

647

Dans cette affaire, l'assuré contestait l'option qu'avait l'assureur de pouvoir reconstruire l'immeuble au lieu de verser l'indemnité, en alléguant que la mésentente entre eux reposait uniquement sur l'évaluation du sinistre. L'assuré prétendait que ce genre de conflit entre un assureur et un assuré, portant strictement sur une divergence quant au montant de l'indemnité, devait être réglé par arbitrage, selon les prescriptions de la loi.

La Cour supérieure rejeta la requête de l'assuré qui visait à déférer le litige en arbitrage. L'appel de l'assuré, qui fait l'objet de cette chronique, fut également rejeté.

Le tribunal d'appel considère que l'assureur peut, en vertu de l'article 2586 C.c.², « se réserver la faculté de réparer, rebâtir ou remplacer la chose assurée ». On retrouve également dans la police (clause 9 des dispositions générales) une disposition similaire. Elle se lit comme suit :

Sauf s'il y a arbitrage, l'Assureur, au lieu de verser ses indemnités en espèces, peut, moyennant un avis écrit de son intention dans les 15 jours suivant la réception par lui de la demande d'indemnité, réparer, reconstruire ou

¹*Gaston Fecteau c. La Royale du Canada*, (1995) R.R.A. 292.

²Le nouvel article 2494 C.c.Q. est au même effet.

remplacer les biens sinistrés au moyen d'autres biens de même nature et qualité, à charge pour lui d'entreprendre et d'exécuter les travaux nécessaires dans les meilleurs délais.

À la lumière de cette disposition, on constate que le droit de l'assureur est assujéti à deux conditions : son devoir d'aviser l'assuré et l'obligation qu'aucune procédure d'arbitrage ne soit enclenchée.

648

La Cour d'appel conclut que l'assureur pouvait agir comme il l'a fait, selon les prescriptions de la loi et du contrat, puisque aucune procédure d'arbitrage n'avait été enclenchée au moment où l'assureur exerçait son option de reconstruire plutôt que d'indemniser. Selon le tribunal, les mots « Sauf s'il y a arbitrage », qui sont stipulés dans la disposition précitée, doivent s'entendre d'un arbitrage déjà engagé, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Toutefois, l'assuré n'est pas pour autant empêché de recourir à l'arbitrage, puisqu'une autre disposition contractuelle le permet. En effet, l'arbitrage est un droit exprimé dans tous les contrats d'assurance. En vertu de la disposition générale 13 de sa police, il pourrait exiger l'arbitrage, s'il désire contester la suffisance des coûts de réparation, mais uniquement après que les travaux auront été effectués par l'assureur.

2. L'exclusion portant sur le suicide de l'assuré est Inopérante si le suicide survient après deux ans d'assurances Ininterrompues : un litige portant sur deux assurances distinctes

Dans cette affaire, l'assuré avait présenté une demande pour adhérer à un régime d'assurance comprenant, d'une part, une assurance sur la vie et, d'autre part, une assurance invalidité et il avait versé la prime totale. Une semaine plus tard, il écrivit à son courtier pour lui demander de modifier sa proposition, en vue d'augmenter la période du délai de carence de l'assurance invalidité et d'obtenir une assurance-maladie pour lui-même, sa conjointe et ses enfants.

L'assureur a accepté la première demande, sans modifications. Deux semaines plus tard, il accepta la seconde demande, avec modifications.

L'assuré s'est suicidé le 26 novembre 1987, soit deux ans après l'acceptation de la première assurance ; toutefois, le suicide est intervenu alors qu'il n'y avait pas eu deux ans d'assurance ininterrompue, en ce qui concerne la deuxième demande d'assurance.

Selon la loi, l'assureur peut invoquer une clause d'exclusion contenue dans la police portant sur le suicide de l'assuré, si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue. Le Code civil stipule ce qui suit :

649

Le suicide de l'assuré n'est pas cause de nullité.
Toute stipulation contraire est sans effet si le suicide survient après deux ans d'assurance ininterrompue³.

Mais l'assureur peut-il invoquer le fait que la proposition, signée par l'assuré, comportait deux volets (assurance vie et assurance invalidité) et qu'elle formait un tout indivisible, de sorte que l'acceptation ultérieure de la deuxième assurance lui donnait le droit de se prévaloir de l'exclusion portant sur le suicide de l'assuré ?

Dans cette affaire⁴, le tribunal conclut que le proposant cherchait deux assurances distinctes et que les deux propositions étaient divisibles. Comme la proposition portant sur l'assurance vie a été acceptée sans modifications le 25 novembre 1985 et que le suicide est survenu le 26 novembre 1987, l'assureur n'était plus légalement autorisé à invoquer l'exclusion précitée.

³Art. 2532 C.c. Remplacé par l'art. 2441 C.c.Q.

⁴*La Compagnie d'assurance-vie du Québec et une autre c. Jeanne Ghanimé Paré*, (1995)

3. L'exclusion relative au vol de biens commls par un employé de l'assuré

S'appuyant sur une exclusion de la police, les assureurs refusent d'indemniser leur assuré pour un vol d'outils commls par un employés.

Dans cette poursuite⁵, l'assuré reproche aux défendeurs, qui agissaient comme courtiers d'assurance, de l'avoir mal conseillé dans le cadre de son programme d'assurance commerciale.

650

Signalons d'abord les faits suivants, mis en preuve. Le courtier s'était rendu chez le demandeur, propriétaire d'une boutique d'ébénisterie, pour s'enquérir des besoins de ce futur client. Ce dernier manifesta le désir d'être assuré contre le feu et contre le vol, mais se déclara non intéressé pour une assurance contre le vol avec violence et une assurance contre le vol d'argent. Le courtier omis cependant de lui mentionner que le vol de biens (autre que le vol d'argent) commls par un employé, était exclu.

Le défaut du courtier de ne pas avoir informé son client au sujet de la protection concernant le vol de biens engage-t-il sa responsabilité? Le tribunal conclut que le bureau de courtier, en tant que personne morale, ainsi que le courtier d'assurance, en tant que personne physique, ont mal exécuté leurs obligations. Selon la cour, la faute est appréciée sur la base du mandat quant au cabinet de courtage et sur la base quasi délictuelle quant au courtier lui-même.

On constate que le devoir de renseignement et de conseil du courtier est sanctionné sévèrement par les tribunaux. À titre de mandataire de l'assuré, le courtier ne peut se soustraire à ses obligations en arguant, comme moyen de défense mais sans en faire la preuve, que même s'il avait proposé au demandeur d'assurer le vol de ses biens, aux termes d'un avenant particulier,

⁵ *André Galarneau c. Les Assurances Marcel Hamel Inc.*, (1995) R.R.A. 406.

celui-ci aurait refusé en raison du coût prohibitif de cet avenant. Nous citons le tribunal :

... c'est aux défendeurs qu'incombait le fardeau de faire la preuve du moyen qu'ils invoquent à l'effet que le demandeur n'aurait pas eu les moyens de payer la prime ... Ce sont des présomptions que les défendeurs invoquent pour conclure à l'incapacité du demandeur d'acquitter la surprime applicable à l'avenant 3-D. La preuve à cet égard ne fait naître que des doutes, les présomptions soumises n'étant ni graves, ni précises, ni concordantes.

651

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

À la suite d'une explosion survenue dans le garage, un assureur verse la somme de 71 312 \$ à son assuré. Il est admis que cette faute est imputable au défendeur, en l'occurrence le frère de l'assuré.

Dans cette cause⁶, l'assureur désire être remboursé du montant qu'il a été appelé à payer à l'assuré, en se fondant sur son droit d'être subrogé dans les droits de l'assuré contre toute tierce personne responsable du sinistre. L'article 2576 C.c. se lit comme suit :

À concurrence des indemnités payées par lui, l'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables, sauf s'il s'agit des personnes qui font partie de la maison de l'assuré.

Il est mis en preuve que le frère de l'assuré était autorisé à utiliser le garage, en soirée, pour y poser des sièges à l'arrière de sa camionnette. La question qui se pose est la suivante : le frère de l'assuré fait-il partie de la « maison de

⁶ *Le Groupe Commerce, Compagnie d'assurances. c. Benoît Martel*, (1995) R.R.A. 496.

l'assuré », lui permettant de bénéficier de l'exonération prévue dans l'article précité ?

Après avoir passé en revue la jurisprudence sur cette question⁷, le tribunal conclut que l'expression « personnes qui font partie de la maison de l'assuré » doit être interprétée de façon non restrictive. Dans cette perspective, on peut facilement concevoir, selon le jugement d'une cour d'appel, cité en renvoi, que les personnes suivantes font partie de la maison de l'assuré :

652

- les membres de la famille, soit qu'ils y vivent ou à l'occasion de visites ;
- les autres personnes qui y vivent ou qui y travaillent régulièrement (employés, domestiques, jardiniers) ;
- les personnes qui viennent y exécuter un travail et qui y posent des gestes sous les instructions et la surveillance du maître des lieux.

Selon l'arrêt cité, le juge Chouinard écrit que le but du législateur est d'éviter que l'assureur ne poursuive en justice des personnes que l'assuré n'auraient pas poursuivies en raison des liens qu'il a avec elles.

Dans cette affaire, la Cour supérieure, forte de ces critères, conclut que l'assureur ne pouvait exercer ses droits de subrogation contre le frère de l'assuré, responsable de l'explosion, puisqu'il fait partie de la « maison de l'assuré ».

Ce jugement a été porté en appel.

5. Sur le sens du mot « déclarations » mentionné dans l'article 2482 C.c.

Voici un jugement qui saura dissiper quelques malentendus. Dans une récente décision⁸, la Cour supérieure, est appelée à interpréter le sens du mot « déclarations », dans

⁷Gagné c. Groupe La Laurentienne, (1990) R.J.Q. 1819 (C.A.).

⁸Donald Bilodeau c. La Souveraine, Compagnie d'assurance générale, (1995) R.R.A. 524.

l'article 2482 C.c., al. 1, devenu l'article 2403 C.c.Q.⁹, lequel se lit comme suit :

Sauf les dispositions particulières à l'assurance maritime, l'assureur ne peut invoquer de conditions ou déclarations qui ne sont pas énoncées dans le contrat.

(notre soulignement)

Dans le cadre d'une action en réclamation d'indemnités d'assurance à la suite de l'incendie d'un centre horticole, il est admis que le demandeur a fait des fausses déclarations à son assureur en complétant la proposition exigible. Il allègue dans son action que les déclarations contenues dans sa proposition ne sont pas annexées à la police et que, en conséquence, l'article 2582 C.c. interdit à l'assureur de les invoquer.

653

Le tribunal lui donne tort. Le mot « déclarations », au sens de cet article, n'inclut pas les déclarations fausses d'un proposant, tel que prévu en vertu de l'article 2487 C.c. Alors que les fausses déclarations sous l'article 2487 C.c., faites par le preneur qui désire souscrire initialement une protection d'assurance, ont pour effet d'entraîner la nullité du contrat, les déclarations, au sens de l'article 2482 C.c. ont pour but de protéger l'assuré contre des conditions ou des déclarations qui émanent de l'assureur et qui ne figurent pas dans le contrat d'assurance. Le tribunal observe que les deux stipulations ont pour cadre un contexte différent. La première est dans l'intérêt de l'assureur ; la seconde, dans l'intérêt de l'assuré.

La remarque suivante du tribunal, en refusant l'interprétation de l'assuré, est fort juste : « Il est inconcevable que le législateur veuille protéger l'assuré contre son propre dol dans un domaine où la bonne foi doit prévaloir ».

⁹Le nouvel article 2403 C.c.Q. est conforme au premier alinéa de l'article 2482 C.c.

6. La mauvaise foi doit être déclarée par le tribunal et non par l'assureur

654 L'article 2472 C.c.Q. précise que « toute déclaration mensongère entraîne pour son auteur la déchéance de son droit à l'indemnisation à l'égard du risque auquel se rattache ladite déclaration ». À titre d'exemples, l'article 2471 C.c.Q. prévoit que l'assuré doit faire connaître à l'assureur, si ce dernier le demande : les circonstances entourant le sinistre, la nature et l'étendue des dommages, l'emplacement du bien, et lui fournir des pièces justificatives. Selon le jugement rendu dans *Picard c. Compagnie d'assurance Continental du Canada*¹⁰, toute déclaration mensongère relativement à ces renseignements dénature le risque. Le fardeau d'établir qu'une déclaration est mensongère repose sur les épaules de l'assureur. En matière d'assurance, la bonne foi de l'assuré se présume toujours.

Des assureurs tentent parfois de se soustraire à leur double obligation de défendre et d'indemniser, en matière d'assurance de responsabilité, en raison d'allégations de malhonnêteté ou de fraude, en affirmant unilatéralement que la police est nulle. Si évidente que soit la mauvaise foi de l'assuré, elle doit obligatoirement être prononcée par un tribunal et le fardeau d'en faire la preuve incombe à l'assureur. Selon la jurisprudence, il doit prouver la matérialité de la fausse déclaration qui a conduit à modifier ou dénaturer le risque et son caractère intentionnel.

La preuve d'une déclaration mensongère peut être soit directe, soit circonstancielle : il suffit alors de se demander, comme le rappelle l'arrêt *Banque Nationale du Canada c. Home Assurance Co.*¹¹ si la preuve est compatible avec la bonne foi de l'assuré.

¹⁰(1986) R.R.A. 114.

¹¹(1981) R.P. 60.

7. Les ayants droit d'un assuré décédé avant l'émission d'une police ont-ils droit au paiement de l'indemnité ?

Telle est la question que le tribunal doit résoudre, dans cette poursuite¹², puisque au moment du décès de l'assuré, la police d'assurance vie qui avait été demandée par ce dernier n'était pas encore émise et l'assureur faisait enquête pour décider s'il était assurable.

À la suite du décès, l'assureur refuse d'accepter la proposition, en alléguant le casier judiciaire du proposant. Il considère l'assurance demandée comme n'ayant jamais pris naissance.

655

Ses héritiers estiment que la proposition, à l'origine de la demande, ne fait pas mention que la protection à venir dépend d'une preuve préalable d'assurabilité.

Selon le tribunal, la question aurait dû être posée dans la proposition, s'il était important pour l'assureur de savoir si le proposant avait été condamné pour possession de drogues et de stupéfiants. La simple mention dans la proposition de « consommation de drogues » ne signifie pas la même chose que « possession de drogues ».

Après avoir passé en revue trois décisions judiciaires sur cette question, le tribunal conclut que l'assureur doit indemniser les ayants droit du proposant.

8. Le décès d'un pompier dans l'exercice de ses fonctions est-il accidentel ?

L'époux de la demanderesse, exerçant le métier de pompier, meurt d'un infarctus dans l'exercice de ses fonctions. Il est mis en preuve que le décès est dû à un effort physique intense, « plutôt inhabituel » dans ce genre de manoeuvre. Au moment de son décès, il était assuré pour une somme de

¹²Gilles Guimond c. La Prudentielle Compagnie d'assurance limitée, (1995) R.R.A. 455.

100 000 \$ en cas de mort accidentel en vertu d'une police d'assurance collective souscrite par son employeur.

La question qui se pose au tribunal¹³ est la suivante : le décès est-il accidentel, de nature à donner raison à l'assureur, qui refuse à l'héritière toute indemnité dans cette affaire.

Résumons brièvement la nature de la police d'assurance qui fait l'objet de ce litige. La garantie n'est enclenchée que dans le cas d'un accident, tel que mentionné ci-dessous :

656

La perte couverte par la présente garantie doit être causée, directement ou indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels... »

Le tribunal y observe ce qui suit :

La clause de garantie de la police est claire et nette ; elle ne nécessite aucune interprétation : seule la mort dont la cause est accidentelle est couverte par la garantie de la police, non la mort dont la cause est naturelle.

Le tribunal rejette l'action de la demanderesse. Il décide que si la mort de l'assuré est accidentelle, puisqu'elle est survenue à l'occasion d'un effort dans l'exercice de ses fonctions, elle ne provient pas exclusivement de moyens externes violents et accidentels (au sens de la disposition ci-dessus). Elle est plutôt la conséquence d'un accident causé par la maladie. En d'autres termes, le tribunal considère que lorsqu'une personne « use de surmenage et exige de son corps le déploiement de forces qui dépassent ses capacités, elle se place dans une situation dangereuse susceptible de provoquer un accident dont elle deviendra volontairement la victime ».

¹³*Pierrette Lacoste c. SSQ Mutuelle Société d'Assurance-Gruppe*, (1995) R.R.A. 478.

Selon le tribunal, le sort a voulu que l'assuré soit décédé à la suite d'un effort particulier qui l'a terrassé et n'eût été de cet effort, il ne serait pas mort ce jour-là. La mort n'est donc pas accidentelle et la garantie accordée par la police est inopérante.