

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT DE QUÉBEC

COUR SUPÉRIEURE  
(Recours collectif)

NO : 200-06-000110-083

---

**BRUCE BEAVER**

Demandeur/Représentant

c.

**LA CAPITALE ASSUREUR DE  
L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.**  
et

**LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU  
PATRIMOINE INC.**

Défenderesses

et

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX ET AL.**

Intervenants.

---

**RÉPONSE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT  
À LA DÉFENSE DE L'ASSUREUR  
(Art. 186 C.p.c.)**

---

**EN RÉPONSE À LA DÉFENSE DE L'ASSUREUR, LE  
DEMANDEUR/REPRÉSENTANT (CI-APRÈS DÉSIGNÉ « BEAVER ») EXPOSE CE  
QUI SUIT :**

1. Il prend acte de l'admission contenue au paragraphe 1 de la défense;
2. Il nie les allégations contenues au paragraphe 2 de la défense;
3. Il prend acte des admissions contenues aux paragraphes 3, 4, 5 et 6 de la défense;



GAGNÉ LETARTE SENCRL  
AVOCATS

4. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 7 de la défense;
5. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 8 de la défense;
6. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 9 de la défense;
7. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 10 de la défense;
8. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 11 de la défense;
9. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 12 de la défense;
10. Il prend acte des admissions contenues aux paragraphes 13 et 14 de la défense;
11. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 15 de la défense;
12. Il prend acte des admissions contenues aux paragraphes 16 et 17 de la défense et en profite pour corriger la référence au paragraphe 21 de la requête introductive d'instance. Le renouvellement automatique à la fin de chaque période contractuelle est prévu à l'article 10, dernier paragraphe, de P-5;
13. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 18 de la défense;
14. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 19 de la défense;
15. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 20 et 21 de la défense;
16. Il prend acte des admissions contenues aux paragraphes 22, 23 et 24 de la défense;
17. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 25 de la défense;
18. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 26 de la défense;
19. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 27, 28, 29, 30 et 31 de la défense;
20. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 32 de la défense;



21. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 33 et 34 de la défense;
22. Il prend acte des admissions contenues au paragraphe 35 de la défense;
23. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 36 à 61 de la défense;
24. Il admet les allégations contenues aux paragraphes 62 et 63 de la défense;
25. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 64 de la défense;
26. Il prend acte que l'Assureur reprend aux paragraphes 65 à 68 de la défense les allégations contenues aux paragraphes 16 à 26 de la requête introductive d'instance;
27. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 69 et 70 de la défense;
28. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 71 à 76 de la défense;
29. Il prend acte de l'admission contenue au paragraphe 77 de la défense;
30. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 78 à 95 de la défense;
31. Il ignore les allégations du paragraphe 96 de la défense;
32. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 97 de la défense;
33. Quant au paragraphe 98 de la défense, il s'en remet à P-7;
34. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 99 à 108 de la défense;
35. Il admet les allégations contenues au paragraphe 109 de la défense;
36. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 110 à 112 de la défense;
37. Il précise que ses prétentions sont reprises de manière partielle et incomplète aux paragraphes 113 à 116 de la défense;
38. Il lie contestation quant aux allégations contenues au paragraphe 117 de la défense;



39. Il prend acte de l'admission contenue au paragraphe 118 de la défense;
40. Il lie contestation quant aux allégations contenues aux paragraphes 119 à 169 de la défense;

**ET PLAIDANT D'ABONDANT, BEAVER AJOUTE CE QUI SUIT :**

PLAN

A-	Importance du nombre d'adhérents invalides concernés (le groupe)	p.4, par. 41
B -	La notion de risque	p. 6, par. 56
C -	Cristallisation des droits ou droits acquis	p. 9, par. 82
D -	La durée du contrat 6000 - Subsidiairement	p. 10, par. 87 p. 14, par 115
E -	Le Preneur au contrat 6000	p. 15, par. 126
F -	Contrats antérieurs	p. 16, par. 137
G -	Relation tripartite	p. 18, par. 157
H -	Absence d'attestation d'assurance au sens des articles 2505 du <i>Code civil du Bas-Canada</i> ou 2401 du <i>Code civil du Québec</i>	p. 21, par. 174
I -	Interdiction de mettre fin à l'assurance maladie de base	p. 22, par. 182
J -	Les autres contrats d'assurance groupe	p. 24, par. 197
K -	Les modifications du 18 mai 2008 pour mettre fin aux exonérations	p. 25, par. 206
L -	Est-ce que les modifications de mai 2008 au contrat 6000 peuvent avoir un effet rétroactif ?	p. 25, par. 213
M -	Obligation d'information de l'assureur à l'égard des modifications du 18 mai 2008	p. 26, par. 220
N-	Identité de l'Assureur	p. 27, par. 224
O -	Dommages exemplaires	p. 27, par. 227

**A - IMPORTANCE DU NOMBRE D'ADHÉRENTS INVALIDES CONCERNÉS (LE GROUPE)**

41. Jusqu'à présent, l'Assureur a communiqué à Tremblay une liste de 306 noms d'adhérents visés par ce recours;
42. Jusqu'à présent, l'Assureur a communiqué à Beaver une liste de 889 noms d'adhérents visés par ce recours;
43. Selon ces listes, les recours collectifs de Tremblay et Beaver toucheraient 1 195 adhérents invalides;



44. En mars 2000, le contrat 6000 couvrait 34 000 assurés pour un volume de primes annuelles de 24 millions de dollars;
45. En avril 2008, le contrat 6000 couvrait 27 000 assurés pour un volume de primes de 43 millions de dollars, tel qu'il appert de la correspondance du Comité paritaire à l'Assureur, communiquée au soutien des présentes, en liasse, sous la cote **P-16**;
46. Le salaire annuel moyen des salariés couverts par le contrat 6000 était inférieur à 30 000 \$ en juin 2008;
47. Afin d'assurer la protection des renseignements confidentiels contenus à ces listes, Tremblay et Beaver les déposent respectivement sous scellés sous les cotes **PT-17** et **PB-17**;
48. Plusieurs des questions posées à l'Assureur concernant les adhérents visés par les recours collectifs sont demeurées sans réponse;
49. Entre autres, l'Assureur n'a pas communiqué l'identité des adhérents devenus invalides sous les polices antérieures avant l'entrée en vigueur du contrat 6000, mais lesquels adhérents ont continué à bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à ce que l'Assureur y mette fin pour les motifs invoqués dans les cas de Tremblay ou Beaver;
50. L'Assureur n'a pas non plus communiqué la date du début de l'invalidité des personnes visées par les recours collectifs. Il a plutôt communiqué la date du début de l'exonération, laquelle date peut varier en fonction de différents critères, tel qu'il appert des clauses 7.5 de P-5, 7.5 de D-1, 7.5 de P-6 et 7.5 de la dernière version du contrat 6000, communiquée au soutien des présentes sous la cote **P-18**;
51. Dans le recours Beaver, le motif invoqué par l'Assureur pour mettre fin à l'exonération des primes est « la fin d'une période de 36 mois après la date du début de l'invalidité du participant »;
52. Dans la liste de Beaver (PB-17), l'identité des adhérents qui sont devenus invalides après juin 2007 et pour qui l'Assureur a mis fin à l'exonération des primes n'a pas été communiquée;
53. Toujours à cette liste, la date de la fin de l'exonération des primes de Beaver est erronée comme le sont aussi celles d'environ 500 autres membres;
54. La liste Tremblay (PT-17) est incomplète, il manque des personnes visées;
55. Dans les circonstances, Tremblay se réserve le droit de compléter les listes et les dates d'invalidité suivant l'information qu'il pourrait ultérieurement obtenir, que ce soit lors de l'audition au fond ou à l'étape des dommages, le



cas échéant;

**B - LA NOTION DE RISQUE**

56. Le risque est l'un des éléments essentiels du contrat d'assurance au sens de l'article 2389 du *Code civil du Québec*;

57. Il n'existe aucune ambiguïté quant à la nature du risque assuré ou envisagé à la clause 7.5 du contrat 6000P-5 :

« ...en cas d'invalidité totale, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement des primes... » (nous soulignons);

58. La clause 7.5.1 de P-6 est tout aussi limpide :

« ...en cas d'invalidité, l'assurance du participant et de ses personnes à charge, le cas échéant, est maintenue en vigueur sans paiement de prime... » (nous soulignons);

59. D-1 ne fait pas non plus exception à ce que prévoit la clause 7.5 de P-5 :

« ...en cas d'invalidité, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime... »;

60. Sont également au même effet, les informations que l'Assureur fournit aux adhérents :

« En cas d'invalidité totale, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime... »; (P-8, p. 24, point 7)

61. Force est de constater que l'Assureur n'applique pas au cas en litige les principes qu'il met lui-même de l'avant au paragraphe 115 de sa défense. De fait, en adoptant l'explication de la notion de sinistre fournie par l'Assureur à ce paragraphe et en l'appliquant au cas qui nous occupe, on ne peut que conclure que le sinistre est soit un accident ou une maladie qui entraîne la réalisation du risque, soit l'invalidité;

62. À la notion de risque identifiée au contrat d'assurance, l'Assureur y substitue erronément la notion de prestations engagées ou frais encourus, tel qu'il appert du paragraphe 119 de sa défense;

63. Incidemment, l'Assureur prétend erronément que chaque facture de frais dentaires, de médicaments ou de massothérapie constitue un sinistre ou un risque distinct;

64. Selon cette thèse, il faudrait comprendre que Beaver a été victime de centaines et de centaines de sinistres ou risques depuis son invalidité en 1997;



65. Par ailleurs, si les factures sont des sinistres ou des risques pour l'Assureur, il lui faudrait expliquer, par souci de cohérence, quel rôle joue l'invalidité en rapport avec la garantie d'exonération des primes prévue au contrat d'assurance;
66. L'exonération des primes garantit le maintien des couvertures sans frais.
67. Le traitement des réclamations de Beaver au fil des ans, avant comme après l'invalidité, a toujours été assujéti aux mêmes modalités que n'importe quel autre assuré, soit aux mêmes règles quant aux franchises, limites de couverture, fréquence des services, portion assurable, etc. Le fait que l'Assureur ait honoré sa garantie d'exonération des primes n'a rien changé à ce titre;
68. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'Assureur a choisi de ne plus honorer la garantie d'exonération des primes pour Beaver, les réclamations de celui-ci ont donc été prises en charge par la Régie de l'assurance maladie sujettes à des modalités semblables;
69. Depuis le début de l'invalidité de Beaver en 1997, et même avant, l'Assureur a toujours payé les factures qui lui étaient présentées par Beaver suivant les modalités de la police et Beaver a toujours assumé sa part suivant les mêmes modalités;
70. Pour les fins de la discussion, si les factures sont des risques ou des sinistres, comme le prétend l'Assureur, il faudrait au moins qu'il explique pourquoi il a respecté les modalités de la police relatives aux réclamations soumises postérieurement au 14 mai 2006. En d'autres termes, il faudrait qu'il explique pourquoi strictement rien n'a changé depuis cette date outre son refus d'honorer sa garantie d'exonération des primes;
71. Ce n'est pas le paiement par l'Assureur des factures de médicaments ou de frais dentaires de Beaver qui débute avec l'invalidité de ce dernier, c'est seulement qu'il n'a plus à assumer le coût des couvertures vue la garantie d'exonération des primes;
72. Les factures existaient avant l'invalidité et elles ne peuvent certainement pas se transformer en risque assuré ou en sinistre du jour au lendemain;
73. La prétention de l'Assureur est incompatible à maints égards avec le contrat d'assurance P-5 puisque notamment:
  - la notion de prestations encourues ou engagées y est bien circonscrite et, à sa face même, n'a rien à voir avec la notion de risque ou de sinistre(voir P-5, art. 3.7, 4.7, 5.12, annexe I 6, 7, 8, 12, annexe II 6, 7, 8, 12, annexe 6, 7, 8, 12) (les mêmes textes se retrouvent à P-6 et D-1);



- l'intitulé de la clause 7.5 se lit « Exonération des primes en cas d'invalidité » alors que pour soutenir la thèse de l'Assureur un tant soit peu, il faudrait plutôt lire quelque chose comme « Exonération des primes en cas de factures de frais dentaires ou autres... »

(idem P-6, clause 7.5 et clause 7, p. 24 de P-8);

74. La garantie d'exonération des primes vise à payer les primes à la place de Beaver et non à payer les médicaments et les frais dentaires à sa place;
75. La correspondance de l'Assureur avec Beaver ne laisse subsister aucun doute à l'effet que l'invalidité constitue le risque assuré qui permet de bénéficier de l'exonération des primes, tel qu'il appert de la lettre de l'Assureur à Beaver le 26 avril 2000, communiquée au soutien des présentes sous la cote **PB-19** :

« Sir,

La Personnelle Vie has analysed the documents transmitted for the persistence of your total disability for the waiver of premiums according to the contract 6000 CPI-FTQ.

The information provided shows that you still meet the conditions of the total disability definition. Consequently, you are still eligible to the waiver of premium as long as your disability will be recognized by Standard Life.

Please note that the waiver of premium cannot go over 65 years old or the effective date of retirement and this, even if a disability benefit is paid to you.

... » (nous soulignons);

76. La brochure distribuée aux adhérents est aussi explicite, tel qu'il appert de P-8 au point 7 à la page 24 :

**« 7. Exonération de la prime en cas d'invalidité**

(...) En cas d'invalidité totale, l'assurance du participant est maintenue en vigueur sans paiement de prime...

(...)

Dans tous les cas, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser l'âge de 65 ans.

(...) »;

77. La tentative de l'Assureur, au paragraphe 119 de sa défense, de substituer à la notion d'invalidité (le risque) celle du déboursé n'est pas plus soutenable à la lumière des trois définitions qui apparaissent



consécutivement aux cahiers de charges de juillet 1990 :

- « a) Réserve pour les salariés exonérés de prime »  
(...)
- b) Réserve pour réclamation en suspens  
(...)
- c) Réserve pour les réclamations engagées mais non rapportées.  
(...) »;

le tout tel qu'il appert de la page 262 du cahier de charges produit au soutien des présentes sous la cote **P-20**;

78. Cette tentative de confusion des notions est aussi utilisée par l'Assureur pour tenter de créer une identité entre les faits de la présente affaire et ceux qui ont été soumis à la Cour d'appel dans l'affaire *Lachapelle*;
79. Le *ratio decidendi* de la Cour d'appel dans le dossier *Lachapelle* peut se résumer comme suit :
  - la modification est survenue dans le cadre d'un nouveau contrat;
  - l'ancien contrat prévoyait spécifiquement la perte du droit aux prestations en cas de fin de contrat;
  - l'ancien contrat prévoyait le remboursement des frais admissibles encourus pendant la période où la police était en vigueur;
  - la garantie réclamée portait sur des dépenses qui n'étaient pas seulement reliées à l'invalidité ou la maladie (ex. : frais de lunettes);
80. L'exonération des primes est uniquement reliée à la réalisation du risque, soit à la survenance de l'invalidité dans le présent dossier;
81. La décision de la Cour d'appel dans l'affaire *Lachapelle* s'appuie sur les dispositions en vigueur avant l'adoption du *Code civil du Québec* et de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-32);

**C - CRISTALLISATION DES DROITS OU DROITS ACQUIS**

82. Une fois le risque matérialisé, en l'espèce l'invalidité, Beaver a droit au bénéfice de la garantie vendue par l'Assureur;
83. Ainsi, au moment où survient l'invalidité, Beaver a droit au maintien de ses couvertures d'assurance sans paiement des primes, le tout tant que l'invalidité perdure ou jusqu'à l'âge de 65 ans;



84. Dans son volume intitulé L'Assurance collective en milieu de travail, 2<sup>e</sup> édition, Me Michel Gilbert reprend cette même notion de droit de la manière suivante :

« 157. *Bénéfice d'exonération* – L'adhérent qui devient invalide en cours de contrat bénéficie généralement d'une exonération de prime, à tout le moins à l'égard des garanties d'assurance sur l'invalidité et la vie, en raison précisément de sa condition. Il continue alors à bénéficier des garanties à l'égard desquelles il jouit du bénéfice d'exonération, sans avoir à payer les primes afférentes, et ce, pendant la durée spécifiée au contrat. » (par. 157, p. 99);

85. Non seulement la notion de cristallisation des droits s'infère du contrat 6000 et des notions d'assurance, mais l'Assureur a jugé bon de reprendre explicitement ce principe à la clause 11 de P-6 et D-1 :

ARTICLE 11 – CONTRAT

(...)

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

Également, le 31 décembre 1996 ne doit pas être considéré comme une date de fin de contrat, à toutes fins de droit, mais comme la fin d'une période contractuelle. » (p. 60);

(nous soulignons)

86. Pour éviter l'application de ces principes de droit reconnus, l'Assureur soulève des énoncés qui sont sans assise factuelle ou légale;

**D - LA DURÉE DU CONTRAT 6000**

87. Le contrat 6000 est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991 et l'est toujours en date d'aujourd'hui, tel qu'il appert des pièces P-5, P-6, D-1 et P-18;
88. L'Assureur soutient que le contrat 6000 s'est terminé plusieurs fois, mais n'a pourtant jamais mis fin à l'exonération des primes au motif que le contrat 6000 s'était terminé;
89. De surcroît, dans le contexte où le contrat n'a jamais cessé d'être en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991, le débat est purement théorique;
90. Le contrat initial 6000 (P-5) prévoit déjà plusieurs périodes de renouvellements :



« Date d'entrée en vigueur de la police : Le 1er mars 1991.

Date de renouvellement : Le 1er janvier 1993 et la première journée de toute période contractuelle par la suite.

Durée de la police : La première période contractuelle de la police s'étend de sa date d'entrée en vigueur jusqu'au 31 décembre 1992. Par la suite, la période contractuelle est d'une durée de 12 mois ou toute autre durée convenue par écrit entre le Comité paritaire et l'Assureur. » (page titre)

91. Les parties ont prévu des formalités pour mettre fin au contrat 6000, tel qu'il appert de la clause 8.2 de P-5 :

« 8.2 Préavis

L'Assureur peut mettre fin au contrat à toute date de renouvellement en donnant par écrit au Comité un préavis d'au moins 180 jours.

Le Comité peut mettre fin au contrat en tout temps sur avis écrit transmis à l'Assureur. Dans ce cas, le contrat se termine à 24 heures à la dernière des dates suivantes :

- a) la date indiquée sur l'avis écrit que le Comité envoie à l'Assureur;
- b) le dernier jour de la période de 28 jours à compter de la date de réception de l'avis écrit au siège social de l'Assureur. »;

92. Toutes les autres versions du contrat 6000 reprennent cette clause 8.2, que ce soit P-6, D-1 et P-18;
93. L'Assureur ou le Comité n'a jamais donné d'avis écrit pour mettre fin au contrat 6000, tel que le prévoit la clause 8.2;
94. Dans la version D-1, l'Assureur ne peut pas être plus explicites à l'effet qu'il n'y a pas eu terminaison du contrat 6000 :

**ARTICLE 11 – CONTRAT**

(...)

De plus, le présent contrat doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

Également, le 31 décembre 1996 ne doit pas être considéré comme une date de fin de contrat, à toutes fins de droit, mais comme la fin d'une période contractuelle. » (p. 60);

(nous soulignons)



95. Dans la version P-6, l'Assureur ne peut pas être plus explicite à l'effet qu'il n'y a pas eu terminaison du contrat 6000 depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991.

**ARTICLE 11 – CONTRAT**

(...)

De plus, la présente police doit être considéré comme une consolidation, et occasionnellement, une reformulation des avenants, des ententes écrites et du contrat initial entré en vigueur le 1er mars 1991. Il ne confère aucun droit nouveau rétroactivement et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre, demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre.

Également, le 31 décembre 2000 ne doit pas être considéré comme une date de fin de contrat, à toutes fins de droit, mais comme la fin d'une période contractuelle. » (p. 71);

(nous soulignons)

96. C'est dans la version P-6 du 1<sup>er</sup> mai 2002 que l'Assureur a modifié pour la première fois la garantie vendue en indiquant que l'exonération des primes pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires prévue jusqu'à 65 ans se terminait s'il y avait changement d'allégeance syndicale, tel qu'il appert de la clause 7.5.10.3 de P-6;

97. Le 18 mai 2008, par l'Avenant numéro 6 à P-6, l'Assureur a ajouté deux nouveaux motifs pour mettre fin à l'exonération des primes, tel qu'il appert de la clause 7.5.10.3 b) et c) de P-7 :

« 7.5.10.3 Pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaire) et de soins dentaires :

(...)

b) La date de rupture du lien d'emploi du participant;

c) La date correspondant à la fin d'une période de 36 mois après la date du début de l'invalidité du participant. »;

98. Ces deux nouveaux motifs pour mettre fin à l'exonération des primes seraient entrés en vigueur rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, tel qu'il appert de P-7;

99. Le soi-disant motif de terminaison du contrat 6000 invoqué en l'instance par l'Assureur pour justifier la fin de l'exonération des primes existe depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991, mais l'Assureur n'a jamais cru bon s'en prévaloir avant aujourd'hui pour mettre fin à l'exonération des primes d'un assuré invalide;

100. Il s'agit là d'un motif additionnel pour rejeter la thèse de l'Assureur à l'effet que le contrat 6000 se serait terminé à quelques reprises;



101. Plusieurs autres motifs militent en faveur du rejet de la thèse de l'Assureur relativement à la durée du contrat 6000;
102. L'article 2401 du *Code civil du Québec* prévoit que lorsque l'Assureur délivre une police d'assurance collective, une attestation d'assurance est distribuée aux adhérents;
103. L'attestation d'assurance est essentielle dans le cas d'un nouveau contrat d'assurance; il s'agit d'une obligation d'ordre public;
104. Or, il n'y a jamais eu d'attestation d'assurance émise par l'Assureur aux dates où il prétend qu'un nouveau contrat aurait remplacé le contrat 6000;
105. Le contrat d'assurance est identifié comme étant la police numéro 6000 ou le contrat 6000 ou le groupe 6000 depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991 jusqu'à aujourd'hui, tel qu'il appert de P-5, P-6, D-1 et P-18;
106. L'identité du numéro d'identification d'un contrat d'assurance est une donnée significative pour départager les cas de modifications d'un même contrat des cas de terminaison de contrat;
107. D'autant plus que dans toute la correspondance adressée par l'Assureur à ses assurés, il est toujours référé au contrat 6000 ou à des modifications à celui-ci, tel qu'il appert de PT-8A, PT-9, PT-11, PT-12, PB-9, PB-11 et PB-12;
108. De même, tous les dépliants explicatifs préparés par l'Assureur pour ses assurés depuis mars 1991 jusqu'à aujourd'hui réfèrent au contrat 6000 ou à des modifications à celui-ci, tel qu'il appert de certains dépliants préparés par l'Assureur et communiqués, en liasse, au soutien des présentes sous la cote **P-21**;
109. La requête pour autorisation d'exercer un recours collectif de Beaver a été signifiée le 27 août 2008 et celle de Tremblay le 25 juillet 2008, tel qu'il appert des dossiers de Cour;
110. Le 17 novembre 2010, l'Assureur a adopté une nouvelle version du contrat 6000, tel qu'il appert de P-18;
111. Sous réserve des ajustements et des modifications habituelles dans le cadre d'un renouvellement du contrat 6000, P-18 est superposable à P-6 à une exception près : à l'article 11, l'Assureur a supprimé les deux derniers paragraphes interprétatifs qui réitéraient la continuité du contrat depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991 et la cristallisation des droits à la date du sinistre;
112. Beaver soumet que cette tentative de l'Assureur pour bonifier sa thèse, dans le cadre des procédures ou pour une application future ne change rien à la continuité sans interruption du contrat 6000 depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991 et



à la cristallisation des droits;

113. Enfin, quant au volet assurance maladie de base, la prétention de l'Assureur à l'effet que le contrat 6000 s'est terminé contrevient à des dispositions d'ordre public en la matière, soit aux articles 35, 36 et 45 de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q., c. A-29.01);
114. En effet, aucun avis de non-renouvellement émanant de l'Assureur ou du Preneur n'a été transmis à la Régie de l'assurance maladie du Québec et encore moins aux adhérents;

### **Subsidiairement**

115. Il n'y a pas eu de terminaison du contrat 6000, mais même s'il y en avait eu une, l'Assureur n'a jamais mis fin à l'exonération des primes pour ce motif;
116. Le motif de terminaison du contrat pour mettre fin à l'exonération des primes apparaît au contrat P-5 depuis le début, soit depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991, tel qu'il appert de la clause 7.5;
117. L'Assureur a la responsabilité de fournir à ses adhérents de l'information claire et complète, sur le contrat 6000, tel qu'il appert de la clause 9.15 de P-5, la clause 10.15 de D-1, la clause 10.15 de P-6 et la clause 10.15 de P-18;
118. Dans la brochure P-8 préparée par l'Assureur et datée de novembre 1992, l'Assureur a induit en erreur les adhérents en indiquant que l'exonération des primes en cas d'invalidité ne pouvait dépasser 65 ans dans tous les cas, sans plus de nuance, tel qu'il appert de P-8 à la clause 7, page 24;
119. Devant une telle représentation de la part de l'Assureur, un adhérent raisonnable ne pouvait que conclure que l'assurance qu'il se procurait prévoyait l'exonération des primes jusqu'à 65 ans en cas d'invalidité;
120. Ce n'est qu'en juin 1997 que l'Assureur a préparé une brochure à l'intention des adhérents relativement au contrat 6000 et dans laquelle il indiquait pour la première fois que l'exonération des primes en cas d'invalidité se terminait « *à la date de terminaison du contrat si antérieure...* » pour les régimes d'assurance maladie (de base et complémentaires) et de soins dentaires, tel qu'il appert à la clause 7, page 32 de ladite brochure communiquée au soutien des présentes sous la cote **P-22**;
121. Beaver ignore à quel moment cette brochure P-22 fut distribuée par l'Assureur à l'ensemble des adhérents du contrat 6000;



122. Beaver soumet que cette mention à P-22 n'est pas suffisante pour que l'Assureur puisse opposer aux adhérents la fin de l'exonération des primes au motif de terminaison du contrat;
123. Dans tous les dépliants pour le bénéfice des adhérents depuis 1991, l'Assureur indique que l'exonération des primes est jusqu'à 65 ans. Une modification à cette réalité pour l'adhérent doit être effectuée d'une manière qui respecte ou s'apparente aux prescriptions de l'article 2405 du *Code civil du Québec*;
124. De plus, le fait que l'Assureur traite des notions de « terminaison de contrat » et de « changement d'allégeance syndicale » comme s'il s'agissait que d'une seule et même notion porte à confusion, tel qu'il appert de la brochure de l'Assureur de décembre 2003 communiquée au soutien des présentes sous la cote **P-23**;
125. Subsidiairement, Beaver soumet que tous les adhérents au contrat 6000 qui sont devenus invalides avant que le dépliant P-22 ou un autre dépliant au même effet ne leur soit communiqué ont un droit acquis à l'exonération des primes jusqu'à 65 ans et que l'Assureur ne peut leur opposer une éventuelle terminaison de contrat pour y mettre fin;

**E - LE PRENEUR AU CONTRAT 6000**

126. Toujours pour soutenir la thèse de l'existence de contrats distincts, l'Assureur affirme aux paragraphes 82, 86 et 124 de sa défense que les membres du Comité qui ont signé P-5 ne sont pas les mêmes que ceux qui ont signé D-1 et que ceux qui ont signé D-1 ne sont pas non plus les mêmes membres du Comité que ceux qui ont signé P-6;
127. Ces affirmations ne sont pas pertinentes dans la mesure où les articles 10 ou 11 des versions P-5, D-1, P-6 et P-18 comportent tous la mention suivante :

« Les parties au contrat sont, d'une part, le Comité et, d'autre part, l'Assureur. »;
128. La composition du Comité ou du preneur est prévue dans la convention collective, tel qu'il appert des clauses 23.07 à 23.19 de la convention collective P-4;
129. La clause 23.08 de P-4 prévoit que le Comité est composé d'un maximum de 8 représentants des parties patronales et de 8 représentants des syndicats;
130. Les cahiers des charges reprennent ces modalités pour la composition du Comité ou du preneur, tel qu'il appert de :



- P-8 à la clause 5.1, page 66;
  - du cahier des charges du 15 mars 2000 à la clause 5.1 à la page 5-1, communiqué au soutien des présentes sous la cote **P-24**; et
  - du cahier des charges de juin 2008, à la clause 6.1, p. 71, communiqué au soutien des présentes sous la cote **P-25** (6 représentants de la partie patronale à l'époque);
131. Tel qu'il appert du cahier de charges du 15 mars 2000 (P-24), p. 5-4, le contrat 6000 s'appliquait aux salariés de 325 employeurs;
132. En juin 2008, le contrat s'appliquait à 117 employeurs, tel qu'il appert du cahier de charges de juin 2008 (P-25);
133. Il n'y a aucune mention au contrat 6000 à l'effet qu'une modification quelconque à la composition du Comité ou du preneur entraînerait la terminaison du contrat;
134. Une des parties syndicales, le syndicat « la Section locale 440 », a perdu sa représentativité au profit de la CSN suite à un vote, tel qu'il appert de la décision du Bureau du commissaire général du travail du 5 janvier 1999 communiquée au soutien des présentes sous la cote **P-26**;
135. Pour cette raison, la Section locale 440 ne pouvait plus faire partie du Comité;
136. L'Assureur n'a jamais considéré que le contrat 6000 se terminait parce que la Section locale 440 avait perdu sa représentativité au sens de la *Loi sur l'instruction publique* aux articles 530.4 à 530.6;

#### **F - CONTRATS ANTÉRIEURS**

137. Au paragraphe 73 de la défense, l'Assureur évoque une police groupe 3000;
138. Par la clause 2.7 de P-5, D-1, P-6 et P-18, l'Assureur s'est engagé à assumer les obligations d'un contrat antérieur;
139. Toutes les versions du contrat 6000 définissent le contrat antérieur comme suit :

« Le ou les contrats collectifs d'assurance, en vigueur immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat, couvrant les salariés de l'employeur et leurs personnes à charge, le cas échéant. »

(P-5, clause 1.7, D-1, clause 1.8, P-6, clause 1.7, P-18, clause 1.10);



140. La clause 7.5 de P-5 pour l'exonération des primes en cas d'invalidité prévoit à son dernier paragraphe que :
- « Pour les assurés invalides à la date d'entrée en vigueur et admissibles au présent contrat, l'exonération du paiement de la prime ne peut dépasser la date où elle aurait cessé en vertu du contrat antérieur. »
141. La clause 7.5.9 de D-1 est au même effet;
142. Quant à P-6, il est prévu ce qui suit à la clause 7.5.11 :
- « Pour les participants invalides au 1er mars 1990, provenant du contrat 3500 et admissibles au présent contrat, l'exonération du paiement des primes en cas d'invalidité, pour les régimes d'assurance maladie de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge ne peut dépasser la date où elle aurait cessé en vertu du contrat 3500. »;
143. L'Assureur affirme qu'un contrat antérieur 3000 serait entré en vigueur en 1986, tel qu'il appert au paragraphe 73 de la défense;
144. L'Assureur affirme également qu'il n'y a pas d'autre contrat antérieur que les contrats 3000 et 3500;
145. Le contrat antérieur 3000 couvrait le domaine scolaire, tel qu'il appert du contrat 3000 produit avec les présentes sous la cote **P-27**. Il est entré en vigueur en mars 1986;
146. Le contrat antérieur 3500 couvrait le domaine de la santé, tel qu'il appert du contrat 3500 produit avec les présentes sous la cote **P-28**. Il est entré en vigueur le 30 mars 1986;
147. Le contrat antérieur 3000 P-27 contient des clauses semblables au contrat 6000 en ce qui a trait à l'assumption d'un contrat antérieur et à la continuité des obligations, notamment les clauses 1.7 et 2.4 de 3000-A (médicaments), 3000-B (maladie supplémentaire) et 3000-C (assurance vie) et les clauses 1.8 et 2.6 de 3000-D (assurance invalidité);
148. Le contrat antérieur 3000 P-27 (scolaire) se distingue notamment du contrat 6000 en ce qu'il ne prévoit pas de couverture dentaire et offre une couverture d'assurance invalidité. Pour le groupe 6000, l'assurance invalidité est assumée par un autre assureur, soit Standard Life du Canada;
149. Le contrat antérieur 3500 P-28 contient des clauses semblables au contrat 6000 en ce qui a trait à l'assumption d'un contrat antérieur et à la continuité des obligations, notamment les clauses 1.6 et 2.7;



150. Le contrat antérieur 3500 P-28 (santé) contient les mêmes couvertures que le contrat 6000, mais avec en plus une couverture d'assurance invalidité de longue durée;
151. Le contrat antérieur 3000 P-27 (scolaire) prévoit pour chacune de ses couvertures l'exonération des primes en cas d'invalidité jusqu'à 65 ans, tel qu'il appert des clauses 3.6 à 3000-A, 3.6 à 3000-B, 3.1.3 à 3000-C et 3.1.39 à 3000-D;
152. Le contrat antérieur 3500 P-28 (santé) prévoit que pour la couverture médicaments (ou régime de base) et pour la couverture maladie supplémentaire (ou régime optionnel), l'exonération des primes en cas d'invalidité est limitée à trois (3) ans suivant l'invalidité, tel qu'il appert de la clause 9.5;
153. Qu'il s'agisse du contrat 3000 P-27, 3500 P-28 ou du contrat 6000, il s'agit toujours du même Assureur;
154. Les contrats antérieurs et plus particulièrement le contrat 3000 P-27 sont pertinents pour déterminer le droit des invalides avant le 1<sup>er</sup> mars 1991 à continuer de bénéficier de l'exonération des primes jusqu'à 65 ans;
155. Beaver n'a pas réussi à obtenir de l'Assureur l'information pour vérifier le sort des assurés qui étaient encore invalides le jour précédant le 1<sup>er</sup> mars 1991 et qui sont devenus invalides, alors qu'ils étaient couverts par un contrat antérieur aux termes de la police 6000;
156. Beaver prétend qu'il a droit à cette information et qu'elle est pertinente au débat. Conséquemment, il réserve ses droits afin de l'obtenir, que ce soit lors de l'audition au fond ou à l'étape des dommages, le cas échéant;

#### **G - RELATION TRIPARTITE**

157. Le caractère tripartite du contrat d'assurance collective est un état du droit reconnu de tous comme l'explique Me Michel Gilbert<sup>1</sup> :

« En dépit de son mode de conclusion, le contrat d'assurance collective ne peut être qualifié de strictement bilatéral, tel qu'en fait foi cet énoncé de la Cour d'appel au sujet d'un tel contrat :

« En somme, il s'agit d'une relation contractuelle tripartite où les véritables interlocuteurs sont le preneur et l'assureur. »

Le *Code civil du Québec* ne soumet nullement la conclusion du contrat à l'accord préalable des membres du groupe au profit duquel il est suscrit :

---

<sup>1</sup> GILBERT, Michel, « L'Assurance collective en milieu de travail », 2e édition, Éditions Yvon Blais, 2006, p. 47 et 263



l'accord du seul preneur suffit. Néanmoins, sans l'adhésion ultérieure des membres du groupe, il demeure une coquille vide; le preneur, pratiquement toujours une personne morale, ne peut bénéficier personnellement des protections convenues avec l'assureur, destinées à profiter à des personnes physiques. D'ailleurs, en assurance collective, le législateur n'impose pas au preneur l'obligation de détenir un intérêt assurable lors de la conclusion du contrat.

Dès lors, le contrat conclu entre le preneur et l'assureur préfigure des rapports à naître entre adhérents et assureur. En ce sens, et bien que le Code civil ne le précise pas, le contrat issu de la rencontre des volontés du preneur et de l'assureur représente bel et bien le contrat-cadre dont fait état l'article 2392 C.c.Q. » (p. 47)

«380. Recours en justice de l'adhérent – En sa qualité de partie au contrat, l'adhérent dispose d'un recours contractuel direct contre l'assureur à la suite de la réalisation d'un risque assuré. » (p. 263-264); (nous soulignons)

158. L'Assureur s'applique à nier cette réalité aux paragraphes 76 et 90 de sa défense;
159. L'Assureur y va même d'une aberration en droit au paragraphe 93 de sa défense en affirmant que les adhérents n'ont aucun droit quant au contenu d'un contrat d'assurance collective;
160. Partant de cette prémisse, l'Assureur prétend qu'il pouvait, avec l'accord du Comité, modifier le contrat 6000 sans égard aux droits des adhérents invalides ou à la notion de réalisation du risque;
161. L'Assureur s'autorise aussi d'une disposition contractuelle au contrat 6000 pour soutenir qu'avec l'accord du Comité, il pouvait retirer aux invalides le bénéfice de l'exonération des primes, et ce, même une fois le risque réalisé, tel qu'il appert des paragraphes 90, 91, 92 et 127 de la défense;
162. La seule disposition de P-5 qui traite de ce sujet est le cinquième (5<sup>e</sup>) paragraphe de l'article 10 qui se lit comme suit :

« Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'apporter à la police doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité. »;

Celle-ci est reprise dans D-1 (art. 11), P-6 (art. 11) et P-18 (art. 11);

163. L'article 9 auquel réfère l'Assureur est apparu pour la première fois à D-1 le 22 octobre 1997 et se lit comme suit :

« Le Preneur peut en tout temps, après entente avec l'Assureur, apporter des modifications au contrat concernant les catégories de personnes admissibles, l'étendue des protections et le partage des coûts entre les catégories d'assurés. De telles modifications peuvent alors s'appliquer à



tous les assurés, qu'ils soient actifs, invalides ou retraités. »

Il est repris dans P-6 (art. 9) et dans P-18 (art. 9);

164. Les modifications qui ont été apportées au contrat 6000 visent à retirer ou à mettre fin à la garantie d'exonération des primes pour les adhérents invalides à la date des modifications;
165. L'application ou l'interprétation de cette clause que l'Assureur souhaite faire entériner par la Cour dans le présent dossier en ferait une clause purement potestative et, de ce fait nulle puisqu'absolument illégale;
166. Cette clause serait tout aussi nulle aux termes de l'article 1437 du *Code civil du Québec*, notamment parce que le retrait de la garantie d'exonération des primes postérieurement à la matérialisation de l'invalidité dénaturerait le contrat d'assurance;
167. Subsidiairement, si cette clause n'était pas nulle, il est soumis que le retrait de l'exonération des primes n'est pas une question d'admissibilité, d'étendue des protections ou de partage de coûts entre les catégories d'assurés;
168. S'il y a matière à interprétation, c'est la limpidité de la clause 11 de P-6 et D-1 qui doit l'emporter :

« et les dispositions contractuelles applicables à un sinistre demeurent celles en vigueur au moment de la survenance de ce sinistre. »;
169. Et si un doute pouvait encore subsister, Beaver soumet qu'il doit bénéficier de l'article 1432 du *Code civil du Québec* anciennement 1499 du *Code civil du Bas-Canada*;
170. Tel qu'il appert de la clause 23.12 de la convention collective P-4, le coût (les primes) des régimes complémentaires comme le dentaire, l'assurance maladie optionnelle et l'assurance vie optionnelle sont entièrement à la charge des adhérents. Quant au régime de base de l'assurance maladie, les adhérents doivent assumer approximativement 90% du coût des primes;
171. L'approche de l'Assureur revient à prétendre que le payeur n'a aucun droit et qu'il peut mettre fin à l'exonération des primes du payeur avec le seul accord du Comité;
172. Le gros bon sens milite en faveur de la possibilité pour celui qui paie pour des garanties de revendiquer des droits si nécessaire;
173. Finalement et subsidiairement, pour que l'article 9 de P-6 et D-1 puisse permettre à l'Assureur d'opposer à un adhérent le retrait de la garantie



d'exonération des primes postérieurement à la survenance de l'invalidité en modifiant la période d'exonération prévue au contrat, il faudrait minimalement qu'il soit mentionné à l'attestation d'assurance que ladite période d'exonération pourrait être modifiée postérieurement à la survenance de l'invalidité;

**H - ABSENCE D'ATTESTATION D'ASSURANCE AU SENS DES ARTICLES 2505 DU CODE CIVIL DU BAS-CANADA OU 2401 DU CODE CIVIL DU QUÉBEC**

174. Beaver soumet qu'il n'a pas reçu d'attestation d'assurance au sens de l'article 2505 du *Code civil du Bas-Canada* ou de l'article 2401 du *Code civil du Québec*;
175. Tremblay a reçu un document daté du 7 septembre 2004, tel qu'il appert de PT-7A, et deux autres documents datés respectivement du 8 juin 2006 et du 13 janvier 2007, tel qu'il appert de PT-12;
176. Les documents PT-7A et PT-12 n'ont de l'attestation d'assurance mentionnée à l'article 2401 du *Code civil du Québec* que le titre;
177. Ces documents ne sont pas concomitants avec la délivrance d'une police d'assurance collective et ne font aucunement référence à la garantie d'exonération des primes. Pour le reste, ils réfèrent à la police;
178. Pour les seules fins de la discussion et en assumant que ces documents PT-7A et PT-12 soient des attestations d'assurance; le silence de celles-ci au sujet de l'exonération des primes rend impossible l'application du principe bien connu à l'effet qu'en cas de divergence entre la police et l'attestation, l'attestation doit l'emporter;
179. Tremblay s'appuie sur le raisonnement du Juge Fournier dans l'affaire *Lemieux c. Croix-Bleue du Québec Canassurance*<sup>2</sup> lequel va comme suit :

« 37 Le Tribunal reproduit ici ce qu'il croit pertinent au présent litige en rapport avec cette publication de 1989 (Tome premier, pages 241 et suivantes) :

(...)

« ...L'assureur doit remettre au preneur des attestations d'assurance qu'il doit distribuer aux adhérents. La confection de ces attestations relève donc de la responsabilité de l'assureur et non du preneur. Cette confection se coule dans son devoir de conseil et de renseignement. Il ne viendrait à l'idée de personne que l'obligation créée à l'assureur est une porte ouverte à rédiger des documents divergents.

(...) »

---

<sup>2</sup> *Jean-Paul Lemieux c. Croix-Bleue du Québec Canassurance*, REJB 2000-23364 (C.S.)



L'obligation de rendre la police maîtresse accessible à l'adhérent ne jette aucun ombrage à l'obligation de confectionner une attestation. Il va de soi qu'elle doit être conforme et complète en ce qui regarde les droits et obligations de l'adhérent. Sinon, elle est porteuse d'ambiguïté qui doit se résoudre en faveur de l'adhérent. N'oublions pas que c'est l'assureur qui définit le contenu de l'attestation. Pourquoi telle clause s'y trouve-t-elle et telle autre aussi importante pour l'adhérent n'y serait pas? Il y a là un beau terrain pour l'exercice d'un arbitraire injustifié. Et la mention formelle que, seule la police maîtresse constitue le véritable contrat, ne peut rien changer à cette transparence nécessaire que doit donner l'attestation de la police maîtresse; ce serait vraiment une issue trop facile pour l'assureur comparée à la complexité de la situation vécue par l'adhérent.

Ainsi, la Cour suprême du Canada a-t-elle pu aller jusqu'au point de dire que l'attestation constituait le contrat pour l'adhérent et qu'en conséquence l'ancien article 214 de la Loi des assurances [maintenant l'article 2482 al. 1 C.c.] pouvait lui être applicable, de sorte qu'une clause non insérée dans l'attestation ne peut être invoquée par l'assureur. Il est vrai que cette observation du juge Pigeon était un obiter et qu'elle portait sur une assurance collective où l'employeur ne payait pas la prime et n'en tirait aucun bénéfice; le juge y voyait plus un contrat individuel que collectif. Cette décision nous permet néanmoins deux observations. Nombreux sont les cas d'un tel genre d'assurance dite collective et ce commentaire du juge Pigeon y a donc toute sa pertinence. De plus, même dans les cas de "véritables assurances" collectives, il est loin d'être certain que le commentaire n'a pas autant de pertinence. En effet, il y a alors des rapports contractuels tripartites d'établis. Il est raisonnable que la police maîtresse gouverne les rapports collectifs entre l'assureur et son assuré; par ailleurs, il est aussi raisonnable de considérer que l'attestation gouverne les rapports individuels entre l'assureur et l'adhérent. En effet, ce document existe justement pour "attester de ces rapports". »;

- 180. L'Assureur a manqué à son obligation légale d'attester de ses rapports avec les adhérents et ceux-ci n'ont pas à en subir de préjudice;
- 181. L'Assureur a également manqué à son devoir légal d'information envers les adhérents et à ses obligations contractuelles sur le sujet aux termes des clauses 9.15 de P-5, 10.15 de D-1, 10.15 de P-6 et 10.15 de P-18;

#### **I - INTERDICTION DE METTRE FIN À L'ASSURANCE MALADIE DE BASE**

- 182. Plus particulièrement, dans le domaine de l'éducation, l'invalidé conserve son lien d'emploi indépendamment de la durée de l'invalidité, tel qu'il appert de la convention collective PB-4 à la clause I-1.6 3), p. 87;
- 183. Contrairement dans le domaine de la santé, il y a fin à l'emploi après une période de 36 mois d'invalidité, tel qu'il appert de la clause 12.13 6.) de la convention collective PT-4;



184. Dans la liste du groupe Beaver, il y a plus de 125 adhérents invalides qui proviennent du domaine de l'éducation;
185. La *Loi sur l'assurance-médicaments* stipule que l'Assureur ne pouvait mettre fin à l'assurance maladie de base pour tous ceux qui conservaient leur lien d'emploi;
186. Il s'agit de dispositions d'ordre public;
187. L'Assureur a ignoré cette interdiction et a mis fin à la couverture d'assurance maladie de base de Beaver, tel qu'il appert de PB-9 et à celle de plus de 125 adhérents dans cette situation, commettant ainsi une faute et engageant de ce fait sa responsabilité extracontractuelle;
188. La Régie de l'assurance maladie du Québec a forcé l'Assureur à couvrir à nouveau pour l'assurance maladie de base tous ceux du domaine scolaire à qui il avait retiré cette assurance depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008;
189. L'Assureur s'est exécuté seulement le 25 février 2008, tel qu'il appert de PB-11;
190. Le va-et-vient entre l'assurance du contrat 6000 et un autre régime avec un chevauchement de deux mois a occasionné des tracasseries, des incon vénients, des troubles et des inquiétudes;
191. Beaver réserve ses droits pour faire la preuve de ces dommages à l'étape de l'évaluation des dommages s'il y a lieu;
192. L'Assureur a aussi contrevenu à la *Loi sur l'assurance médicaments* en retirant l'assurance maladie de base à tous les autres adhérents au motif qu'il avait été invalide plus de 36 mois;
193. L'article 46 de la *Loi sur l'assurance médicaments* prévoit ce qui suit :

« Un assureur ne peut pour la partie de sa couverture représentant le régime général, invoquer contre le preneur, un bénéficiaire ou un adhérent, des dispositions de son contrat ou du Code civil lui permettant normalement de nier sa couverture ou de réduire sa garantie. »
194. Outre la question de rattachement au groupe, il n'existe qu'un seul motif dans la *Loi sur l'assurance médicaments* pour permettre à l'Assureur de mettre fin à l'assurance maladie de base d'un adhérent invalide, soit le défaut de payer de l'adhérent prévu à l'article 47 de la loi;
195. Beaver, comme tous les autres, faisait et fait toujours partie du groupe couvert par l'assurance puisque son facteur de rattachement prévu à l'article 15.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments* existe toujours :



« ...1° elles font partie de ce groupe en raison d'un lien d'emploi actuel ou ancien... »;

196. L'Assureur n'a pas respecté la *Loi sur les médicaments* en retirant la garantie d'assurance maladie de base, et ce manquement engage sa responsabilité extracontractuelle;

**J - LES AUTRES CONTRATS D'ASSURANCE GROUPE ET AUTRES MOTIFS DE L'ASSUREUR**

197. Pour essayer de justifier sa décision à Beaver, l'Assureur fournit l'explication suivante dans sans lettre du 9 novembre 2007 (PB-9) :

« Cependant, il faut savoir que la plupart des contrats du secteur public prévoient un maintien de protection sans paiement des primes pour une période maximale de 36 mois. »;

198. Ce que prévoient les autres contrats ne concerne en rien les adhérents invalides du contrat 6000 et un tel motif engage la responsabilité extracontractuelle de l'Assureur;
199. De surcroît, le contrat 9900 de l'Assureur avec le Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec garantit l'exonération des primes jusqu'à 65 ans en cas d'invalidité, tel qu'il appert à la clause 3.11, page 46, communiqué au soutien des présentes sous la cote **P-29**;
200. Ledit contrat 9900 couvre au-delà de 20 000 salariés et constitue le deuxième contrat en importance pour l'Assureur après le contrat 6000;
201. Cette modification vise manifestement à réduire le coût des primes pour les employés valides au détriment des invalides visés par les groupes, tel qu'il appert des explications de l'actuaire du 16 mai 2008, communiqués au soutien des présentes sous la cote **P-30**;
202. Le requérant fait siens les propos du journaliste Patrick Lagacé dans un article paru dans la Presse de Montréal le 1<sup>er</sup> février 2008 et intitulé « So-so-so... », lequel article est communiqué au soutien des présentes sous la cote **P-31**;
203. Il retient de cet article que l'Assureur, en dépit de son obligation d'agir avec la plus grande bonne foi dans ses rapports avec les assurés, a accepté de bafouer les droits de ceux de ses assurés qui étaient les plus vulnérables, les invalides, pour satisfaire aux préoccupations économiques qu'avait pu soulever la partie syndicale du Comité quant aux coûts globaux et autres considérations engendrés par le respect des couvertures desdits invalides;



204. Par un artifice légal que le requérant soumet être manifestement mal fondé, l'Assureur a choisi de sacrifier les invalides;
205. Ce faisant, l'Assureur a commis une faute et engagé sa responsabilité;

**K - LES MODIFICATIONS DU 18 MAI 2008 POUR METTRE FIN AUX EXONÉRATIONS**

206. Le 18 mai 2008, lorsque le contrat 6000 est modifié pour prévoir la fin de l'exonération des primes après 36 mois d'invalidité, une autre modification est aussi effectuée pour prévoir la fin d'exonération des primes à :

« b) La date de rupture du lien d'emploi du participant. »;

tel qu'il appert de l'Avenant numéro 6 (P-7);

207. L'Assureur s'est servi de cette modification pour mettre fin à l'exonération des primes d'adhérents devenus invalides avant la modification en alléguant qu'il y avait eu rupture du lien d'emploi;
208. Il s'agit ici du même débat que dans les cas Tremblay ou Beaver, soit de déterminer si l'Assureur pouvait mettre fin à l'exonération des primes pour un motif qui n'existait pas au moment de la survenance de l'invalidité;
209. Tremblay et Beaver ont requis de l'Assureur qu'il fournisse la liste des adhérents invalides pour qui a été mis fin à l'exonération des primes au motif de rupture du lien d'emploi;
210. L'Assureur refuse de communiquer cette information invoquant que ces personnes ne font pas partie du groupe Tremblay ou Beaver;
211. Tremblay et Beaver prétendent que ces adhérents invalides font partie des adhérents invalides visés par les recours et réservent leurs droits pour demander la modification des groupes afin de les inclure, le cas échéant;
212. Tremblay et Beaver se réservent également le droit d'obtenir de l'Assureur les informations concernant les adhérents invalides pour qui il a été mis fin à l'exonération des primes au motif de rupture du lien d'emploi;

**L - EST-CE QUE LES MODIFICATIONS DE MAI 2008 AU CONTRAT 6000 PEUVENT AVOIR UN EFFET RÉTROACTIF ?**

213. Beaver soumet que la réduction de la garantie de l'exonération des primes doit être constatée par une modification écrite du contrat 6000 et que cette obligation découle de l'application des articles 2403, 2404 et 2405 du *Code civil du Québec*;



214. Ces modifications sont constatées dans l'Avenant numéro 6 daté du 18 mai 2008, tel qu'il appert de P-7;
215. L'Assureur ne peut donner un effet rétroactif aux modifications du 18 mai 2008 en indiquant que l'avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 puisque, ce faisant, les articles 2401, 2403, 2404 et 2405 du *Code civil du Québec* n'auraient plus aucune utilité;
216. En voulant donner un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2008 aux modifications diminuant la garantie d'exonération des primes, l'Assureur a contrevenu à des dispositions d'ordre public en matière d'assurance;
217. Les versions P-5, D-1, P-6 et P-18 du contrat 6000 contiennent la disposition suivante à l'article 10 ou 11 :
- « Toute modification que le Comité et l'Assureur conviennent d'apporter à la police, doit, pour être valide, être attestée dans un avenant signé par les signataires autorisés de l'Assureur et du Comité. »;
218. Interpréter cette disposition comme permettant la diminution rétroactive des garanties est déraisonnable;
219. En conséquence, sous réserve des arguments reliés à l'obligation d'information aux adhérents, Tremblay soumet que les modifications du 18 mai 2008 ne peuvent être opposées à l'adhérent devenu invalide avant cette date;

**M - OBLIGATION D'INFORMATION DE L'ASSUREUR À L'ÉGARD DES MODIFICATIONS DU 18 MAI 2008**

220. Pour que les modifications du 18 mai 2008 puissent être opposables aux adhérents qui ne sont pas invalides, il faut que l'Assureur les en informe conformément aux articles 2404 et 2405 du *Code civil du Québec*;
221. L'Avenant numéro 6 (P-7) n'indique pas qu'il est question d'une réduction de la garantie comme le prescrit l'article 2404 du C.c.Q.;
222. Les brochures préparées par l'Assureur à l'intention des adhérents n'indiquent pas non plus qu'il est question d'une réduction de la garantie. Pourtant, l'Assureur qualifie la modification de majeure, tel qu'il appert de PB-9;
223. L'Assureur a le fardeau de prouver qu'il a informé les adhérents de cette diminution de garantie. À défaut de quoi cette diminution de garantie ne peut être opposée aux adhérents valides;



**N - IDENTITÉ DE L'ASSUREUR**

224. Dans sa défense au paragraphe 76, l'Assureur affirme que l'Assureur est « La Capitale assureur de l'administration publique inc. » et nie qu'il y ait confusion pour les adhérents;
225. Pourtant, dans la lettre type que l'Assureur a transmise à chacun des adhérents invalides du groupe pour mettre fin aux couvertures d'assurance, il écrit « La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. demeure l'assureur... », tel qu'il appert de PT-9;
226. Trois ans plus tard, l'Assureur indique la même chose dans la lettre type qu'il a transmise à chacun des adhérents invalides du groupe Beaver pour mettre fin aux couvertures d'assurance, tel qu'il appert de PB-9 et de ladite lettre type communiquée au soutien des présentes sous la cote **PB-33**;

**O - DOMMAGES EXEMPLAIRES**

227. Les effets des agissements et des fautes de l'Assureur sur l'intégrité et sur la dignité des invalides, sa clientèle la plus vulnérable, étaient prévisibles
228. Beaver réitère toutes et chacune de ses affirmations à ce sujet.

**POUR CES MOTIFS, PLAISE AU TRIBUNAL :**

- **FAIRE DROIT** à l'action et à la réponse du demandeur/représentant;
  - **REJETER** la défense de l'Assureur;
- A) **ORDONNER** à l'Assureur de compléter les listes PT-17 et PB-17;
- B) **DÉCLARER** que l'invalidité est le risque couvert par la garantie d'exonération des primes au contrat 6000;
- C) **DÉCLARER** qu'à la survenance de l'invalidité les droits des assurés sont cristallisés ou acquis pour la garantie d'exonération des primes au contrat 6000;
- D) **DÉCLARER** que le contrat 6000 est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 1991;

**Subsidiairement**

**DÉCLARER** que la terminaison du contrat ne peut être opposée aux assurés du contrat 6000 pour mettre fin à l'exonération des primes;



- E) **DÉCLARER** qu'une modification aux représentants de la partie patronale ou aux représentants de la partie syndicale n'affecte pas la durée du contrat 6000;
- F) **DÉCLARER** que l'Assureur doit honorer la garantie d'exonération des primes pour les adhérents des contrats antérieurs;
- G) **DÉCLARER** nulle la clause 9 de D-1, P-6 et P-18 du contrat 6000;

**Subsidiairement**

**DÉCLARER** que la clause 9 de D-1, P-6 et P-18 du contrat 6000 ne permet pas de retirer l'exonération des primes après la survenance de l'invalidité pour des motifs qui n'existaient pas au moment de celle-ci;

- H) **DÉCLARER** que l'Assureur a manqué à son obligation de transmettre des attestations d'assurance aux adhérents;
- I) **DÉCLARER** que l'Assureur n'a pas respecté la Loi sur l'assurance médicaments en retirant la couverture d'assurance maladie de base;

**DÉCLARER** que l'Assureur a engagé sa responsabilité extracontractuelle en retirant la garantie de maladie de base;

**DÉCLARER** que l'Assureur a commis une faute en retirant l'assurance maladie de base aux invalides qui étaient et sont encore à l'emploi :

- J) **DÉCLARER** que les contrats d'assurance autres que le contrat 6000 ne sont pas pertinents pour justifier les décisions de l'Assureur;

**DÉCLARER** que les motifs invoqués par l'Assureur pour retirer la garantie d'exonération des primes engagent la responsabilité extracontractuelle de l'Assureur;

- K) **DÉCLARER** que les assurés invalides à qui l'Assureur a retiré l'exonération des primes au motif de rupture du lien d'emploi sont couverts par les recours collectifs;

- L) **DÉCLARER** que les modifications au contrat 6000 pour mettre fin à l'exonération des primes ne peuvent avoir d'effets rétroactifs;

- M) **DÉCLARER** que l'Assureur a manqué aux prescriptions de la loi en n'informant pas adéquatement les adhérents des réductions de garanties du 18 mai 2008;

**DÉCLARER** que les réductions de garanties du 18 mai 2008 ne sont pas opposables aux adhérents;



- N) **DÉCLARER** que l'Assureur a entretenu la confusion quant à l'identité de l'Assureur;
- O) **DÉCLARER** que les membres du groupe ont droit à des dommages punitifs et exemplaires;

**LE TOUT** avec dépens.

QUÉBEC, le 16 septembre 2011.

  
\_\_\_\_\_  
GAGNÉ LETARTE SENCRL  
Procureurs du Demandeur-représentant



(Recours collectif)  
COUR SUPÉRIEURE  
DISTRICT DE QUÉBEC  
No. 200-06-000110-083

BRUCE BEAVER  
Demandeur/Représentant

c.

LA CAPITALE ASSUREUR DE  
L'ADMINISTRATION PUBLIQUE INC.  
et  
LA CAPITALE ASSURANCES ET  
GESTION DU PATRIMOINE INC.

Défenderesses

Et

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX ET AL.

Intervenants

**RÉPONSE DU  
DEMANDEUR/REPRÉSENTANT À  
LA DÉFENSE DE L'ASSUREUR**  
(ART. 186 C.P.C.)



GAGNÉ LETARTE SENCRL  
AVOCATS

Me Laval Dallaire (N/D: 20595-4)

79, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE EST, BUREAU 400  
QUÉBEC (QUÉBEC) CANADA G1R 5N5  
TÉLÉPHONE: 418 522-7900

TÉLÉCOPIEUR: 418 523-7900  
[www.gagneletarte.qc.ca](http://www.gagneletarte.qc.ca)

Code : BG-0041