

Repères, Décembre, 2022

Vincent CARON*

Commentaire sur la décision Hébert c. Desjardins Sécurité financière – Dommages moraux : de la faute de l'assureur au ressenti de l'assuré

Indexation

ASSURANCES ; PERSONNES ; NATURE ET CARACTÈRE DE L'INVALIDITÉ ASSURÉE ; EXÉCUTION DU CONTRAT

TABLE DES MATIÈRES

[INTRODUCTION](#)

[I– LES FAITS](#)

[II– LA DÉCISION](#)

[III– LE COMMENTAIRE DE L'AUTEUR ET LA CONCLUSION](#)

Résumé

L'auteur commente cette décision dans laquelle la Cour supérieure condamne un assureur à verser 20 000 \$ à titre de dommages moraux à son assuré.

INTRODUCTION

De plus en plus de décisions condamnent les assureurs à verser des dommages moraux à leur assuré. La décision *Hébert c. Desjardins Sécurité financière*¹ accélérera sans doute cette tendance.

I– LES FAITS

L'assuré poursuit l'assureur pour des prestations d'assurance invalidité qu'il prétend avoir droit en vertu d'une assurance collective de type profession propre (Fédération des médecins spécialistes du Québec).

En novembre 2014, l'assuré subit un infarctus du myocarde. L'assuré exerçait alors la profession de médecin dermatologue au sein de sa clinique privée. Contraint à un arrêt de travail, l'assuré dépose une demande de prestations d'assurance et sa réclamation est acceptée. L'assuré réclame maintenant « les prestations d'invalidité totale prévues à sa police d'assurance pour la période du 1^{er} avril 2015 jusqu'à la date du présent jugement, et pour l'avenir »². En regard de la demande déposée par l'assuré, l'assureur reconnaît une invalidité totale pour une période de deux mois. L'assureur est toutefois d'avis qu'il s'agit d'une invalidité partielle temporaire pour la période du 31 mars 2015 au 7 octobre 2015.

L'assuré réclame également des dommages-intérêts compensatoires de 20 000 \$ à titre de préjudice moral occasionné par le traitement de sa réclamation par l'assureur.

II– LA DÉCISION

La question centrale en litige consiste à déterminer si l'incapacité totale et continue de l'assuré découlant de sa maladie, incapacité qui l'empêche d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles, persiste au-delà du 31 mars 2015. L'assuré prétend que oui, alors que l'assureur prétend le contraire. Cette partie de la décision est sans intérêt particulier dans la mesure où dans un premier temps, la Cour rappelle le fardeau de preuve en matière d'assurance invalidité, étudie les définitions contractuelles, rappelle comment la notion juridique de l'invalidité a été interprétée par les tribunaux et comment ce contrat doit être interprété. Après avoir passé en revue la preuve, notamment celle des témoins experts, la Cour détermine que l'impact de l'infarctus sur le fonctionnement de l'assuré l'invalidé.

En soi, la condition cardiaque n'est pas invalidante. Toutefois, depuis l'infarctus, l'assuré éprouve divers problèmes, dont l'étiologie pour plusieurs est de nature psychiatrique. La cause de l'invalidité n'est pas pertinente : l'assuré satisfait les critères de la définition d'invalidité prévue dans la police d'assurance. Le trouble à symptomatologie somatique chronique de l'assuré l'empêche d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles de médecin spécialisé en dermatologie opérant une clinique privée.

Le droit aux prestations d'assurance invalidité de l'assuré présente relativement peu d'intérêt dans cette décision. Les dommages moraux accordés à l'assuré méritent toutefois de s'y attarder. L'assuré réclame une somme de 20 000 \$ à titre de

dommages moraux. Il reproche à l'assureur de ne pas avoir agi avec la plus haute bonne foi dans le traitement de sa réclamation, considérant la nature et la finalité du contrat d'assurance invalidité. En raison du caractère hautement prévisible du préjudice moral découlant de l'inexécution d'un tel contrat, il plaide que des dommages moraux peuvent être octroyés sans la preuve d'une faute de l'assureur, s'appuyant ainsi sur l'article 1613 C.c.Q. et l'arrêt *Fidler* de la Cour suprême³. L'assureur plaide que cet arrêt de common law qui provient à la base de la Colombie-Britannique ne s'applique pas en droit québécois. En conséquence, la preuve d'une faute, autre que le non-respect en soi d'une obligation contractuelle, est nécessaire.

Dans un contrat commercial, la souffrance morale pouvant découler d'une violation du contrat n'est généralement pas un dommage prévisible⁴. Il en va autrement de la violation d'un contrat ayant pour objet d'assurer un avantage psychologique particulier, telle la sécurité d'esprit. Pour ce faire, le créancier doit prouver que :

- 1) le contrat visait à assurer un avantage psychologique et que sa violation a causé une souffrance morale raisonnablement prévisible par les parties lors de sa formation ; et
- 2) sa souffrance morale est suffisamment intense pour justifier une indemnisation⁵.

Il convient de reproduire les passages suivants de la décision :

[123] Or, un contrat qui stipule qu'en contrepartie du paiement des primes, l'assureur versera des prestations à un assuré en cas d'invalidité ne constitue pas un simple contrat commercial. Il s'agit plutôt d'un contrat procurant des avantages matériels, comme des paiements, et des avantages immatériels, comme l'assurance d'une sécurité de revenu en cas d'invalidité. Si l'assuré devient invalide et l'assureur fait défaut de verser les prestations prévues par la police, ce dernier porte atteinte à cette expectative raisonnable de sécurité.

[124] La souffrance morale est une conséquence que les parties au contrat d'assurance-invalidité peuvent raisonnablement prévoir advenant un défaut de versement des prestations prévues. L'avantage immatériel que procure un tel contrat est la perspective pour une personne de continuer à jouir d'une sécurité financière lorsque l'invalidité l'empêche de travailler et, donc, de gagner un revenu. La pression financière s'ajoutant à la perte de son travail et à l'invalidité va vraisemblablement accroître l'angoisse et le stress de l'assuré.

[125] C'est précisément pour se protéger contre cette insécurité et ce stress financiers et émotionnels que les gens souscrivent des polices d'assurance-invalidité.
(Références omises)

La Cour effectue ensuite une revue de la jurisprudence québécoise, laquelle démontre une certaine ouverture à l'application des principes élaborés par la Cour suprême dans l'arrêt *Fidler*. Appliquant les deux critères préalablement dégagés, la Cour conclut que la conduite de l'assureur, jumelée à la détresse morale éprouvée par l'assuré et consécutive à ses agissements, justifient l'octroi de 20 000 \$ à titre de dommages moraux.

Après avoir reconnu l'invalidité totale de l'assuré, l'assureur informe par la suite l'assuré qu'il cesse de le reconnaître invalide. Le principal accroc est qu'en aucun temps avant l'introduction des procédures, l'assureur ne fournit de motifs détaillés de refus à l'assuré, malgré ses demandes claires et précises en ce sens. Avant l'institution des procédures, l'assureur n'a pas examiné les causes des symptômes rapportés par l'assuré et l'impact de ceux-ci sur sa capacité à accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles. L'assureur a pourtant l'obligation contractuelle de gérer les réclamations de bonne foi et de manière objective avec une enquête complète. L'opacité de son processus décisionnel et l'absence de motivations de sa décision ont obligé l'assuré à poursuivre. L'assureur n'a même pas informé l'assuré qu'il y avait un mécanisme d'appel ou de révision, alors que ce dernier l'avait pourtant demandé.

Enfin, la souffrance morale causée à l'assuré par la violation du contrat est suffisamment intense pour justifier une indemnisation. La décision intempestive de l'assureur de cesser le versement des prestations a causé une détresse réelle à l'assuré, lequel a vécu cette décision comme une trahison et un empoisonnement de sa vie⁶.

III- LE COMMENTAIRE DE L'AUTEUR ET LA CONCLUSION

Au-delà de l'interprétation de la couverture d'assurance invalidité de type profession propre qui est faite, la décision est intéressante à deux niveaux. Premièrement, le processus de réclamation : l'assureur a le droit d'enquêter, mais ce qui était avant tout un droit est devenu progressivement un devoir pour l'assureur⁷. Son enquête est alors paramétrée par la loi et les critères développés par les tribunaux. En effet, l'assureur doit traiter la réclamation avec professionnalisme. Il a d'ailleurs « une obligation de diligence et de loyauté dans la conduite de son enquête et dans le traitement de la réclamation de son assuré »⁸. L'assureur doit jouer franc-jeu. S'il a des doutes, il doit s'enquérir de la version des faits de l'assuré à ce sujet⁹. Les tribunaux exigent que l'assureur effectue sérieusement les vérifications nécessaires¹⁰. À ce sujet, « [l]es standards que l'assureur doit rencontrer doivent être aussi élevés que la confiance dont un assuré fait preuve à son égard en contractant et en lui payant une protection d'assurance »¹¹. Par ailleurs, l'article 50 de la *Loi sur les assureurs*¹² prévoit :

50. Un assureur autorisé doit suivre de saines pratiques commerciales.

Dans l'exercice des activités d'institution financière de l'assureur, ces pratiques comprennent le traitement équitable de sa clientèle, notamment par :

1° la communication d'une information adéquate ;

2° l'adoption d'une politique portant sur le traitement des plaintes dont les auteurs font partie de cette clientèle ainsi que sur le règlement des différends avec ces derniers ;

3° la tenue d'un registre des plaintes.

Au-delà de la conformité réglementaire surveillée par l'AMF, l'assureur a intérêt à traiter de façon professionnelle et sérieuse le dossier de l'assuré. En effet, un refus d'indemniser erroné est sans conséquence pour l'assureur lorsque le dossier a été traité de façon professionnelle et sérieuse¹³. Plusieurs facteurs peuvent justifier un refus erroné : la complexité de la question en litige¹⁴, la nouveauté de la question¹⁵, le caractère inusité des biens volés¹⁶, les réticences et les contradictions de l'assuré¹⁷ ainsi que le défaut de collaboration de l'assuré ou de ses mandataires¹⁸. Ainsi en est-il lorsque l'assureur requiert une preuve médicale complémentaire en l'absence d'un diagnostic précis d'invalidité et que l'assuré n'y donne pas suite¹⁹.

Alors que le défaut de traiter de façon professionnelle et sérieuse la réclamation était sanctionné par les dépens (ou le refus de les octroyer à l'assureur)²⁰, il est de plus en plus sanctionné par l'octroi de dommages moraux à l'assuré²¹. Il s'agit d'ailleurs du deuxième intérêt de la décision commentée. Alors que la faute de l'assureur était la condition primordiale d'une telle demande, l'analyse tend à se détourner de la faute pour se concentrer davantage sur la perception de l'assuré. Règle générale, un refus erroné ne sera pas nécessairement générateur d'une obligation de réparer le dommage ainsi créé. En effet, pour donner droit à des dommages, l'inexécution d'une obligation contractuelle doit s'accompagner d'une faute. En théorie, « [l]e fait pour l'assureur de ne pas respecter ses obligations contractuelles n'amène pas une condamnation pour [dommages et intérêts pour perte de temps et inconvénients] dans un cadre extracontractuel, sans une démonstration précise d'une faute qui repose sur d'autres bases que celles qui découlent du fait de ne pas respecter son obligation contractuelle »²².

Par le passé, plusieurs décisions ont refusé d'octroyer des dommages moraux au motif que l'assureur n'avait pas commis d'abus de droit et qu'il était de bonne foi. L'étude de la jurisprudence des dernières années affiche un net assouplissement des conditions d'octroi de dommages en faveur des assurés. Plus encore, la notion de faute, dans ce contexte précis, s'avère quelque peu artificielle ou encore, le pas à franchir pour en commettre une s'effectue dorénavant beaucoup plus rapidement. En effet, de plus en plus, des dommages sont attribués sans que la Cour qualifie de fautive la conduite de l'assureur. À huit occasions, la Cour du Québec concluait lapidairement ainsi : « Le Tribunal est d'avis que [l'assuré] a aussi droit à une compensation pour les troubles, ennuis et inconvénients qu'il a vécus depuis que l'assureur a refusé de l'indemniser »²³, « [le Tribunal...] accorde 5 000 \$ en dommages pour les nombreux inconvénients occasionnés par les délais d'AXA Assurances et la mauvaise publicité occasionnée par son enquête »²⁴ et « [l'assuré] aura droit à une somme de 150 \$ pour les troubles et inconvénients. En effet, le Tribunal s'explique mal pourquoi [l'assureur] a entretenu le mystère sur la façon qu'[il] évaluait la perte subie par [l'assuré] »²⁵ sans même aborder la question de la faute de l'assureur²⁶. Dans une autre décision, la Cour du Québec octroyait à l'assuré 1 000 \$ « à titre de dommages pour troubles, ennuis et inconvénients, vu le caractère déraisonnable de la décision de Intact de ne pas indemniser »²⁷. À une occasion, l'assureur fut condamné à verser 2 000 \$ à l'assuré en raison d'un refus de couverture jugé « injustifié »²⁸, mais non qualifié de fautif. Enfin, la Cour supérieure condamnait un assureur à verser 25 000 \$ à titre de dommages moraux aux assurés, sans pour autant qualifier les délais et le refus d'indemniser de fautifs ou d'abusifs²⁹.

Le même phénomène se produit dans la présente décision commentée où l'assureur est tenu de verser des dommages moraux sans que la Cour mentionne explicitement que l'assureur a commis une faute, soit que son comportement représente un écart marqué par rapport au comportement qu'aurait eu un assureur raisonnable placée dans les mêmes circonstances. La Cour traite du processus de réclamation et effectue certains reproches à cet égard, mais en aucun moment elle affirme catégoriquement que l'assureur a commis une faute. La Cour relate davantage la perception subjective de l'assuré :

[145] **Bouleversé**, il écrit à DSF pour comprendre et pose diverses questions. Il ne reçoit aucune réponse, sauf un appel téléphonique de madame Geneviève Morissette de DSF. **Il ressent** de l'humiliation et de la rage lorsqu'elle lui affirme que le travail d'un dermatologue est moins exigeant que celui d'un urgentologue. **Il se dit** furieux, fâché, dénigré et insulté.

[146] **Il se sent** trahi. **Il qualifie** le geste d'ignoble et **se sent** comme un animal blessé. **Il décrit** avoir vécu un stress énorme. Il puise dans ses économies.

[147] La preuve médicale confirme l'intensité de la souffrance morale. Notamment, Dr Kennedy rapporte le stress causé par les finances. Le traitement du dossier **le fatigue** à un point tel que la simple lecture d'une expertise nécessite la prise de Nitro. Dr Laliberté explique qu'un tel refus constitue un facteur de stress pour tout le monde, mais encore plus chez une personne comme Hébert. Un tel refus augmente son anxiété.
(Nos caractères gras)

Cet extrait démontre bien que l'intégration de l'arrêt *Fidler* en droit civil a pour effet de mettre de côté la faute, l'analyse se concentrant dorénavant sur l'inexécution contractuelle de l'assureur et le dommage qui en découle pour l'assuré, son

ressenti. En comparaison des dommages moraux octroyés par le passé aux assurés, la somme de 20 000 \$ attribué dans la décision commentée est considérable.

Décision	Dommages moraux	Dommages autres	Dommages punitifs
<i>Seyer c. La Capitale assurances générales inc.</i> , 2022 QCCS 81, EYB 2022-421868	5 000 \$		
<i>Larochelle c. Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances</i> , 2020 QCCQ 2786, EYB 2020-357289	4 000 \$		1 000 \$
<i>Pronovost c. Intact, compagnie d'assurances</i> , 2019 QCCQ 4335	2 500 \$		
<i>King c. Industrielle Alliance, assurances et services financiers</i> , 2018 QCCS 2324, EYB 2018-294831	25 000 \$		
<i>Hétu c. La Capitale Assureur de l'administration publique inc.</i> , 2018 QCCQ 9114	10 000 \$ (réduit à 8 207 \$ pour des questions de compétence)		
<i>Quesnel c. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance-vie</i> , 2017 QCCQ 3074	2 500 \$		
<i>Hamer c. Compagnie d'assurances habitation et auto TD</i> , 2015 QCCS 4142, EYB 2015-256351	Assuré 1 : 20 000 \$ Assuré 2 : 5 000 \$		
<i>Eggsotique Café inc. c. Promutuel Lanaudière, société mutuelle d'assurances générales</i> , 2015 QCCS 178, EYB 2015-247445	10 000 \$		
<i>Touchette c. Oppenheim</i> , 2014 QCCS 6039, EYB 2014-245758	10 000 \$ soucis, incertitude et stress	50 000 \$ perte pécuniaire	
<i>Cayer c. Pafco, compagnie d'assurances</i> , 2014 QCCQ 3536, EYB 2014-236979	10 000 \$ trouble et inconvénients	3 436,55 \$ frais d'intérêt sur le remboursement d'un prêt automobile	
<i>Bullock c. Compagnie mutuelle d'assurances Wawanesa</i> , 2014 QCCQ 1060, EYB 2014-233737	2 000 \$		
<i>Brouard c. Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie</i> , 2014 QCCQ 1358, EYB 2014-234177	2 000 \$		

<i>S.L. c. Compagnie A</i> , 2012 QCCS 1838, EYB 2012-205972	25 000 \$		
<i>M.C. c. Industrielle Alliance ass. & services financiers inc.</i> , 2011 QCCQ 4305, EYB 2011-190496	2 000 \$ (stress et inquiétude)	8 000 \$: honoraires extrajudiciaires (abus d'ester en justice)	
<i>Bergeron c. Promutuel Lac St-Pierre – Les Forges</i> , 2010 QCCQ 5595, EYB 2010-176097	2 000 \$	5 000 \$: honoraires et débours extrajudiciaires	10 000 \$ (art. 4 et 6 de la Charte) Art. 54.1 C.p.c.
<i>Tremblay c. Compagnie d'assurances Standard Life</i> , 2008 QCCS 2488 Conf. par : <i>Compagnie d'assurances Standard Life c. Tremblay</i> , 2010 QCCA 933, EYB 2010-173824	Assuré : 70 000 \$ Conjointe : 25 000 \$ Enfant 1 : 1 500 \$ Enfant 2 : 1 500 \$	26 754,25 \$ à titre d'honoraires extrajudiciaires et déboursés reliés à l'arbitrage	Filature 1 : 10 000 \$ Filature 2 : 10 000 \$ Filature 3 : 15 000 \$ Filature 4 : 20 000 \$ Filature 5 : 20 000 \$ Qualifier l'assuré de manipulateur : 25 000 \$ Total : 100 000 \$
<i>Veilleux c. Compagnie d'assurance-vie PennCorp</i> , 2008 QCCA 257, EYB 2008-129355 ; <i>Veilleux c. Compagnie d'assurance-vie PennCorp</i> , 2006 QCCS 5159, EYB 2006-110305	Assuré : 5 000 \$ Fils de l'assuré : 2 500 \$		Filature 2 : 25 000 \$ Filature 3 : 100 000 \$ Total : 125 000 \$ Art. 5 de la Charte
<i>Tellier c. Cie mutuelle d'assurance Wawanesa</i> , 2005 CanLII 13480 (QC C.Q.)	2 500 \$		5 000 \$ Art. 4 de la Charte

* M^e Vincent Caron est avocat et professeur agrégé à la Faculté de droit (Section de droit civil) de l'Université d'Ottawa.

[1.](#) 2022 QCCS 1886, [EYB 2022-450997](#) ; déclaration d'appel, C.A. Montréal, 500-09-030115-224, 29 juin 2022.

[2.](#) Par. 8 de la décision commentée.

[3.](#) *Fidler c. Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie*, 2006 CSC 30, [2006] 2 R.C.S. 3, [EYB 2006-107056](#).

[4.](#) Par. 119 de la décision commentée.

[5.](#) Par. 120 de la décision commentée.

[6.](#) Par. 144 de la décision commentée.

[7.](#) *Labonté c. Promutuel Val St-François*, 2003 CanLII 29109 (QC C.Q.).

[8.](#) *Ibid.*, par. 100.

[9.](#) *Desrochers c. Assurances générales des caisses Desjardins inc.*, 2004 CanLII 349, [EYB 2004-55461](#) (QC C.S.).

[10.](#) *Barrette c. Union canadienne (L')*, compagnie d'assurances, 2013 QCCA 1687, [EYB 2013-227285](#).

[11.](#) *Labonté c. Promutuel Val St-François*, 2003 CanLII 29109 (QC C.Q.), par. 105.

[12.](#) *Loi sur les assureurs*, RLRQ, c. A-32.1.

- 13.** 9197-5029 Québec inc. c. Federated, compagnie d'assurances du Canada, 2014 QCCS 4825, [EYB 2014-243158](#) ; R.W. c. Industrielle Alliance, 2011 QCCS 3314, [EYB 2011-192859](#).
- 14.** Gilbert c. Assurances Groupe Axa, 2016 QCCS 2317, [EYB 2016-265935](#).
- 15.** Vallière c. Unique (L'), compagnie d'assurances, 2007 QCCS 4518, [EYB 2007-124416](#) ; voir Leconte c. Intact Assurances, 2015 QCCS 2601, [EYB 2015-253198](#).
- 16.** Lavoie c. Assurances générales des Caisses Desjardins, 2006 QCCS 1628, [EYB 2006-103061](#) ; voir aussi Mouradian c. Wawanesa Mutual Insurance Company, 2017 QCCQ 10773 ; Couture c. Compagnie mutuelle d'assurance Wawanesa, 2005 CanLII 48391 (QC C.Q.), par. 11 : « il est intéressant de noter quelques-uns des vêtements déclarés volés : douze paires de bas, quinze sous-vêtements de type "string", des soutiens-gorges, des bas de nylon ! ».
- 17.** R.W. c. Industrielle Alliance, 2011 QCCS 3314, [EYB 2011-192859](#).
- 18.** Lebel c. Industrielle Alliance, assurances et services financiers inc., 2014 QCCS 4198, [EYB 2014-241740](#).
- 19.** P.W. c. Compagnie d'assurance-vie Croix Bleue du Canada, 2011 QCCS 4621, [EYB 2011-195250](#).
- 20.** Giguère c. Desjardins Assurances générales, 2009 QCCQ 2737 ; Ricard c. Sécurité nationale, compagnie d'assurances, 2008 QCCQ 4891 ; Desjardins c. Smith, 2004 CanLII 45936, [REJB 2004-71950](#) (QC C.S.) (83 297,54 \$) ; Groupe Anderson inc. c. Euler Hermes Canada, 2017 QCCS 4509, [EYB 2017-285501](#) (10 000 \$) ; voir aussi Cohen c. Lloyd's Underwriters, 2019 QCCS 826, [EYB 2019-308487](#), où la Cour condamne l'assureur à verser 55 000 \$ afin de rembourser les honoraires extrajudiciaires de l'assuré.
- 21.** Voir Vincent CARON, « Commentaire sur la décision Bédard Martin c. Intact compagnie d'assurance – "L'objet du contrat d'assurance est la tranquillité d'esprit" : une révolution à venir ? », dans Repères, avril 2022, *La référence*, [EYB2022REP3417](#) ; Vincent CARON, « Commentaire sur la décision Seyer c. La Capitale assurances générales inc. – Demeurer trop ferme sur sa position peut équivaloir à un bris de contrat exposant l'assureur à des dommages compensatoires en faveur de l'assuré », dans Repères, juin 2022, *La référence*, [EYB2022REP3443](#) ; Vincent CARON, « Commentaire sur la décision Leroux c. Compagnie d'assurances Combined d'Amérique – Contrairement à Revenu Canada, l'assureur ne peut ignorer sa correspondance », dans Repères, avril 2021, *La référence*, [EYB2021REP3253](#) ; Vincent CARON, « Commentaire sur la décision Deom c. Desjardins, Assurances générales – Une blague qui coûte cher à un assureur », dans Repères, janvier 2021, *La référence*, [EYB2021REP3200](#) ; Vincent CARON, « Commentaire sur la décision Laroche c. Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances – L'assureur doit accomplir son devoir d'enquête avec impartialité », dans Repères, septembre 2020, *La référence*, [EYB2020REP3145](#).
- 22.** Ste-Marie c. Cie d'Assurance-vie Manufacturers, 2009 QCCS 701, [EYB 2009-155468](#), par. 195.
- 23.** Léger c. Axa Assurances inc., 2013 QCCQ 15764, [EYB 2013-231113](#), par. 134.
- 24.** Gareau Auto inc. c. Major, 2002 CanLII 10985 (QC C.Q.), par. 20.
- 25.** Roussel c. Union canadienne, Cie d'assurances, 2005 CanLII 25002 (QC C.Q.), par. 19.
- 26.** Lavoie c. Intact Assurances, 2017 QCCQ 11126, par. 65 ; Bullock c. Compagnie mutuelle d'assurances Wawanesa, 2014 QCCQ 1060, [EYB 2014-233737](#), par. 69 ; Luis c. Sigma Assistel inc. (Solis Travel Insurance), 2018 QCCQ 672, par. 21.
- 27.** 9257-5133 Québec inc. (Mr. Fab) c. Intact Assurances, 2018 QCCQ 2657, par. 31.
- 28.** Croisetière c. Axa Assurances inc., 2010 QCCQ 4747, par. 27.
- 29.** Hamer c. Compagnie d'assurances habitation et auto TD, 2015 QCCS 4142, [EYB 2015-256351](#) ; de même, dans la décision Brousseau c. Promutuel Lanaudière, société mutuelle d'assurances générales, 2007 QCCQ 13495, [EYB 2007-127681](#), la Cour accorde 1 000 \$ à titre de dommages nominaux sans discuter de la faute ni du dommage.
- Date de dépôt : 13 décembre 2022