



Commission des  
services financiers  
de l'Ontario

**Rapport sur l'examen quinquennal de  
l'assurance-automobile  
Mars 31 2009**

<b>Résumé</b>	<b>2</b>
<b>Recommandations</b>	<b>2</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>16</b>
<b>2. Contexte</b>	<b>16</b>
2.1 Réformes antérieures de l'assurance-automobile	16
2.2 Processus d'examen	18
<b>3. Abordabilité et disponibilité</b>	<b>19</b>
3.1 Rentabilité de l'industrie	19
3.2 Tendances au chapitre des primes et des coûts	20
3.3 Disponibilité	22
<b>4. Protection du consommateur</b>	<b>22</b>
4.1 Complexité du régime des indemnités d'accident	22
4.2 Formulaires de demande d'indemnités d'accident	24
4.3 Règles relatives à la détermination de la responsabilité	25
4.4 Pratiques de soumission de prix pour l'assurance-automobile	27
4.5 Différends entre assureurs	29
4.6 Responsabilité du fait d'autrui	31
<b>5. Annexe sur les indemnités d'accident légales</b>	<b>32</b>
5.1 Définition de « déficience invalidante »	32
5.2 Évaluations et examens	34
5.3 Accès au traitement	46
5.4 Indemnités de soins auxiliaires	52
5.5 Honoraires des fournisseurs de soins de santé	55
5.6 Autres indemnités d'accident	57
5.7 Interaction entre l'AIAL et la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail	60
<b>6. Délit civil</b>	<b>61</b>
6.1 Seuil lexical	62
6.2 Franchises	63
6.3 Autres réformes proposées en matière de délit civil	65
<b>7. Règlement des différends à la CSFO</b>	<b>65</b>
7.1 Paiement des rapports d'experts	66
7.2 Rapports sur les coûts des soins à venir	68
<b>8. Autres questions</b>	<b>70</b>
8.1 Indemnités accessoires	70
8.2 Demandeurs gravement blessés	71
8.3 Sensibilisation du public	73
8.4 Organismes de transport en commun	74
8.5 Cybercommerce	76
8.6 Réglementation tarifaire	77
8.7 Primes fondées sur la méthode de distribution	78
8.8 Moment des examens futurs	78
<b>Annexes</b>	<b>80</b>
Annexe A	80
Annexe B	83



## Rapport sur l'examen quinquennal de l'assurance-automobile

### Résumé

En 2003, l'Assemblée législative a modifié la *Loi sur les assurances* (la Loi) afin d'inclure à l'article 289.1 une exigence selon laquelle le surintendant des services financiers doit procéder à l'examen de la Partie VI de la Loi et de ses règlements d'application au moins tous les cinq ans ou plus souvent à la demande du ministre des Finances. Le surintendant doit faire connaître ses recommandations afin d'améliorer l'efficacité et l'administration de la Partie VI de la Loi et de ses règlements d'application. La Partie VI de la Loi et ses règlements d'application comprennent les indemnités d'accident légales, les instances judiciaires et le règlement des différends.

La Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) a entrepris un processus de consultation des intervenants au second semestre de 2008 à l'appui du processus d'examen de l'assurance-automobile. De plus, les intervenants tiennent régulièrement la CSFO au courant de nombreuses questions. Les opinions qu'expriment les intervenants représentent une multitude d'expériences et de points de vue. De nombreuses recommandations de ce rapport découlent des commentaires reçus dans le cadre du processus de consultation.

Ces dernières années, le secteur de l'assurance IARD n'a pas connu de problème de rentabilité au Canada ou en Ontario. Toutefois, les résultats financiers du secteur IARD ont fléchi en 2008. Après les réformes de l'assurance-automobile en 2003, les coûts des sinistres ont chuté en 2004. Ces coûts ont augmenté depuis, entraînant un mouvement à la hausse des tarifs qui a été approuvé par la CSFO en 2008. Toutefois, les hausses tarifaires n'ont pas suivi celles des coûts des sinistres et le secteur de l'assurance signale une importante insuffisance des taux au sein du système. La diminution de la rentabilité, le recul important des bénéficiaires et l'augmentation des coûts des sinistres s'accroîtront en 2009 en l'absence de changements structurels pour stabiliser les coûts.

### Recommandations

Presque chaque intervenant a souligné la complexité du régime actuel des indemnités d'accident et le fardeau réglementaire que l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL) a créé. Ironiquement, de nombreux intervenants ont proposé des procédures supplémentaires pour régler les problèmes de non-conformité et les abus du système, qui rendraient inévitablement ce dernier encore plus complexe.



**Recommandation n°1 : Lorsqu'on déterminera le bien-fondé de tout changement réglementaire futur, il y aurait lieu de se demander si un changement augmenterait la complexité et le fardeau réglementaire. Il devrait y avoir une raison impérieuse pour apporter un changement qui accroîtrait la complexité du régime des indemnités d'accident.**

**Recommandation n°2 : Revoir l'AIAL pour déterminer les dispositions qui :**  
**a) sont trop complexes et pourraient être simplifiées sans modifier la finalité du règlement, b) sont essentiellement inefficaces et pourraient être abolies sans modifier l'incidence du règlement.**

De nombreux fournisseurs de soins de santé signalent que des patients leur demandent de les aider à remplir leurs formulaires de demande d'indemnités d'accident. Le nombre de formulaires que l'AIAL requiert a créé un fardeau bureaucratique inutile pour les demandeurs, les experts en sinistres et autres participants au régime d'assurance-automobile.

**Recommandation n°3 : Retenir les services d'un expert-conseil en formulaires afin d'aider la CSFO et les intervenants à simplifier le processus de demande et à réviser les formulaires qui devraient d'abord être mis à l'essai auprès des consommateurs.**

Les consommateurs n'ont jamais entièrement compris les règles relatives à la détermination de la responsabilité (RRDR) ou ne se sont jamais sentis à l'aise à l'égard de celles-ci. Il découle une certaine confusion autour de la notion selon laquelle une personne responsable à 50 % représente la moitié du risque d'une personne responsable à 100 %, notion qui n'est pas appuyée par les données actuarielles de l'industrie. Le pourcentage de responsabilité sert à déterminer la garantie qui est utilisée pour réparer les véhicules endommagés plutôt que d'évaluer le risque. Certains territoires de compétence au Canada et aux États-Unis protègent les consommateurs contre les hausses tarifaires lorsqu'ils sont seulement en partie responsables en deçà d'un seuil précis.

**Recommandation n°4 : Aucun élément d'un système de classement des risques ne devrait utiliser les sinistres antérieurs pour lesquels un conducteur est responsable dans une mesure de 25 % ou moins.**

L'article 128 de la Loi prévoit un mécanisme de règlement des différends relatifs aux dommages matériels. La disposition précise que les deux parties doivent accepter de prendre part à ce processus. Autrement, la contestation de la décision d'un assureur devant les tribunaux est le seul mécanisme dont disposent les consommateurs.



**Recommandation n°5 : Énoncer des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires qui établiraient des normes de communication de l'information sur le processus de détermination de la responsabilité et la façon de la contester.**

**Recommandation n°6 : Imposer aux assureurs le processus d'évaluation actuel prévu à l'article 128 de la Loi en ce qui a trait aux demandes de règlement pour dommages matériels si le consommateur préfère ce processus plutôt que de s'adresser aux tribunaux.**

En 2005, le gouvernement de l'Ontario a modifié le Règlement 664 en ajoutant certains renseignements financiers et autres facteurs relatifs au « style de vie » à la liste existante de critères de souscription et de classification des risques qui sont expressément interdits. Toutefois, le règlement n'interdit pas aux assureurs de poser de telles questions. Des intervenants ont exprimé leur inquiétude relativement au fait que l'on se sert de certaines pratiques de soumission de prix pour contrecarrer la finalité des interdictions actuelles.

La CSFO a publié un bulletin enjoignant aux compagnies d'assurance de ne pas utiliser de critères interdits aux fins de tarification (p. ex., des critères relatifs à la situation économique, personnelle ou sociale d'un consommateur) afin de refuser de fournir des prix, de gêner ou de retarder les efforts d'un consommateur qui désire obtenir une couverture d'assurance ou obtenir un prix, ou pour appliquer un traitement différentiel aux consommateurs au cours du processus de soumission de prix et de demande. On pourrait également envisager la possibilité de créer une interdiction explicite dans le Règlement de l'Ontario 7/00 (actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers).

**Recommandation n°7 : Songer à interdire les pratiques de soumission de prix répréhensibles, y compris les délais de soumission, le fait d'exiger des demandes de prix écrites et certaines techniques de sélection.**

Le Règlement de l'Ontario 283/95 a été adopté en 1995 afin de faire en sorte que les demandeurs reçoivent les indemnités d'accident en temps opportun pendant que les différends entre les assureurs sur la responsabilité du paiement d'une demande en particulier sont en cours de règlement. Malgré ce règlement, qui prévoit l'obligation pour l'assureur de verser les indemnités, un certain nombre de différends, d'instances judiciaires et de divergences d'interprétation ont entraîné des délais dans le paiement des indemnités aux demandeurs.

**Recommandation n°8 : Le Règlement 283/95 devrait être modifié afin qu'il soit plus difficile pour les assureurs de détourner les demandes de règlement et afin de veiller à ce que les demandeurs reçoivent les indemnités d'accident pendant que la question de la responsabilité d'un sinistre est résolue.**



Les modifications que prévoit le projet de loi 18 limitent la responsabilité du fait d'autrui des sociétés de crédit-bail et de location en ce qui concerne les demandes d'indemnisation qui découlent de l'utilisation d'un véhicule loué à un million de dollars dans la plupart des cas et étendent la couverture des véhicules loués uniquement à ceux dont le poids nominal brut (PNBV) est de moins de 4 500 kg. Cela crée un écart de couverture pour les consommateurs qui sont titulaires d'une police, mais qui désirent louer un véhicule dont le PNBV est plus élevé.

**Recommandation n°9 : Le surintendant a l'intention de modifier la FPO 1 de façon à prévoir une couverture limitée pour les véhicules dont le PNBV est de plus de 4 500 kg.**

D'importants événements se sont produits depuis l'adoption de la définition de « déficience invalidante » en 1996. Des décisions judiciaires ont élargi la définition afin d'abolir les inégalités perçues, mais, ce faisant, elles ont exposé le système à des abus possibles. La plupart des intervenants continuent d'appuyer le concept de deux paliers d'indemnités selon la gravité des blessures. Toutefois, l'intégrité du modèle dépend d'une définition claire et équitable de « déficience invalidante ».

**Recommandation n°10 : D'autres consultations avec des experts en la matière sont nécessaires afin de modifier la définition de « déficience invalidante ». Cet examen devrait avoir pour but de veiller à ce que les victimes d'accident les plus gravement blessées soient traitées équitablement.**

Les intervenants semblent s'entendre sur le fait que l'utilisation excessive des évaluations dans le système de l'assurance-automobile pose un problème. Le Bureau d'assurance du Canada (BAC) a fait valoir qu'en 2007, selon les pertes subies (indemnités versées et réserves), une somme supplémentaire de 60 à 80 cents a été dépensée en évaluations pour chaque dollar consacré aux traitements. Les assureurs peuvent recevoir de nombreuses demandes d'évaluation relatives aux plans de traitement, aux attestations et formulaires à remplir et aux demandes d'indemnités. On a laissé entendre que les experts en sinistres demandent souvent un examen afin de gagner du temps, ce qui ne fait qu'augmenter les coûts de transaction, la bureaucratie et les délais.

**Recommandation n°11 : Les dépenses d'évaluation en vertu de l'article 24 devraient être assujetties au même maximum et aux mêmes délais que ceux qui s'appliquent aux frais médicaux et de réadaptation en vertu de l'article 19 de l'AIAL.**

**Recommandation n°12 : Les frais demandés pour remplir les formulaires, y compris toute évaluation requise, devraient être plafonnés à 200 \$. Le coût de toutes les autres évaluations devrait être plafonné à 2 000 \$.**



**Recommandation n°13 : Le délai accordé aux experts en sinistres pour examiner les demandes d'évaluation devrait être le même que celui qui s'applique aux plans de traitement (10 jours ouvrables) pour permettre le traitement approprié des demandes de règlement.**

Le BAC signale que le nombre d'évaluations à domicile a également augmenté et que les assureurs assument le coût supplémentaire lié aux déplacements des fournisseurs. Les fournisseurs qui examinent les demandes d'évaluation à domicile au nom des assureurs ont fait savoir qu'ils avaient également observé une augmentation de ces évaluations à l'appui d'une demande de traitement, de prestations de réadaptation, d'indemnités de soins auxiliaires, de frais d'entretien du logement et d'indemnités de soignant.

**Recommandation n°14 : L'accessibilité aux évaluations à domicile devrait être réservée aux demandeurs qui sont gravement blessés et devrait servir uniquement à évaluer leurs besoins en matière de services d'auxiliaires et de modifications de la résidence.**

L'approbation préalable n'a pas été un moyen efficace de freiner l'utilisation des évaluations. Tout professionnel de la santé réglementé ou travailleur social peut soumettre une demande d'évaluation et l'assureur doit y répondre. Il y a un manque de responsabilisation dans le système qui peut mener à de multiples évaluations ainsi qu'au double emploi et à un traitement fragmenté.

La CSFO a conclu que le fait d'avoir un seul professionnel de la santé pour diriger la réadaptation du demandeur et demander des évaluations, plutôt que d'avoir de nombreux professionnels, assure le contrôle et fait en sorte qu'une seule personne puisse répondre aux questions du demandeur et de l'expert en sinistres en ce qui a trait à la pertinence des évaluations proposées.

**Recommandation n°15 : Songer à faire remplir les demandes d'évaluation seulement après qu'une recommandation a été effectuée par le professionnel de la santé qui est principalement responsable de la réadaptation du demandeur (un médecin de famille dans la plupart des cas). Les demandes d'évaluation continueraient d'être soumises par les fournisseurs après une recommandation.**

Les intervenants ont exprimé leur inquiétude en ce qui concerne la qualité des rapports d'examen et les compétences des fournisseurs qui effectuent les examens exigés par les assureurs. Ces examens servent à répondre aux demandes d'indemnités ou à déterminer si un demandeur a droit à une indemnité ou continue d'y avoir droit.



**Recommandation n° 16 : Les associations professionnelles en soins de santé et le secteur de l'assurance devraient élaborer conjointement des normes relatives aux examens médicaux effectués par des tiers et déterminer les compétences des évaluateurs. La CSFO faciliterait le processus.**

Les évaluations servant à déterminer les déficiences invalidantes semblent poser plus de problèmes sur les plans du coût et de la qualité. Des intervenants ont laissé entendre qu'on avait recouru à des évaluateurs non qualifiés, ce qui se traduit par des tarifications inexactes, des différends et des évaluations supplémentaires, ce qui accroît les coûts du système. La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) effectue une analyse analogique et verse aux évaluateurs, qui sont principalement des médecins ayant reçu une formation spécialisée, des honoraires fixes beaucoup moins élevés pour le temps consacré au travailleur blessé, à l'examen de la documentation et à l'établissement d'un rapport.

**Recommandation n° 17 : Restreindre la capacité d'évaluer les déficiences invalidantes aux praticiens ayant une formation et une expérience pertinentes.**

Les examens qu'exigent les assureurs demeurent une partie litigieuse du système d'indemnités d'accident et un irritant pour les demandeurs, les fournisseurs de soins et les représentants. Ces examens s'ajoutent également aux coûts élevés de transaction du système. Tout comme les assureurs aimeraient que les évaluations en vertu de l'article 24 de l'AIAL diminuent, les demandeurs accueilleraient volontiers une réduction du nombre d'exams en vertu de l'article 42. Le plafonnement des coûts des examens exigés par les assureurs établirait un juste équilibre au sein du système si le coût des évaluations était plafonné, ce qui est également recommandé.

**Recommandation n° 18 : Le coût des examens exigés par les assureurs devrait être plafonné à 2 000 \$.**

**Recommandation n° 19 : Accorder une certaine discrétion aux experts en sinistres en ce qui concerne l'examen des demandes d'évaluation et de traitement et modifier le Règlement de l'Ontario 7/00 en fonction des modifications éventuellement apportées à l'AIAL.**

L'ajout des évaluations en vertu de l'article 42.1 avait pour objet d'aider les demandeurs à examiner les questions soulevées à la suite d'un examen exigé par l'assureur dans le cadre d'un différend. L'objectif était d'établir un certain équilibre au sein du système. Les commentaires des intervenants au sujet de la réalisation de cet objectif étaient partagés. Toutefois, les évaluations effectuées en vertu de l'article 42.1 se sont également ajoutées aux coûts de transaction





déjà élevés du système. Elles ont également contribué à la croissance du processus d'évaluation « dualiste ».

**Recommandation n° 20 : Révoquer l'article 42.1 de l'AIAL qui permet aux demandeurs d'obtenir une évaluation auprès de leur fournisseur de soins de santé dans le but de réfuter les points soulevés à la suite d'un examen exigé par l'assureur.**

La CSFO est d'avis qu'un seul professionnel de la santé devrait diriger la réadaptation d'un demandeur. Une fois que ce professionnel prescrit une intervention, le fournisseur qui traite effectivement le demandeur soumettrait un plan de traitement pour approbation. Cela assurerait une meilleure coordination de la réadaptation et éliminerait la situation potentielle de conflit d'intérêts qui est inhérente au modèle actuel de prestation. De multiples interventions pourraient encore avoir lieu, mais sous la direction d'un seul professionnel. Dans sept des dix provinces, le cadre législatif prévoit que seuls les médecins peuvent attester la nécessité d'un traitement ou l'invalidité.

La participation accrue des médecins ne devrait pas avoir d'incidence sur la pénurie de médecins en Ontario. Les demandeurs qui souffrent de blessures plus graves voient déjà leur médecin de famille après un accident. Les changements proposés n'augmenteront pas les visites chez le médecin de façon notable et seront bénéfiques pour les demandeurs, car leur médecin de famille sera mieux informé de leurs progrès.

**Recommandation n° 21 : Songer à faire remplir les plans de traitement seulement après qu'une recommandation a été effectuée par le professionnel de la santé qui est principalement responsable de la réadaptation du demandeur (un médecin de famille dans la plupart des cas). Les plans de traitement continueraient d'être soumis par les fournisseurs après une recommandation.**

Certains consommateurs ont en outre proposé de réduire les garanties d'assurance-accidents obligatoires. Ceux et celles qui ont accès à des garanties d'assurance-maladie complémentaire se sont plaints du fait qu'ils sont contraints de souscrire une assurance-accidents offerte par d'autres régimes. Les consommateurs pourraient réduire leurs primes si certaines garanties actuellement obligatoires étaient facultatives. Si de nouvelles garanties facultatives sont offertes, les assureurs, les agents et les courtiers devront veiller à ce que les consommateurs soient au courant des répercussions d'une diminution de couverture.

**Recommandation n° 22 : Ramener à 25 000 \$ le plafond des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation en ce qui concerne les demandes de règlement relatives à une déficience non invalidante. Instaurer une garantie facultative prévoyant des indemnités pour frais médicaux et de**



## **réadaptation de 100 000 \$ en plus de la garantie facultative actuelle de un million de dollars.**

Quelques propositions ont été formulées pour élargir la portée des directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé (CTP) afin d'inclure d'autres blessures mineures. Cette idée mérite d'être étudiée d'un certain nombre de points de vue. Si elle était réalisable, elle permettrait d'élargir le cadre du traitement sans exiger l'approbation préalable de l'assureur, ce qui simplifierait le système et diminuerait les coûts de transaction. Par ailleurs, si le régime d'indemnités d'accident évolue vers la désignation de professionnels des soins de santé primaires, des directives élargies relativement à un CTP permettraient aux professionnels désignés de consacrer moins de temps à la gestion des demandes mineures et de se concentrer sur ceux et celles qui souffrent de blessures plus graves.

En février 2008, le Groupe de travail sur les cervicalgies de l'Organisation mondiale de la santé a publié une série d'articles résumant ses conclusions. Selon celles-ci, la mise en place d'un continuum de soins plus complet pour éviter la chronicité et les récurrences pourrait se justifier.

**Recommandation n° 23 : En partenariat avec les principaux intervenants, la CSFO devrait communiquer avec les membres du Groupe de travail sur les cervicalgies afin d'examiner la possibilité d'élargir la portée des directives relatives à un CTP dans le but d'offrir un continuum de soins plus complet et d'inclure le traitement et l'évaluation d'autres blessures des tissus mous.**

L'agent statistique de la CSFO indique que les coûts des soins auxiliaires ont augmenté de 59,1 % entre 2004 et 2007, tandis que la gravité des sinistres diminuait de 1,2 % et que la fréquence augmentait de 61,6 %. Des données empiriques du secteur de l'assurance donnent à entendre que de plus en plus de demandeurs souffrant de blessures mineures demandent et reçoivent maintenant des indemnités de soins auxiliaires. La CSFO s'inquiète également du fait que des évaluations sont effectuées par des personnes qui n'ont reçu aucune formation particulière en évaluation des capacités fonctionnelles pour traiter les déficiences fonctionnelles qui découlent d'une combinaison de déficiences physiques, cognitives et psychosociales.

**Recommandation n° 24 : Seuls les ergothérapeutes et les infirmières et infirmiers qui ont reçu une formation sur l'utilisation du formulaire 1 devraient être autorisés à évaluer les victimes d'accidents de la route en ce qui a trait aux indemnités de soins auxiliaires. Cela devrait s'appliquer aux évaluations qui sont effectuées en vertu des articles 24 et 42 de l'AIAL.**

Les premières décisions arbitrales de la CSFO appuyaient le principe selon lequel il doit y avoir eu tout au moins une promesse de paiement pour qu'une dépense ait été « engagée ». Tandis que les assureurs prétendent que le fait de



les obliger à payer le coût de services non rendus constitue une manne pour l'assuré, les tribunaux et les arbitres ont décidé que le fait de permettre aux assureurs de refuser le remboursement (sauf pour les sommes déjà payées par les demandeurs) représenterait un avantage pour les assureurs, surtout dans le cas des demandeurs démunis. La CSFO est d'avis qu'il doit y avoir un juste équilibre entre le concept de l'indemnisation et la protection des demandeurs gravement blessés lorsqu'il existe une obligation de payer en vertu de la loi.

**Recommandation n°25 : L'indemnité de soins auxiliaires doit continuer à être versée aux demandeurs pour les dédommager des dépenses qu'ils engagent. Toutefois, afin de mieux protéger le consommateur et d'accroître la transparence, l'AIAL pourrait clarifier le fait que les paiements devraient être effectués même si aucune dépense n'a été engagée lorsqu'un arbitre détermine que l'assureur a refusé déraisonnablement de verser l'indemnité de soins auxiliaires.**

La réduction des honoraires en 2003 avait pour but d'harmoniser les honoraires en vigueur dans le cadre du régime d'assurance-automobile avec ceux que paie la CSPAAT. Plus tôt cette année, la CSPAAT a actualisé les honoraires pour les soins de santé. Il semble que les honoraires payés au titre du régime d'assurance-automobile soient au même niveau ou plus élevés que ceux que verse la CSPAAT. Un certain nombre de mémoires ont donné à entendre que des fournisseurs chevronnés s'étaient retirés du régime d'assurance-automobile depuis que les honoraires ont été réduits il y a cinq ans, ce qui a accru la proportion de fournisseurs inexpérimentés. Malheureusement, la CSFO n'a eu accès à aucun renseignement détaillé sur les effectifs des fournisseurs de soins de santé dans ce secteur.

**Recommandation n°26 : La CSFO doit continuer à surveiller les honoraires et la disponibilité des services dans le secteur de l'assurance-automobile, surtout pour les demandeurs qui souffrent de blessures graves.**

Plusieurs consommateurs ont suggéré dans leurs mémoires que le plafond de l'indemnité de remplacement du revenu soit majoré par rapport au niveau actuel de 400 \$ par semaine, qui est en vigueur depuis 1996. Depuis son entrée en vigueur, le pourcentage de soutiens de famille qui se situent en deçà de l'indemnité maximale a chuté considérablement. L'augmentation ramènerait la couverture aux niveaux de 1996.

**Recommandation n°27 : Porter l'indemnité maximale de remplacement du revenu à 500 \$ par semaine.**

Les intervenants ont également abordé le caractère adéquat des paiements des frais de transport pour les déplacements aller-retour aux fins de traitement, de réadaptation et de séances de counseling ou d'évaluation.



**Recommandation n°28 : Effectuer un examen annuel du taux de remboursement des frais de déplacement dans un véhicule personnel.**

La CSFO s'inquiète de l'augmentation du coût de l'indemnité de soignant et des frais d'entretien du logement. Une méthode consiste à offrir plus de choix aux consommateurs en transformant des garanties obligatoires en garanties facultatives. Cela permettrait aux consommateurs d'adapter leur couverture à leurs besoins et de réduire leurs primes. Toutefois, les assureurs, les agents et les courtiers devront veiller à ce que les consommateurs soient au courant des répercussions d'une diminution de la couverture.

**Recommandation n°29 : Rendre facultatives les garanties couvrant les frais d'entretien du logement et les indemnités de soignant. Le remboursement des frais d'entretien du logement et des soignants de remplacement doivent tenir compte des pertes économiques réelles.**

L'article 59 de l'AIAL ne permet pas aux victimes d'accidents de demander des indemnités d'accident si elles ont droit aux indemnités d'accident du travail. Les représentants des assureurs signalent que, bien qu'il existe censément une certaine harmonie entre le fonctionnement de l'AIAL et la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, ce n'est pas toujours le cas.

**Recommandation n°30 : La CSFO, la CSPAAT et les compagnies d'assurance-automobile devraient se réunir pour discuter de la façon de mieux harmoniser les régimes d'assurance-automobile et d'assurance contre les accidents du travail.**

Bien que le règlement qui définit une déficience grave et permanente (Règlement 461/96) ait été adopté il y a presque cinq ans, il n'y a eu que deux décisions judiciaires qui ont porté sur ce règlement; ces décisions n'étaient pas définitives et n'ont modifié d'aucune façon les interprétations antérieures à l'adoption du règlement. Par conséquent, l'abrogation du règlement définitoire ne devrait pas avoir d'incidence sur la détermination des demandeurs qui respectent le seuil ni sur les coûts du système. La CSFO a examiné la proposition de supprimer entièrement le seuil lexical avec les actuaires du secteur de l'assurance qui étaient d'avis que ce seuil éliminait un nombre important de dossiers, sans quoi les coûts augmenteraient considérablement.

Au cours des cinq dernières années, un nombre important de consommateurs ont exprimé leur insatisfaction à l'égard des niveaux de franchise de la responsabilité civile. Les consommateurs ont exprimé un point de vue semblable dans leurs mémoires à la CSFO dans le cadre de cet examen. Les consommateurs ont indiqué que trop de victimes innocentes d'accidents se voyaient refuser l'accès aux tribunaux en raison des franchises. De plus, pour ce qui est de ceux qui sont en mesure d'entamer des poursuites pour préjudice



doloris, la diminution des indemnités accordées était perçue comme inéquitable. Il est clair que de nombreux consommateurs ont l'impression que les niveaux actuels des franchises ne sont pas équitables.

**Recommandation n°31 : Le gouvernement devrait envisager la possibilité de ramener les franchises à 20 000 \$ et 10 000 \$, en les éliminant pour les demandes d'indemnisation par suite de blessures mortelles et en révoquant la définition de déficience grave et permanente énoncée dans le Règlement 461/96. Une étude des dossiers de demande d'indemnisation fermés aiderait à déterminer l'incidence des autres changements envisagés en matière de délit civil.**

Les représentants des assureurs et les demandeurs s'entendent en général sur le fait que le montant maximum de dépenses de 1 500 \$ est insuffisant pour les rapports comptables et qu'il ne peut être récupéré d'aucune façon dans le cadre du régime d'indemnités d'accident. Les demandeurs qui travaillent à leur propre compte ont souvent recours aux rapports comptables pour justifier le montant d'indemnisation hebdomadaire.

**Recommandation n°32 : Modifier l'AIAL de façon à prévoir un plafond adéquat concernant le coût des rapports comptables servant à justifier une demande d'indemnités hebdomadaires.**

Les rapports sur les coûts des soins à venir évaluent et résument les besoins d'un demandeur en ce qui concerne les indemnités pour frais médicaux et de réadaptation futures. Ils englobent plus que les simples indemnités de soins auxiliaires qui sont déterminés au moyen du formulaire 1. Les demandeurs soumettent souvent ces rapports au titre des dépenses à payer en vertu de l'article 24 de l'AIAL. La CSFO est d'avis que ces rapports ne sont pas couverts par l'AIAL et qu'ils ne devraient pas l'être. Les fournisseurs de soins de santé ne demandent pas de rapport sur les coûts des soins à venir pour accéder aux indemnités. Ce sont plutôt les avocats qui en font la demande dans le cadre du processus de règlement.

**Recommandation n°33 : Le coût des rapports sur les soins de santé à venir ne devrait pas être une dépense remboursable en vertu de l'AIAL.**

En Ontario, comme dans bien d'autres territoires de compétence canadiens, l'assurance-automobile est deuxième payeur après d'autres programmes et régimes. Les intervenants ont soulevé plusieurs questions qui posent actuellement des problèmes dans le système. La CSFO reconnaît qu'il est peut-être nécessaire d'examiner le libellé de la *Loi sur les assurances* et de l'AIAL afin de déterminer si les assureurs couvrant l'invalidité devraient effectuer des versements forfaitaires et de quelle manière ils devraient le faire.



**Recommandation n° 34 : Étudier des options permettant aux compagnies d'assurance-automobile de veiller à la mise en application plus efficace des dispositions actuelles de l'AIAL et de la *Loi sur les assurances* selon lesquelles toutes les sources supplémentaires d'indemnités de revenu doivent être déduites.**

Plusieurs groupes d'intervenants ont formulé des commentaires sur la difficulté qu'éprouvent les experts en sinistres à gérer les demandes relatives à des blessures graves, puisque certains d'entre eux ne possèdent pas suffisamment de formation ou d'expérience pour traiter avec les demandeurs qui sont blessés gravement, ce qui peut entraîner des évaluations inutiles, des taux élevés de refus d'indemnisation et des délais de paiement des indemnités. Une unité opérationnelle de la CSPAAT administre un Programme des lésions graves chargé de prendre les dispositions nécessaires pour qu'un traitement spécialisé, du matériel et des services soient offerts aux travailleurs qui sont gravement blessés.

**Recommandation n° 35 : Les services de demandes d'indemnisation doivent se concentrer davantage sur les besoins des demandeurs qui souffrent de blessures graves. Le BAC, l'Insurance Institute of Ontario et l'Ontario Insurance Adjusters Association devraient collaborer afin de former les experts en sinistres sur les besoins des demandeurs qui sont gravement blessés et de diminuer le risque d'allégations possibles d'actes ou de pratiques malhonnêtes ou mensongers.**

Les consommateurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs n'ont pas de renseignements sur les traitements qui sont les plus efficaces pour les blessures mineures, y compris parfois l'absence de traitement. Il faut sensibiliser les gens en ce qui concerne le moment opportun des interventions et leur durée. D'abord et avant tout, les consommateurs doivent être informés au sujet du traitement et du rétablissement ainsi que des risques d'un traitement excessif. Une partie du problème découle de la complexité du système – règlements qui prêtent à confusion, nombreux délais, formulaires longs et détaillés, etc. En termes simples, il est très difficile de comprendre le régime d'assurance-automobile dans sa forme actuelle. Les recommandations qui ont été suggérées plus tôt dans le présent rapport pourraient permettre de remédier aux questions de complexité.

**Recommandation n° 36 : Les consommateurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs devraient collaborer pour améliorer la sensibilisation et les attentes des consommateurs en matière de traitement et de résultats. Une partie des économies réalisées à la suite des modifications apportées au régime d'indemnités d'accident devrait servir à financer ces efforts de sensibilisation.**



Plusieurs municipalités et organismes de transport en commun ont signalé une augmentation rapide de l'utilisation des évaluations et des indemnités de soins auxiliaires. Bien souvent, les blessures ne sont pas signalées au moment de l'incident, mais des jours ou des semaines plus tard, sans que le conducteur n'ait connaissance de l'incident. Les organismes de transport en commun doivent accepter ces demandes d'indemnités de bonne foi, parce qu'il est souvent impossible de vérifier si le demandeur était dans le véhicule. Un de ces organismes a signalé que 73 % des demandes d'indemnités ne font pas suite à une collision. Elles se rapportent à des blessures découlant de chocs et de chutes qui surviennent au moment de monter dans un véhicule et d'en descendre, pendant qu'on se tient debout dans les allées et lorsqu'on prend place et qu'on quitte son siège.

La CSFO convient que les services de transport en commun qui relèvent des administrations municipales devraient jouir de protections supplémentaires qui tiennent compte de leur situation particulière. Les blessures subies dans des véhicules de transport en commun qui résultent de collisions devraient continuer à être couvertes en vertu des dispositions législatives relatives à l'assurance-automobile. Toutefois, toutes les autres blessures devraient être couvertes par une police d'assurance générale de responsabilité civile.

**Recommandation n°37 : Le gouvernement devrait envisager de modifier la loi de manière à tenir compte de la situation particulière des services de transport en commun exploités par les administrations municipales en excluant les blessures de la notion du sans égard à la responsabilité lorsqu'il n'y a aucune collision.**

Les assureurs aimeraient bénéficier de plus de souplesse pour intégrer les technologies électroniques aux communications entre fournisseurs et consommateurs et aux transactions. La CSFO reconnaît que les transactions électroniques sont également bien accueillies par une proportion importante de consommateurs.

**Recommandation n°38 : Les compagnies d'assurance-automobile devraient étudier la question et tirer avantage de leur capacité actuelle de mettre en œuvre des options de commerce électronique en vertu de la *Loi de 2000 sur le commerce électronique* de l'Ontario.**

La CSFO fait remarquer que l'examen actuel en vertu de l'article 289.1 de la *Loi sur les assurances* s'ajoute à l'examen de l'AIAL prescrit à l'article 289 de la *Loi*. L'article 289 exige qu'un rapport soit présenté à l'Assemblée législative sur le caractère adéquat des indemnités d'accident légales au moins une fois tous les deux ans. Le dernier rapport a été présenté à la fin de 2008. En outre, l'article 417.1 exige que le surintendant remette un rapport à l'Assemblée législative sur le règlement qui régit le classement des risques et la détermination des tarifs au moins une fois tous les trois ans. Le prochain rapport doit être



produit en 2010. La CSFO constate que le moment et le contenu des différents examens peuvent entraîner des chevauchements, ce qui crée une certaine confusion chez les intervenants.

**Recommandation n°39 : Le gouvernement devrait songer à harmoniser les rapports requis en vertu des articles 289, 289.1 et 417.1 de la *Loi sur les assurances*.**





## 1. Introduction

En 2003, l'Assemblée législative a modifié la *Loi sur les assurances* (la Loi) afin d'inclure à l'article 289.1 une exigence selon laquelle le surintendant des services financiers doit procéder à l'examen de la Partie VI de la Loi et de ses règlements d'application au moins tous les cinq ans ou plus souvent à la demande du ministre des Finances. Le surintendant doit faire connaître ses recommandations afin d'améliorer l'efficacité et l'administration de la Partie VI de la Loi et de ses règlements d'application. La Partie VI de la Loi et ses règlements d'application comprennent les indemnités d'accident légales, les instances judiciaires et le règlement des différends.

Ce rapport a pour objet de satisfaire aux exigences de l'article 289.1 de la *Loi sur les assurances*.

## 2. Contexte

### 2.1 Réformes antérieures de l'assurance-automobile

Afin de freiner la hausse des coûts de l'assurance-automobile, le gouvernement a adopté le premier régime d'assurance sans égard à la responsabilité de l'Ontario en 1990 en vertu du projet de loi 68 (également connu sous le nom de Régime de protection des automobilistes de l'Ontario ou RPAO). C'était ce qu'on appelle un « régime sans égard à la responsabilité avec critère préliminaire » parce que la capacité d'intenter une action était restreinte à ceux qui souffraient de déficiences physiques graves permanentes. Toutefois, la capacité de recouvrer des indemnités d'accident ne dépendait pas de la responsabilité.

Le projet de loi 68 prévoyait un régime complet d'indemnités d'accident par la première partie ainsi que la médiation et l'arbitrage pour régler les différends en matière de versement des indemnités d'accident. En cas de désaccord, les coûts de réadaptation réputés nécessaires sur le plan médical étaient payés par les assureurs en attendant que le différend soit réglé. Le traitement pouvait être attesté par un médecin, un psychologue, un chiropraticien ou un dentiste. Il y avait quatre formulaires de demande d'indemnités en vertu du projet de loi 68.

Les réformes adoptées en 1994 en vertu du projet de loi 164 ont aboli la possibilité d'intenter une action pour pertes économiques et établi une annexe exhaustive sur les indemnités d'accident. Une franchise de 10 000 \$ (5 000 \$ pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*) a été instaurée afin de restreindre l'accès au délit civil. Le seuil lexical a été augmenté afin de permettre d'entamer une action pour déficiences graves (mais pas nécessairement permanentes) relativement à une fonction physique, mentale ou psychologique importante.



Toutes les limites des indemnités d'accident ont été augmentées et indexées. Un autre mécanisme de règlement des différends a été mis en place par le biais des centres d'évaluation désignés (CED) afin de régler les différends en matière d'invalidité, de traitement et de réadaptation. Le traitement pouvait désormais être attesté par un médecin, un psychologue, un chiropraticien, un dentiste ou un optométriste. Le nombre de formulaires de demande qui s'appliquaient au projet de loi 164 est passé à dix-huit.

En 1996, un autre ensemble de réformes a été adopté, rétablissant le droit d'intenter une action pour pertes économiques. En vertu du projet de loi 59, la franchise a été majorée à 15 000 \$ (7 500 \$ pour ce qui est des demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*). Le seuil lexical pour déficience grave et permanente a été rétabli et un nouveau seuil fondé sur la déficience invalidante a été instauré aux fins des délits civils pour dépenses de soins de santé excessives.

L'annexe sur les indemnités d'accident a été réduite, mais elle comportait désormais deux paliers d'indemnisation. Le palier supérieur était accessible seulement à ceux et celles qui subissaient une déficience invalidante. Afin de régler la question de l'utilisation excessive des services de gestion des cas, l'indemnité était restreinte à ceux et celles qui avaient subi une déficience invalidante. Afin de tenter de maîtriser l'escalade des coûts médicaux, le projet de loi 59 exigeait l'approbation préalable du traitement par le biais d'un plan de traitement; le traitement pouvait être attesté par un médecin, un psychologue, un chiropraticien, un dentiste, un optométriste ou un physiothérapeute. À la suite de cet ensemble de réformes, le nombre de formulaires de demande est passé à vingt. De plus, le règlement autorisait le commissaire (maintenant le surintendant) à établir des barèmes d'honoraires pour les fournisseurs de soins de santé, dont plusieurs ont été instaurés entre 1997 et 2001.

Le régime d'assurance-automobile a fait l'objet d'une autre série de réformes en 2003 en vertu du projet de loi 198/5. La franchise applicable aux indemnités pour pertes non financières a été majorée à 30 000 \$ (15 000 \$ pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*); toutefois, les indemnités de plus de 100 000 \$ (de plus de 50 000 \$ pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*) en ont été exemptées. Le seuil relatif à la déficience invalidante qui s'appliquait aux réclamations en responsabilité civile délictuelle pour perte économique a été remplacé par le seuil relatif à la déficience grave et permanente. De même, une définition de déficience grave et permanente a été incluse dans le règlement.

Le projet de loi 198/5 a apporté d'autres modifications à l'annexe sur les indemnités d'accident afin de freiner la hausse des coûts médicaux. Les directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé (CTP) des coups de lapin ont été adoptées pour accélérer l'accès au traitement et introduire plus de certitude à l'égard des coûts. Le surintendant a publié une directive qui diminuait



la plupart des honoraires des fournisseurs de soins de santé de 30 %. Puisque les assureurs avaient signalé une augmentation des coûts d'évaluation depuis l'entrée en vigueur de l'approbation préalable du traitement, les réformes instituées en vertu du projet de loi 198/5 ont tenté de freiner la hausse des coûts d'évaluation en instaurant l'approbation préalable des évaluations. Le traitement pouvait désormais être attesté par un médecin, un psychologue, un chiropraticien, un dentiste, un optométriste, un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un orthophoniste. En vertu du projet de loi 198/5, le nombre de formulaires de demande est passé à vingt-et-un. De plus, un code d'éthique a été créé pour les parajuristes qui ont dû déposer des renseignements auprès du surintendant afin de pouvoir continuer à traiter les demandes d'indemnités d'accident.

Les réformes les plus récentes, qui ont donné lieu à l'abolition du système des CED, ont été mises en œuvre en 2006. On a plutôt donné la possibilité aux demandeurs de subir une évaluation supplémentaire (que les intervenants désignent sous le nom de contre-évaluation) à la suite d'un refus d'indemnisation pour pouvoir l'utiliser dans le cadre du système de règlement des différends. La portée du règlement sur les actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers (Règlement de l'Ontario 7/00) a été élargie pour aborder l'utilisation des évaluations médicales dans le cadre du processus de règlement des sinistres. À la suite de l'abolition du système des CED, le nombre de formulaires de demande est passé à dix-neuf.

Enfin, en 2008, l'exigence selon laquelle les parajuristes étaient tenus de déposer des renseignements et de se conformer à un code d'éthique a été abolie à la suite de la mise en œuvre d'un cadre de réglementation des parajuristes sous l'égide du Barreau du Haut-Canada.

## **2.2 Processus d'examen**

Le 3 juin 2008, la CSFO a écrit aux intervenants pour leur demander leur aide en vue d'effectuer cet examen. La lettre a également été affichée sur le site Web de la CSFO afin d'atteindre un groupe plus vaste d'intervenants, y compris les consommateurs. Les intervenants ont été informés que l'examen porterait principalement sur l'amélioration de la protection des consommateurs d'assurance-automobile et la possibilité d'assurer en permanence l'abordabilité et la disponibilité des produits. On a demandé aux parties intéressées de soumettre des mémoires écrits à la CSFO faisant état des problèmes et des préoccupations et de formuler des suggestions qui permettraient d'améliorer le régime d'assurance-automobile de l'Ontario. De plus, les intervenants pouvaient prendre des dispositions pour rencontrer les employés de la CSFO afin de débattre certaines des questions soulevées dans leurs mémoires.

Un nombre total de 90 personnes et groupes ont pris le temps de faire connaître leur point de vue à la CSFO (voir l'annexe B). Cela équivalait à presque



1 000 pages de documentation. De nombreux groupes ont mobilisé des ressources considérables pour préparer leurs mémoires. La coalition représentant les professionnels de la santé dans le cadre des réformes de l'assurance-automobile a mené un sondage auprès de 750 professionnels de ce domaine afin de représenter adéquatement le point de vue de ses commettants. L'Association du Barreau de l'Ontario, en partenariat avec l'Ontario Trial Lawyers Association et les United Senior Citizens of Ontario, a tenu un sommet de deux jours sur l'assurance en avril 2008 afin de fournir l'occasion à différents intervenants du secteur de l'assurance-automobile de discuter des possibilités de réforme de l'assurance-automobile. Le Bureau d'assurance du Canada (BAC) a abordé la Fondation ontarienne de neurotraumatologie afin de mettre sur pied un groupe d'experts pour examiner les connaissances scientifiques actuelles et les éléments probants qui permettent de mesurer et de définir la déficience cérébrale. La CSFO apprécie les efforts qui ont été déployés pour fournir des commentaires éclairés.

Les opinions exprimées dans les mémoires représentent une multitude d'expériences et de points de vue. La CSFO a le plaisir de signaler que le plus grand nombre de mémoires provenait de consommateurs, soit 24 personnes qui ont pris le temps de lui faire connaître leur point de vue. Une victime d'accident souffrant de lésions cérébrales a particulièrement pris le temps de préparer un mémoire écrit et de rencontrer le personnel de la CSFO.

Afin de rehausser la transparence du processus d'examen, la CSFO a demandé aux intervenants qui ont présenté un mémoire de l'autoriser à l'afficher sur son site Web. Grâce à leur collaboration, les mémoires de 76 intervenants ont été affichés.

Le présent rapport ne tente pas d'aborder toutes les questions soulevées par les intervenants au cours des consultations. De nombreux mémoires proposaient des changements techniques détaillés qui pourraient être utiles si le gouvernement décidait d'aller de l'avant avec certaines réformes. Dans ce rapport, la CSFO a déterminé les questions clés que le gouvernement pourrait souhaiter aborder. D'autres consultations seront probablement requises afin d'élaborer davantage certaines de ces idées.

### **3. Abordabilité et disponibilité**

#### **3.1 Rentabilité de l'industrie**

Selon les rapports du Bureau du surintendant des institutions financières (BSIF) fédéral, le secteur de l'assurance IARD s'est remis des difficultés de 2002, année durant laquelle le bénéfice net après impôts pour l'ensemble du Canada a chuté à 242 millions de dollars et le rendement des capitaux propres (RCP), à 1,4 %. Ces chiffres englobent tous les assureurs IARD réglementés par les autorités



fédérales. Bien que les données ventilées par province ou catégorie d'assurance ne soient pas disponibles, on sait que le marché ontarien de l'assurance-automobile représente environ 25 % du marché de l'assurance IARD au Canada, selon les primes souscrites.

Ces dernières années, le secteur de l'assurance IARD n'a pas connu de problème de rentabilité au Canada ou en Ontario. C'est en 2006 que le secteur a atteint un sommet, le bénéfice net après impôts ayant atteint 5,5 milliards de dollars et le RCP, 20,1 %. Le tableau ci-dessous résume les résultats financiers du secteur de l'assurance IARD des cinq dernières années.

<b>TOUTES CATÉGORIES D'ASSURANCE IARD</b>		
<b>ANNÉE</b>	<b>BÉNÉFICE NET APRÈS IMPÔTS (millions)</b>	<b>RCP</b>
2003	2 199 \$	11,9 %
2004	4 084 \$	19,0 %
2005	4 043 \$	16,5 %
2006	5 534 \$	20,1 %
2007	4 953 \$	16,1 %
2008	2 318 \$	7,5 %

Les résultats financiers du secteur des assurances IARD ont fléchi considérablement en 2008. Selon les rapports du BSIF, le bénéfice net après impôts des assureurs IARD assujettis à la réglementation fédérale s'est établi à quelque 2,3 milliards de dollars en 2008 et le RCP, à 7,5 %.

### **3.2 Tendances au chapitre des primes et des coûts**

Selon les données de l'industrie, l'assurance-automobile est devenue plus abordable ces cinq dernières années. Les primes moyennes en Ontario ont atteint un sommet à 1 385 \$ par véhicule en 2004 et ont diminué par la suite pour atteindre un creux de 1 290 \$ par véhicule en 2007. La modification de taux moyenne que la CSFO a approuvée est un autre indicateur de la fluctuation tarifaire. La modification de taux cumulative de 2004 à 2007 s'est soldée par une diminution de 13,75 %. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des primes moyennes souscrites et des approbations tarifaires de la CSFO au cours des cinq dernières années. Il y a toujours un décalage avant qu'une approbation de taux se répercute sur les primes puisqu'un changement tarifaire n'a aucune répercussion sur le consommateur avant que son assurance ne soit renouvelée.



<b>ANNÉE</b>	<b>PRIME SOUSCRITE MOYENNE (PAR VÉHICULE)</b>	<b>APPROBATION TARIFAIRE MOYENNE PAR LA CSFO</b>
2003	1 355 \$	+10,91 %
2004	1 385 \$	-10,60 %
2005	1 323 \$	-2,43 %
2006	1 298 \$	-1,27 %
2007	1 290 \$	+0,55 %

Source : Annexe AU 10-N de l'ASAG et CSFO

Les approbations tarifaires ont maintenu leur tendance à la hausse en 2008. La modification de taux moyenne pondérée en fonction de la part de marché s'est établie à +5,59 % en 2008. La CSFO prévoit que la modification de taux moyenne pondérée en fonction de la part de marché s'établira à environ 3,0 % pour le premier trimestre de 2009 seulement.

À la suite des réformes mises en œuvre en 2003, les coûts des sinistres pour toutes les catégories de couverture ont diminué en 2004. Toutefois, ils ont commencé à augmenter depuis. La diminution des coûts des sinistres en 2004 ne peut être attribuée qu'en partie seulement aux réformes de l'assurance-automobile puisque certaines garanties sont en grande partie demeurées inchangées. Les intervenants ont laissé entendre que les consommateurs n'ont pas déclaré tous les accidents à la suite des hausses de taux, d'où la diminution de la fréquence des demandes d'indemnisation et des coûts des sinistres. Le tableau ci-dessous indique l'évolution des coûts des sinistres par véhicule pour les principales garanties au cours des cinq dernières années.

<b>ANNÉE</b>	<b>PRÉJUDICES CORPORELS</b>	<b>INDEMN. DIRECTE</b>	<b>INDEMNITÉS D'ACCIDENT</b>	<b>COLLISION</b>	<b>TOUS RISQUES</b>	<b>TOUS</b>
2003	247 \$	146 \$	331 \$	182 \$	83 \$	977 \$
2004	238 \$	134 \$	286 \$	161 \$	68 \$	880 \$
2005	248 \$	134 \$	318 \$	161 \$	68 \$	928 \$
2006	270 \$	131 \$	353 \$	154 \$	66 \$	973 \$
2007	269 \$	143 \$	385 \$	172 \$	65 \$	1 034 \$

Source : Annexe AU 10-N de l'ASAG

Les coûts des sinistres au titre des indemnités d'accident ont subi les plus importantes augmentations relatives au cours des cinq dernières années. Les indemnités d'accident ont augmenté de 16,3 % depuis 2003, mais l'augmentation a été de 34,6 % depuis 2004. Le taux tendanciel global actuel des pertes globales est de 6 %; toutefois, le taux tendanciel actuel des indemnités d'accident est de plus de 10 %. L'augmentation des coûts des sinistres a entraîné un mouvement à la hausse des tarifs approuvé par la CSFO. Toutefois, les hausses tarifaires n'ont pas suivi celles des coûts des sinistres et le secteur



de l'assurance signale une importante insuffisance des taux au sein du système. Les consommateurs verront vraisemblablement leurs primes augmenter considérablement en 2009 et 2010 si aucun changement structurel n'est apporté à l'assurance-automobile pour diminuer et stabiliser les coûts du régime.

### **3.3 Disponibilité**

Le nombre de conducteurs contraints de souscrire une assurance auprès de l'Association des assureurs est un bon indicateur de la disponibilité de l'assurance-automobile. Le nombre de véhicules assurés auprès de l'Association des assureurs a atteint un sommet pour s'établir à environ 226 000 en décembre 2003. En décembre 2008, le nombre de véhicules assurés auprès de cette association a chuté pour s'établir à un peu plus de 15 000. Cela laisse supposer que les consommateurs ont pu magasiner et bénéficier de prix concurrentiels.

Le nombre d'appels de consommateurs qu'ont reçus à ce sujet l'InfoCentre et la Direction de la réglementation des pratiques de l'industrie de la CSFO est un autre indicateur de disponibilité sur le marché. Ces trois dernières années, il y a eu très peu de plaintes et de demandes de renseignements de la part des consommateurs en ce qui concerne la disponibilité de l'assurance-automobile.

## **4. Protection du consommateur**

Cet examen portait essentiellement sur l'amélioration de la protection des consommateurs d'assurance-automobile et sur la nécessité de veiller à ce que le produit soit abordable et disponible. Cette partie du rapport s'intéresse principalement aux questions liées aux moyens de mieux protéger les consommateurs.

### **4.1 Complexité du régime des indemnités d'accident**

Presque tous les intervenants ont souligné la complexité du régime actuel des indemnités d'accident. Un certain nombre d'entre eux ont comparé l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL) à la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Afin de bien se situer dans le contexte de cet enjeu, on estime que l'AIAL actuelle est six fois plus longue que celle qui a été adoptée en vertu du projet de loi 68. L'AIAL actuelle serait également 40 % plus longue que celle du projet de loi 164, que les intervenants qualifiaient de « gonflée ». On pourrait dire que l'AIAL a augmenté le fardeau réglementaire à la fois des consommateurs et du secteur de l'assurance.

Les dispositions techniques de l'AIAL imposent périodiquement des échéanciers peu pratiques pour obtenir et faire parvenir les renseignements relatifs aux demandes d'indemnités. Par exemple, en vertu de l'article 42 du Règlement, les



demandeurs s'exposent à une interruption des indemnités s'ils ne se conforment pas à l'exigence selon laquelle ils doivent faire parvenir les documents pertinents aux évaluateurs dans un délai de cinq jours ouvrables. Environ 25 % seulement de l'AIAL contient une description des indemnités d'accident dont peuvent bénéficier les demandeurs; le reste établit la marche à suivre pour demander des indemnités ou refuser l'admissibilité. Toutefois, selon les commentaires des intervenants, ces dispositions de nature procédurale de l'AIAL n'atteignent peut-être pas le but visé à l'origine.

Devant une telle complexité, les consommateurs doivent se tourner vers ceux qui connaissent mieux le système pour les guider. Des secteurs d'activités entièrement nouveaux ont été créés pour appuyer le régime des indemnités d'accident. Lorsque le régime des indemnités de la première partie est entré en vigueur en vertu du projet de loi 68, on envisageait la possibilité que les consommateurs puissent avoir accès aux indemnités sans représentant. En 2007, des données provenant du Groupe de règlement des différends de la CSFO indiquaient que le pourcentage des demandeurs représentés par un avocat ou un parajuriste au stade de la médiation était de 98 %.

L'invitation de la CSFO à soumettre des observations sur le régime d'assurance-automobile demandait aux intervenants de formuler des propositions visant à diminuer la complexité de l'AIAL et le fardeau réglementaire du régime. Malheureusement, le processus de consultation a suscité peu de suggestions en ce sens. Ironiquement, bien que de nombreux intervenants aient souligné combien il était difficile de se conformer au Règlement, un grand nombre d'entre eux ont également proposé des règles additionnelles afin de régler les problèmes de non-conformité et les abus, qui en accroîtraient invariablement la complexité. Toutefois, la CSFO est d'avis que les intervenants pourraient être une bonne source d'idées pour simplifier le système. Par exemple, un intervenant a suggéré que l'indemnité de remplacement du revenu pourrait être calculée selon un pourcentage du revenu brut plutôt que 80 % du revenu net. Cela simplifierait le calcul du montant de l'indemnité et éliminerait le besoin de modifier le Règlement chaque fois que la *Loi de l'impôt sur le revenu* change les crédits d'impôt et les déductions servant à calculer le revenu net aux fins d'imposition. De plus, la simplification du système responsabiliserait les consommateurs en réduisant leur dépendance à l'égard d'un tiers afin de les aider à présenter leurs demandes d'indemnités.

**Recommandation n°1 : Lorsqu'on déterminera le bien-fondé de tout changement réglementaire futur, il y aurait lieu de se demander si un changement augmenterait la complexité et le fardeau réglementaire. Il devrait y avoir une raison impérieuse pour apporter un changement qui accroîtrait la complexité du régime des indemnités d'accident.**

**Recommandation n°2 : Revoir l'AIAL pour déterminer les dispositions qui :**  
**a) sont trop complexes et pourraient être simplifiées sans modifier la**





**finalité du règlement, b) sont essentiellement inefficaces et pourraient être abolies sans modifier l'incidence du règlement.**

#### ***4.2 Formulaires de demande d'indemnités d'accident***

Lors d'un sondage réalisé auprès de 750 fournisseurs de soins de santé par la coalition représentant les professionnels de la santé dans le cadre des réformes de l'assurance-automobile, on a demandé aux fournisseurs de préciser à quelle fréquence leurs patients leur demandaient de remplir leurs formulaires de demande d'indemnités d'accident. Environ 19 % des répondants ont indiqué « toujours », 43 %, « parfois » et environ 39 %, « rarement » ou « jamais ». La rétroaction n'est peut-être pas valide sur le plan scientifique, mais elle cadre avec d'autres éléments probants qui laissent entendre que les consommateurs ont maille à partir avec les formulaires de demande d'indemnités d'accident.

La trousse de demande initiale comprenait cinq formulaires qui avaient au total vingt pages à remplir pour les personnes qui demandaient des indemnités, leur employeur et leur fournisseur de soins de santé. Une demande peut être considérée comme étant incomplète et son traitement peut être retardé si un expert en sinistres décide qu'il manque des renseignements nécessaires pour calculer l'admissibilité à une indemnité. À l'heure actuelle, il y a dix-neuf formulaires de demande qui pourraient s'appliquer aux demandeurs. Il existe en outre d'autres formulaires qui pourraient s'appliquer à d'anciennes demandes. Le grand nombre de formulaires crée un fardeau bureaucratique pour les demandeurs, les experts en sinistres et autres participants au régime d'assurance-automobile.

Le processus utilisé pour créer les formulaires a mis à contribution la CSFO et la plupart des intervenants du régime (assureurs, fournisseurs de soins de santé et avocats), mais pas les consommateurs. Malgré les nombreuses heures que des personnes possédant des connaissances et une expérience considérables du régime des indemnités d'accident ont consacrées à la conception de formulaires visant à accélérer les processus de demande d'indemnités, les résultats antérieurs n'ont peut-être pas atteint le but visé. Peut-être devrions-nous reconnaître le fait que les personnes qui traitent les demandes, les fournisseurs de soins de santé, les avocats et l'organisme de réglementation ne sont pas experts en conception de formulaires.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) mène actuellement un projet relatif aux services aux fins de tiers dont le mandat consiste à simplifier et à normaliser les formulaires et les rapports qui exigent l'autorisation d'un médecin au sein de quatre ministères (MSG, MTO, MSSLD et MSSC). La CSFO collaborera à ce projet afin de simplifier les formulaires du régime d'assurance-automobile.



Une partie de la complexité peut se justifier par la nécessité d'élaborer une base de données comprenant des renseignements sur les demandes de règlement pour soins de santé. Le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA) est un projet à long terme du secteur de l'assurance qui est élaboré en consultation avec la CSFO, les associations de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants du régime d'assurance-automobile. Dans une certaine mesure, il est nécessaire d'établir un juste équilibre entre la nécessité d'un processus de demande plus simple et l'engagement envers le Système DRSSAA et la nécessité de disposer de renseignements de qualité.

**Recommandation n°3 : Retenir les services d'un expert-conseil en formulaires afin d'aider la CSFO et les intervenants à simplifier le processus de demande et à réviser les formulaires qui devraient d'abord être mis à l'essai auprès des consommateurs.**

#### ***4.3 Règles relatives à la détermination de la responsabilité***

Les règles relatives à la détermination de la responsabilité (RRDR) de l'Ontario ont été créées en 1990 en vertu du Règlement de l'Ontario 668 et n'ont pas été mises à jour depuis. Les consommateurs n'ont jamais parfaitement bien compris l'interrelation entre les RRDR, les différentes garanties pour dommages matériels (indemnisation directe pour dommages matériels et collision) et les systèmes de classement des risques des assureurs qui servent à déterminer les tarifs ou n'ont jamais été à l'aise avec cette notion. Le pourcentage de responsabilité attribué à un conducteur sert à déterminer la garantie qui sera utilisée pour réparer le véhicule de ce dernier plutôt qu'à calculer l'augmentation de la prime au prochain renouvellement. Les assureurs utilisent généralement tout accident dont le conducteur est responsable aux fins de la tarification, quel que soit le pourcentage de répartition par rapport à l'importance de la demande.

Par exemple, supposons qu'un conducteur a souscrit une garantie collision comportant une franchise de 500 \$ et aucune franchise pour l'indemnisation directe pour dommages matériels. Si le conducteur est jugé entièrement responsable de l'accident, les réparations seront payées en vertu de la garantie collision et la franchise de 500 \$ s'applique entièrement. Si le même conducteur est jugé responsable de l'accident dans une proportion de 50 %, alors 50 % des réparations seront payées en vertu de l'indemnisation directe pour dommages matériels et 50 % en vertu de la garantie collision, et une franchise de 250 \$ (50 % de 500 \$) s'appliquerait. Enfin, si le même conducteur est considéré comme n'étant aucunement responsable de l'accident, alors les réparations seront payées en vertu de l'indemnisation directe pour dommages matériels et aucune franchise ne s'appliquera.

Ce genre de répartition n'est ni utilisé ni pertinent au moment d'évaluer le risque. Toute personne dont la conduite a été déterminée comme ayant contribué à un



accident est considérée comme représentant un risque plus élevé. La notion selon laquelle une personne responsable à 50 % représente la moitié du risque d'une personne responsable à 100 % n'est pas appuyée par les données actuarielles de l'industrie.

Cependant, dans certains territoires de compétence au Canada et aux États-Unis, les consommateurs sont protégés des hausses de tarif lorsqu'ils ne sont que partiellement responsables. On pourrait instaurer un seuil de responsabilité de telle sorte qu'un degré de responsabilité inférieur à ce seuil n'entraînerait pas de hausse de tarif. Il convient de noter que les consommateurs jouissent déjà d'une certaine protection par voie de règlement puisque les assureurs ne peuvent tenir compte des accidents sans responsabilité pour établir le tarif. Cette protection existe sans égard au fait que les données actuarielles laissent supposer que les conducteurs qui ont des accidents dont ils ne sont pas responsables représentent un risque plus élevé que ceux qui n'ont aucun accident. Toutefois, il serait peut-être possible d'élargir la portée des mesures restrictives actuelles qui protègent les conducteurs non responsables afin de protéger également ceux dont le degré de responsabilité ne dépasse pas un seuil de 25 %.

**Recommandation n°4 : Aucun élément d'un système de classement des risques ne devrait utiliser les sinistres antérieurs pour lesquels un conducteur est responsable dans une mesure de 25 % ou moins.**

Un certain nombre de RRDR décrivent les circonstances précises dans lesquelles la responsabilité doit être attribuée à 50 % aux deux conducteurs. En outre, les experts en sinistres peuvent décider de diviser la responsabilité à 50 % entre les conducteurs lorsqu'il est impossible d'établir les faits concernant l'accident, par exemple lorsqu'il n'y a aucun témoin ou que les déclarations des consommateurs en cause sont contradictoires.

Certains consommateurs ont reproché aux experts en sinistres de répartir trop souvent la responsabilité à 50 % entre les conducteurs parce qu'ils n'examinent pas les demandes d'indemnités assez rigoureusement et, par conséquent, ne déterminent pas la responsabilité correctement. Les accidents avec dommages matériels sont souvent signalés à la police par les conducteurs dans le centre de déclaration des collisions plutôt que sur les lieux où ils se sont produits. Puisque les conducteurs déclarent eux-mêmes les accidents, il devient plus difficile de déterminer la responsabilité lorsque des conducteurs impliqués dans une collision en donnent des versions contradictoires. Les préoccupations des conducteurs sont justifiées, car la décision d'un expert en sinistres relativement à la responsabilité peut avoir des répercussions à long terme sur les primes d'assurance d'un automobiliste.

Un examen des demandes de renseignements adressées à la Direction de la réglementation des pratiques de l'industrie de la CSFO révèle qu'après les



questions sur les indemnités d'accident, les appels les plus fréquents sont ceux de consommateurs en désaccord avec la décision de responsabilité de l'expert en sinistres. Un grand nombre d'appels provenait de consommateurs ayant vu leurs primes augmenter considérablement au renouvellement de leur assurance. La CSFO estime que les consommateurs ne savent pas toujours comment les experts en sinistres déterminent la responsabilité, quelles conséquences peut avoir un verdict de responsabilité sur leurs primes et (ou) comment s'y prendre pour en appeler de la décision d'un expert en sinistres.

Dans le cas des différends portant sur les dommages matériels, le mécanisme de règlement prévu à l'article 128 de la *Loi sur les assurances* permet à chaque partie de nommer un estimateur dans le but de régler le différend. Les deux estimateurs peuvent nommer un arbitre qui n'intervient que s'ils n'arrivent pas à s'entendre sur un règlement. Les parties se divisent les coûts. Cependant, les deux parties doivent accepter de participer à ce processus (Condition légale 9 (2.1) du Règlement de l'Ontario 777/93). Sinon, le seul autre recours des consommateurs est de contester la décision d'un assureur devant les tribunaux.

**Recommandation n°5 : Énoncer des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires qui établiraient des normes de communication de l'information sur le processus de détermination de la responsabilité et la façon de la contester.**

**Recommandation n°6 : Imposer aux assureurs le processus d'évaluation actuel prévu à l'article 128 de la Loi en ce qui a trait aux demandes de règlement pour dommages matériels si le consommateur préfère ce processus plutôt que de s'adresser aux tribunaux.**

#### ***4.4 Pratiques de soumission de prix pour l'assurance-automobile***

La CSFCO reçoit fréquemment des plaintes concernant certains assureurs qui, avant d'accepter de soumettre un prix, demandent et recueillent des renseignements personnels qu'ils ne sont pas autorisés à utiliser à des fins de tarification ou de souscription ou qui ne sont pas recueillis dans la Proposition d'assurance-automobile de l'Ontario (FPO 1).

La *Loi sur les assurances* régit le processus officiel de « proposition » en vertu duquel une police d'assurance-automobile est délivrée à une personne désirant assurer un véhicule. La Loi ne s'applique pas au processus de soumission de prix ou de « proposition préalable » servant à comparer les prix avant l'achat.

Le processus de proposition officiel s'amorce lorsque le consommateur demande un formulaire de proposition ou qu'il exprime d'une autre façon son intention de présenter une proposition. L'agent ou le courtier doit fournir un formulaire FPO 1 au consommateur et, à la demande de ce dernier, faire parvenir le formulaire rempli à l'assureur. L'assureur ne peut refuser d'établir un contrat sauf s'il le fait



conformément aux règles approuvées de souscription et de refus déposées auprès de la CSFO.

Les formulaires en ligne utilisés pour soumettre des prix sont différents du formulaire FPO 1. Outre les renseignements nécessaires à la tarification d'une police, les consommateurs qui demandent un prix peuvent également devoir fournir :

- leur consentement à une vérification de la cote de solvabilité;
- des renseignements sur leur emploi ou leur profession;
- des renseignements d'ordre médical.

En 2005, le gouvernement de l'Ontario a modifié le Règlement de l'Ontario 664 en ajoutant certains renseignements financiers et autres facteurs relatifs au « style de vie » à la liste existante des critères de tarification et de classification des risques dont l'utilisation est explicitement interdite aux assureurs. Toutefois, la version actuelle du règlement ne défend pas aux assureurs de poser de telles questions. Des intervenants se sont dits préoccupés du fait que certaines pratiques de soumission de prix soient utilisées pour contourner les interdictions existantes.

Les assureurs peuvent se servir de ces renseignements pour refuser des propositions en ligne ou retarder la soumission d'un prix jusqu'à la réception d'une proposition écrite. Ils ont le droit d'exiger que les demandeurs éventuels leur remettent un formulaire FPO 1 rempli avant de soumettre un prix.

Lorsqu'un consommateur demande un prix en ligne, il doit remplir tous les champs ou répondre à toutes les questions du formulaire. Si les réponses correspondent à des réponses acceptables préalablement déterminées, un prix est immédiatement soumis.

Lorsqu'ils reçoivent le prix, les consommateurs désirant souscrire une assurance peuvent immédiatement terminer la transaction en ligne en fournissant des renseignements supplémentaires à des étapes ultérieures ou, s'ils n'en ont pas la possibilité, en s'adressant à un centre d'appel, habituellement le jour même ou le lendemain.

Si les réponses ne correspondent pas aux réponses préalablement déterminées comme étant acceptables par l'assureur, les consommateurs peuvent se voir refuser une soumission de prix en ligne et enjointre de communiquer avec l'assureur; ils peuvent alors être avisés qu'ils doivent remplir une proposition écrite afin de recevoir un prix. À ce stade, certains consommateurs décident de ne pas poursuivre leurs démarches. On a signalé que le délai nécessaire pour remplir la proposition écrite et obtenir un prix varie entre une et quatre semaines.



Il convient de noter que les courtiers peuvent également avoir recours à des pratiques similaires de soumission de prix, qui correspondent à celles des compagnies d'assurance qu'ils représentent, afin de déceler les risques perçus comme étant marginaux ou ceux qui peuvent être considérés comme susceptibles d'avoir une incidence négative sur les affaires.

La CSFO a publié un bulletin enjoignant aux compagnies d'assurance de ne pas utiliser de critères interdits aux fins de tarification (p. ex., des critères relatifs à la situation économique, personnelle ou sociale d'un consommateur) afin de refuser de fournir des prix, de gêner ou de retarder les efforts d'un consommateur qui désire obtenir une couverture d'assurance ou obtenir un prix, ou pour appliquer un traitement différentiel aux consommateurs au cours du processus de soumission de prix et de demande. On pourrait également envisager la possibilité de créer une interdiction explicite dans le Règlement de l'Ontario 7/00 (actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers).

**Recommandation n°7 : Songer à interdire les pratiques de soumission de prix répréhensibles, y compris les délais de soumission, le fait d'exiger des demandes de prix écrites et certaines techniques de sélection.**

#### ***4.5 Différends entre assureurs***

L'un des principaux objectifs du régime ontarien d'indemnités d'accident sans égard à la responsabilité consiste à répondre aux besoins immédiats des demandeurs à la suite d'un accident de la route et d'accélérer le versement des indemnités peu importe à qui incombe la responsabilité. Sans un régime de paiements accélérés, les demandeurs se retrouveraient incapables d'assumer leurs dépenses courantes et leurs frais de subsistance, de même que les coûts des soins médicaux et de réadaptation découlant d'un accident.

La *Loi sur les assurances* établit un ordre de priorité pour la détermination de la responsabilité de verser les indemnités d'accident légales dans les cas où plus d'un assureur pourrait être responsable du paiement de celles-ci. Lorsqu'un demandeur est blessé par un conducteur non assuré ou est victime d'un accident avec délit de fuite et qu'aucune assurance-automobile n'est disponible, le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles (FIVAVA) verse les indemnités. Le FIVAVA, qui est administré par le gouvernement de l'Ontario, répond aux demandes d'indemnités de la même manière que les compagnies d'assurance. Cependant, il est financé par les automobilistes, qui assument l'augmentation de ses coûts.

Malgré ces règles de priorité, il s'est révélé difficile dans certains cas de régler les différends entre les compagnies d'assurance quant à la responsabilité des indemnités à verser et les parties ont fréquemment dû s'en remettre au système de règlement des différends de la CSFO. Il est souvent arrivé que les



demandeurs qui avaient droit à des indemnités d'accident n'en aient reçu aucune avant que le différend soit réglé.

Afin de remédier à la situation, le Règlement de l'Ontario 283/95 a été adopté en 1995 pour faire en sorte que les demandeurs reçoivent des indemnités d'accident en temps opportun, pendant le règlement des différends. Le règlement établit un processus obligatoire d'arbitrage privé de tous les différends opposant des assureurs en ce qui a trait à la responsabilité du versement des indemnités d'accident.

Il exige que le premier assureur qui reçoit une demande d'indemnités d'accident remplie réponde à la demande et verse toute indemnité à laquelle le demandeur a droit, malgré les objections qu'il puisse avoir à être nommé comme assureur responsable. Si ce premier assureur croit qu'il n'est pas tenu de payer en vertu de l'article 268 de la Loi, il doit aviser de son objection tout autre assureur qu'il tient responsable du versement des indemnités d'accident, ainsi que la personne assurée. Tout autre assureur qui reçoit un avis peut contester son obligation de payer et aviser les assureurs qu'il croit prioritaires.

Au fil des ans, un certain nombre de différends, d'instances judiciaires et de divergences d'interprétation ont entraîné des délais dans le paiement des indemnités aux demandeurs. Ces retards ont souvent des conséquences adverses pour les victimes d'accidents blessés. Certaines compagnies d'assurance ont refusé de répondre à des demandes sous prétexte que le demandeur n'était pas une « personne assurées ». Elles soutiennent qu'il n'y avait aucune police d'assurance en vigueur au moment de l'accident (p. ex., la police était échue, avait été annulée ou n'avait jamais existé) ou que le demandeur n'était pas couvert par une police (p. ex., le demandeur n'était pas à la charge de l'un de leurs titulaires de police). En outre, des assureurs ont indiqué qu'ils recevaient des demandes d'indemnités d'accident incomplètes et qu'ils ne disposaient pas de renseignements suffisants pour déterminer s'ils étaient tenus de verser les indemnités. Dans certains cas, les demandeurs présentent plus d'une demande à différents assureurs lorsqu'ils ne savent pas exactement quelle compagnie est tenue de payer. Certaines décisions judiciaires ont critiqué la façon dont les compagnies d'assurance traitent ces demandes.

La CSFO a consulté un petit groupe d'intervenants en 2006 afin de relever les dispositions problématiques du règlement. Quelques-uns ont également soulevé des questions concernant l'application du règlement dans le cadre du présent examen.

La CSFO a conclu à un manque de clarté relativement à ce qu'est le premier assureur et à ce en quoi consiste une demande dûment remplie. Par ailleurs, des décisions judiciaires ont remis en question le rôle du FIVAVA et sa qualité d'« assureur » en vertu du règlement. Cela peut avoir pour conséquence que les



demandeurs ne reçoivent aucune indemnité jusqu'au règlement du différend ou que les demandes d'indemnités soient acheminées à tort au FIVAVA.

**Recommandation n°8 : Le Règlement 283/95 devrait être modifié afin qu'il soit plus difficile pour les assureurs de détourner les demandes de règlement et afin de veiller à ce que les demandeurs reçoivent les indemnités d'accident pendant que la question de la responsabilité d'un sinistre est résolue.**

#### **4.6 Responsabilité du fait d'autrui**

Le projet de loi 18 a modifié la *Loi sur les assurances*, la *Loi sur l'assurance-automobile obligatoire* et le *Code de la route* le 1<sup>er</sup> mars 2006 pour changer l'ordre dans lequel les clauses de responsabilité civile des polices de responsabilité automobile pertinentes interviennent à l'égard de demandes d'indemnités découlant d'accidents impliquant un véhicule loué, à bail ou non. Les modifications ont également limité, dans la plupart des cas, à un million de dollars la responsabilité du fait d'autrui des entreprises de location en ce qui concerne les demandes d'indemnités découlant de l'utilisation d'un véhicule loué, à bail ou non.

Des courtiers et des entreprises de location ont souligné qu'en vertu de la police d'assurance-automobile standard actuelle (FPO 1), la couverture des véhicules loués ne s'applique qu'à ceux dont le poids nominal brut (PNBV) est inférieur à 4 500 kg. Cela a, paraît-il, créé une lacune sur le plan de la couverture pour les consommateurs titulaires d'une police qui désirent louer un véhicule dont le PNBV est plus élevé. Des courtiers ont suggéré de modifier les mesures législatives afin d'exiger que les propriétaires de véhicules plus lourds aient une couverture accrue. Ils ont également fait observer que, depuis l'adoption du projet de loi 18, les entreprises de location de véhicules ne sont généralement assurées que pour un million de dollars. Des représentants du secteur de la location de véhicules ont proposé que les entreprises de location soient autorisées à vendre une garantie de responsabilité additionnelle aux clients qui ne sont titulaires ni d'une police en vigueur ni d'une couverture supplémentaire. Cependant, la *Loi sur les assurances* interdit aux personnes non autorisées de le faire. La CSFO a déterminé que le surintendant pourrait simplement modifier la FPO 1 afin d'y inclure une protection pour les véhicules d'un PNBV supérieur à 4 500 kg, à la condition qu'ils ne soient loués que pendant une durée limitée (p. ex., 15 jours par année d'assurance). Cette mesure ne s'appliquerait peut-être pas à tous les consommateurs qui louent des véhicules lourds, mais elle profiterait probablement à un grand nombre de locataires.

**Recommandation n°9 : Le surintendant a l'intention de modifier la FPO 1 de façon à prévoir une couverture limitée pour les véhicules dont le PNBV est de plus de 4 500 kg.**





## 5. Annexe sur les indemnités d'accident légales

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les coûts des indemnités d'accident ont augmenté de 34,6 % entre 2004 et 2007. Au cours de cette période, le nombre réel de demandes d'indemnités d'accident a diminué de 3,5 %, mais le coût moyen d'une demande a grimpé de 39,5 %. Dans la présente section du rapport, nous tenterons de cerner les pressions qui, au sein du système, font augmenter les coûts des demandes d'indemnités et qui pourraient compromettre l'abordabilité du produit. En outre, un certain nombre de recommandations formulées dans la présente section amélioreraient également la protection des consommateurs et l'accès aux indemnités d'accident.

### 5.1 Définition de « déficience invalidante »

Les réformes apportées par le projet de loi 59 en 1996 ont instauré deux niveaux d'indemnités d'accident, les indemnités de premier niveau étant réservées aux demandeurs atteints d'une déficience déclarée « invalidante ». L'AIAL définit le terme « déficience invalidante » (voir l'annexe A). La définition a été légèrement modifiée en 2003 en vertu des réformes apportées par le projet de loi 198, mais, sinon, elle est demeurée en grande partie inchangée depuis 12 ans.

Certains intervenants ont laissé entendre que les mentions de paraplégie et de quadriplégie à la disposition a) de la définition ne sont peut-être plus appropriées. La paraplégie et la quadriplégie complètes sont rares et il est préférable de mesurer ces traumatismes en fonction de la gravité de la lésion médullaire. On a proposé d'envisager d'inclure la classification des lésions médullaires et l'échelle d'évaluation de l'American Spinal Injury Association (ASIA) dans la définition de « déficience invalidante ».

La définition qu'en donne l'AIAL fait appel à l'échelle de Glasgow pour déterminer la présence d'une déficience cérébrale invalidante. En 1996, selon les commentaires des intervenants, le gouvernement a compris que l'échelle de Glasgow n'était pas un moyen très efficace de prédire la gravité d'une lésion cérébrale permanente, mais il n'existait pas de méthode de rechange à l'époque. La plupart des intervenants se sont dits insatisfaits de la définition de « déficience invalidante » en ce qui a trait aux lésions cérébrales. À l'automne 2007, le BAC a abordé la Fondation ontarienne de neurotraumatologie afin de mettre sur pied un groupe d'experts pour examiner les connaissances scientifiques actuelles et les éléments probants qui permettent de mesurer et de définir la déficience cérébrale. Le BAC a remis un exemplaire du rapport du comité à la CSFO dans le cadre du présent examen. Le rapport présente un algorithme permettant de déterminer la présence d'une déficience cérébrale invalidante. Le secteur de l'assurance vérifie actuellement la précision et la prévisibilité de l'algorithme.



L'ouvrage de l'American Medical Association intitulé « Guides to the Evaluation of Permanent Impairment » (les guides), 4<sup>e</sup> édition (publié en 1993), est intégré à l'AIAL par voie de référence. Les guides fournissent aux professionnels de la santé un barème d'analyse, d'évaluation et de consignation des déficiences fonctionnelles touchant toutes les parties du corps. Après avoir attribué une valeur en pourcentage aux déficiences d'une personne, on utilise une formule intégrée dans un diagramme pour combiner ces déficiences en une « déficience touchant l'organisme dans son ensemble » finale. L'AIAL précise que si cette déficience touche au moins 55 % de l'ensemble de l'organisme, la personne est déclarée atteinte d'une déficience invalidante.

Les guides attribuent un pourcentage à chaque type de déficience, sauf aux troubles mentaux et à ceux du comportement. Ces déficiences font l'objet d'une classification distincte décrite au chapitre 14 des guides, selon qu'elles sont légères, modérées, marquées ou extrêmes. L'AIAL distingue les troubles mentaux et ceux du comportement des autres déficiences à la disposition g) de la définition et considère qu'elles peuvent constituer des déficiences invalidantes.

À ce jour, la décision qui a le plus influé sur la façon d'interpréter la définition de « déficience invalidante » est celle rendue dans l'affaire *Desbiens c. Mordini* en novembre 2004. Dans l'affaire *Desbiens*, le tribunal a statué que :

- Les déficiences physiques (aux termes de la disposition f de la définition) et psychologiques (disposition g) peuvent être combinées afin de déterminer si une personne a subi une déficience touchant au moins 55 pour cent de l'ensemble de l'organisme.
- On peut attribuer des cotes en pourcentage aux déficiences psychologiques malgré le fait que les guides précisent que l'absence de lignes directrices sur l'attribution de cotes ne constitue pas simplement une omission passive, mais plutôt un acte de proscription délibéré.

À la suite de l'affaire *Desbiens*, on ne sait pas avec certitude si les troubles physiques et psychologiques dont souffre une victime d'accident blessée seront combinés et une instance judiciaire ou une procédure d'arbitrage débute souvent avant que la question ne soit réglée. Les assureurs sont favorables à une modification du règlement qui rétablirait la notion selon laquelle les dispositions f) et g) ne doivent pas être combinées. D'autres intervenants ont indiqué que cela serait injuste. Les intervenants ont fait savoir à la CSFO que des éclaircissements étaient nécessaires. L'incertitude relative à cette question pousse même certains évaluateurs médicaux à produire deux rapports. La CSFO n'est pas en mesure de trancher, en s'appuyant sur les commentaires des intervenants recueillis à ce jour, s'il est préférable de combiner les troubles physiques et psychologiques ou de les traiter séparément. Des consultations plus approfondies avec des experts du domaine s'imposent.



Les guides ont été publiés pour la première fois en 1970 et révisés périodiquement pour tenir compte des nouvelles connaissances scientifiques et des derniers jugements. La plus récente version des guides, la 6<sup>e</sup> édition, est parue en décembre 2007. L'AIAL continue de faire référence à la 4<sup>e</sup> édition.

Un certain nombre d'intervenants ont suggéré d'intégrer la 6<sup>e</sup> édition des guides au règlement. Cependant, l'adoption de la 6<sup>e</sup> édition des guides ne réglerait pas toutes les difficultés liées à la définition de « déficience invalidante », car elle contient des cotes en pourcentage limitées pour les déficiences mentales et celles du comportement et tient peu compte des déficiences émotionnelles et (ou) comportementales, même lorsqu'elles découlent d'une déficience neurologique.

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) effectue une évaluation similaire en vue de déterminer le montant à verser (à titre d'indemnité de perte non financière) à un travailleur blessé atteint d'une déficience permanente. Cette évaluation s'appuie également sur les guides, à la différence que la CSPAAT utilise la 3<sup>e</sup> édition révisée plutôt que la 4<sup>e</sup> édition. La CSPAAT attribue des valeurs en pourcentage correspondant à une déficience permanente aux déficiences mentales et à celles du comportement, dont les invalidités psychotraumatiques, les invalidités liées à la douleur chronique et le syndrome de fibromyalgie. Il vaudrait la peine d'examiner son barème afin de déterminer si le régime d'assurance-automobile pourrait l'utiliser.

La CSFO a conclu que d'importants événements se sont produits depuis l'adoption de la définition de « déficience invalidante ». Des décisions judiciaires ont élargi la définition afin d'abolir les inégalités perçues, mais, ce faisant, elles ont aussi exposé le système à des abus possibles. La plupart des intervenants continuent d'appuyer le concept de deux paliers d'indemnités selon la gravité des blessures. Toutefois, l'intégrité du modèle dépend d'une définition claire et équitable de « déficience invalidante ».

**Recommandation n° 10 : D'autres consultations avec des experts en la matière sont nécessaires afin de modifier la définition de « déficience invalidante ». Cet examen devrait avoir pour but de veiller à ce que les victimes d'accident les plus gravement blessées soient traitées équitablement.**

## ***5.2 Évaluations et examens***

Les intervenants semblent s'entendre sur l'utilisation excessive des évaluations au sein du régime d'assurance-automobile. Les données empiriques recueillies auprès de divers intervenants sont assez troublantes. Voici quelques-unes des allégations entendues :



- Il existe au sein du régime d'assurance-automobile de nombreuses « usines à évaluations » qui fournissent aux demandeurs des évaluations inappropriées ou inutiles compte tenu du diagnostic ou du stade de rétablissement.
- Des évaluations sont effectuées par des établissements qui ne prennent aucune part au traitement du demandeur.
- Plusieurs demandes d'évaluation sont envoyées aux assureurs dans le but de submerger les experts en sinistres.
- Des évaluations sont demandées à l'appui de demandes d'indemnités courantes, même si rien n'indique que les assureurs refuseront de verser des indemnités.
- Des évaluations sont demandées à l'insu du demandeur et sans son consentement.
- Des demandes d'évaluation sont remplies au nom de fournisseurs à leur insu ou sans leur consentement et, dans certains cas, avec des signatures contrefaites.
- Des fournisseurs non qualifiés effectuent des évaluations.
- On constate une récente tendance aux évaluations à domicile, qui coûtent plus cher, sans la moindre justification.
- Les coûts de ces évaluations sont disproportionnés par rapport aux avantages que le demandeur ou l'assureur en tire.
- Des sommes sont versées illégalement aux personnes qui recommandent les évaluations.

Le BAC a fait valoir qu'en 2007, selon les pertes subies (indemnités versées et réserves), une somme supplémentaire de 60 à 80 cents a été dépensée en évaluations pour chaque dollar consacré aux traitements. Dans le cas des demandes mineures (allant de 1 000 \$ à 20 000 \$), il semble dire que les coûts des évaluations se situaient entre 70 et 80 cents pour chaque dollar consacré aux traitements. Un tel nombre d'évaluations ne correspondrait pas aux pratiques d'autres instances, dont le système public de soins de santé.

Il vaut la peine d'examiner les réformes antérieures afin de retracer l'évolution de l'Ontario vers le système actuel. En vertu du projet de loi 68, les traitements n'étaient pas approuvés au préalable et certains frais contestés devaient être payés par l'assureur en attendant le règlement du différend. Les assureurs pouvaient demander des déclarations aux fournisseurs (uniquement aux médecins, psychologues, chiropraticiens et dentistes), mais aucuns frais d'évaluation n'étaient liés au traitement et aux déclarations. L'article 23 du Règlement de l'Ontario 672 prévoyait des évaluations liées aux attestations demandées par les assureurs concernant les demandes d'indemnités hebdomadaires, mais elles étaient rarement effectuées. Les examens médicaux exigés par les assureurs étaient permis relativement aux demandes d'indemnités hebdomadaires, mais ces examens portaient également sur les traitements proposés.



L'un des changements importants instaurés en 1993 en vertu du projet de loi 164 a été la mise en place du système de centres d'évaluation désignés (CED). Les décideurs de l'époque envisageaient peut-être que les évaluations effectuées par les CED réduiraient la nécessité pour les assureurs d'exiger des examens. L'article 57 du Règlement de l'Ontario 776/93 prévoyait le paiement des frais d'examen liés à l'obtention d'une attestation ou d'un rapport exigé en vertu du règlement. Encore une fois, cette disposition n'a pas produit les résultats constatés aujourd'hui.

En 1996, une nouvelle version de l'AIAL (Règlement de l'Ontario 403/96) est entrée en vigueur en vertu du projet de loi 59. Le libellé de l'article 24 de ce règlement ressemblait à celui de l'article 57 du Règlement 776/93, mais il englobait également les frais d'examen relatifs aux plans de traitement. Le projet de loi 59 a assujéti les traitements à l'approbation préalable de l'assureur et a obligé les fournisseurs à présenter des plans de traitement afin d'obtenir cette approbation. Cette tentative de contrôle du coût des traitements semble avoir modifié les schémas de pratique en matière de soins de santé; en effet, le nombre et le coût des évaluations ont augmenté de façon régulière depuis 12 ans. En 2003, le règlement a été modifié par l'intégration d'un processus d'approbation préalable des évaluations, mais les commentaires des intervenants donnent à penser que cette modification a eu très peu d'incidence.

Certains groupes ont prétendu que les évaluations sont nécessaires dans chaque cas où un plan de traitement est établi, que des attestations et des formulaires doivent être remplis et que des indemnités sont demandées. La CSFO doute que ce soit le cas et qu'une seule évaluation puisse servir à plusieurs fins différentes.

La participation d'avocats et de représentants AIAL au processus d'évaluation constitue une autre tendance troublante. Des intervenants ont informé la CSFO qu'il n'est pas rare de recevoir des demandes d'évaluation télécopiées par des cabinets d'avocats. La CSFO s'inquiète du fait que les représentants des demandeurs demandent ces évaluations dans le but d'accroître la valeur du règlement des demandes d'indemnités plutôt que de répondre aux besoins de leurs clients en matière de traitements.

Les modifications apportées en 2006 à l'AIAL comprenaient une disposition sur l'approbation réputée visant à faire en sorte que les demandes d'approbation préalable des évaluations ne soient pas ignorées. Les assureurs qui ne répondent pas à une demande d'approbation dans un délai de trois jours ouvrables doivent assumer les frais d'évaluation. Cette disposition a été ajoutée au règlement afin que les demandeurs puissent recevoir rapidement des traitements et d'autres indemnités. Cependant, certaines conséquences de cette disposition pourraient l'emporter sur ses avantages. Certains fournisseurs et établissements de soins de santé présentent plusieurs demandes d'évaluation pour le même demandeur plutôt que de les combiner en une seule demande,



submergeant ainsi les experts en sinistres des compagnies d'assurance. Au cours des consultations, un certain nombre d'intervenants ont laissé entendre que les experts en sinistres demandent souvent un examen afin de gagner du temps, ce qui ne fait qu'augmenter les coûts de transaction, la bureaucratie et les délais.

Certains assureurs déclarent recevoir des demandes d'évaluation qui ne sont pas nécessairement liées à des traitements ou à d'autres indemnités. Un assureur a indiqué qu'il avait examiné des données internes qui le portaient à croire qu'il recevait en moyenne une demande d'évaluation par tranche de neuf plans de traitement soumis. Toutefois, les données ont révélé des différences régionales et une région de la province affichait un ratio aussi élevé que une demande d'évaluation pour deux plans de traitement.

Les évaluations effectuées en vertu de l'AIAL prennent de plus en plus la forme d'examens médico-légaux couramment effectués dans le cadre du système de responsabilité civile délictuelle. Il y a lieu de douter du bien-fondé de ces dépenses en vertu de l'AIAL. L'article 24 de l'AIAL a été créé afin de régler la question des évaluations cliniques nécessaires qui s'inscrivent dans le processus de traitement et il n'a jamais été envisagé de limiter ces dépenses. Il semblerait que des limites soient nécessaires afin de réduire l'utilisation excessive d'examens qui servent à justifier une demande d'indemnités ou une décision en matière d'admissibilité plutôt qu'à guider les cliniciens. Les examens médico-légaux ont leur place dans un cadre de règlement de différends, mais pas dans un processus de réadaptation.

**Recommandation n° 11 : Les dépenses d'évaluation en vertu de l'article 24 devraient être assujetties au même maximum et aux mêmes délais que ceux qui s'appliquent aux frais médicaux et de réadaptation en vertu de l'article 19 de l'AIAL.**

**Recommandation n° 12 : Les frais demandés pour remplir les formulaires, y compris toute évaluation requise, devraient être plafonnés à 200 \$. Le coût de toutes les autres évaluations devrait être plafonné à 2 000 \$.**

**Recommandation n° 13 : Le délai accordé aux experts en sinistres pour examiner les demandes d'évaluation devrait être le même que celui qui s'applique aux plans de traitement (10 jours ouvrables) pour permettre le traitement approprié des demandes de règlement.**

Le BAC signale que le nombre d'évaluations à domicile a également augmenté. Bien que le terme « évaluation à domicile » ne figure pas dans le règlement, on y a de plus en plus recours depuis quelques années. Ces évaluations ont lieu au domicile du demandeur plutôt que dans un milieu clinique et servent à appuyer une demande de traitement, de prestations de réadaptation, d'indemnités de soins auxiliaires, d'allocations d'entretien du logement et d'indemnités de



soignants. Les données actuelles du secteur ne classent pas séparément les évaluations effectuées au domicile du demandeur. Cependant, il y a suffisamment de données empiriques pour donner à penser qu'elles contribuent à la croissance des coûts. Des fournisseurs qui étudient les demandes d'évaluation à domicile pour le compte des assureurs ont déclaré qu'ils avaient également observé une augmentation du nombre de ces évaluations. L'Ontario Society of Occupational Therapists a déclaré que certains professionnels de la santé demandent couramment deux ou trois évaluations à domicile afin de déterminer les besoins, alors qu'une seule évaluation suffirait. Outre leur domicile, certains demandeurs subissent des évaluations à leur lieu de travail ou à l'école.

Le problème des évaluations à domicile est leur coût. Les assureurs assument les frais supplémentaires engagés lorsque les fournisseurs se rendent chez les demandeurs plutôt que l'inverse pour effectuer une évaluation. Ce problème est semblable à celui que posent les multiples demandes d'évaluation présentées en vertu de l'article 24 de l'AIAL.

À une certaine époque, les seules évaluations à domicile prévues par le régime d'assurance-automobile se rapportaient aux soins auxiliaires et aux modifications du domicile. Afin d'évaluer leur autonomie dans le cadre des activités de la vie quotidienne, il fallait observer les demandeurs dans leur milieu de vie. La CSPAAAT procède à des évaluations semblables, mais seulement dans le cas de ses clients les plus grièvement blessés. La CSFO a conclu que les victimes d'accidents de la route n'ont rien d'exceptionnel lorsqu'il s'agit d'évaluer leurs besoins. Les déplacements des fournisseurs de soins de santé chez les clients accaparent des ressources limitées et coûteuses. Par conséquent, la plupart des évaluations devraient avoir lieu en milieu clinique.

**Recommandation n° 14 : L'accessibilité aux évaluations à domicile devrait être réservée aux demandeurs qui sont gravement blessés et devrait servir uniquement à évaluer leurs besoins en matière de services d'auxiliaires et de modifications de la résidence.**

La CSFO a conclu que l'approbation préalable n'a pas été un moyen efficace pour freiner l'utilisation des évaluations. Il semble y avoir très peu de responsabilisation au sein du système et la prestation des services paraît très fragmentée. Tout professionnel de la santé réglementé ou travailleur social peut soumettre une demande d'évaluation et l'assureur doit y répondre. En outre, le règlement précise qu'un assureur ne peut rejeter la demande avant qu'un examen n'ait été effectué. Cela signifie qu'un assureur doit engager des frais supplémentaires, même à l'égard des demandes d'évaluation les plus douteuses.

Les intervenants ont suggéré un certain nombre de moyens pour mieux contrôler le recours aux évaluations. Certains ont recommandé de restreindre le nombre d'évaluations qui peuvent être effectuées dans un délai précis ou d'obliger les



fournisseurs ou les établissements à demander plusieurs évaluations sur un seul formulaire. Un autre mémoire laissait entendre qu'il y avait un manque de responsabilisation, proposant d'exiger que les demandeurs signent toutes les demandes d'évaluation. La CSFO s'inquiète de l'éventualité que l'adoption de règles supplémentaires ne fasse qu'accroître la complexité sans nécessairement contrôler le recours excessif aux évaluations. Puisque le processus actuel ne réussit pas à contrôler adéquatement l'utilisation des évaluations, le fait de le rendre plus compliqué causera vraisemblablement davantage de frustration sans produire les résultats escomptés.

La CSFO a effectivement examiné les pratiques en vigueur dans d'autres territoires de compétence canadiens afin de les comparer à celles de l'Ontario. Cela ne semble pas être un facteur de coût dans les autres provinces. Les autres territoires de compétence n'ont pas indiqué que les fournisseurs effectuaient plusieurs évaluations pour entreprendre le versement des indemnités et les traitements. On procède normalement à des évaluations plus poussées dans les cas où le rétablissement ne progresse pas comme prévu. Par exemple, en Saskatchewan, l'examen des cas plus difficiles est confié à des centres d'évaluation secondaires et tertiaires.

Pourquoi le régime d'assurance-automobile de l'Ontario est-il si différent des autres? La CSFO a conclu que la différence du régime ontarien réside notamment dans la méthode de gestion des traitements. Le système de l'Ontario semble favoriser la multiplication et le dédoublement des évaluations, ainsi que la fragmentation des traitements. Les commentaires recueillis auprès des intervenants donnent à penser que, souvent, les médecins de famille ne prennent pas en charge les traitements des victimes d'accidents de la route. Dans environ la moitié des provinces et territoires canadiens, les médecins dirigent les évaluations et les traitements. En Saskatchewan, les demandeurs doivent désigner un praticien principal qui peut être un médecin, un chiropraticien ou un physiothérapeute. En Ontario, les membres de 24 professions sont autorisés à effectuer une évaluation et des mesures législatives adoptées en 2006 ajouteront quatre professions à ce nombre (kinésiothérapeutes, psychothérapeutes, naturopathes et homéopathes). Cette augmentation du nombre de professions de la santé réglementées pourrait accroître les pressions qui s'exercent au chapitre des coûts sur le régime d'assurance-automobile lorsque ces professionnels commenceront à effectuer des évaluations. La CSFO a conclu que les évaluations devraient être demandées par le professionnel de la santé qui dirige la réadaptation du demandeur plutôt que par l'évaluateur. Le professionnel responsable de la réadaptation peut répondre sans réserve et avec précision aux questions du demandeur et de l'expert en sinistres au sujet de la pertinence des évaluations et des traitements proposés.

La participation accrue des médecins ne devrait pas avoir d'incidence sur la pénurie de médecins en Ontario. Les demandeurs qui souffrent de blessures plus graves voient déjà leur médecin de famille après un accident. Les





changements proposés n'augmenteront pas les visites chez le médecin de façon notable et seront bénéfiques pour les demandeurs, car leur médecin de famille sera mieux informé de leurs progrès.

**Recommandation n°15 : Songer à faire remplir les demandes d'évaluation seulement après qu'une recommandation a été effectuée par le professionnel de la santé qui est principalement responsable de la réadaptation du demandeur (un médecin de famille dans la plupart des cas). Les demandes d'évaluation continueraient d'être soumises par les fournisseurs après une recommandation.**

Les modifications apportées à l'AIAL en 2006 qui ont éliminé le système des CED ont également transformé le rôle des examens exigés par l'assureur aux termes de l'article 42 du règlement. Ces examens servent à répondre aux demandes d'indemnités ou à déterminer si un demandeur a le droit à une indemnité ou continue d'y avoir droit. Un assureur ne peut refuser le versement d'indemnités ou y mettre fin sans qu'un examen n'ait été effectué et, s'il le faisait, cela serait considéré comme un acte ou une pratique malhonnête ou mensonger. Par conséquent, l'élimination du système des CED n'a pas réduit le nombre d'évaluations au sein du régime d'indemnités d'accident. Au contraire, il semble que le nombre d'examens exigés par l'assureur ont augmenté au cours des deux dernières années.

Un examen exigé par l'assureur peut être fait sur dossier (en fonction des critères énoncés dans l'AIAL), ce qui élimine la nécessité pour le demandeur de se présenter en personne; toutefois, dans bon nombre cas, le demandeur doit tout de même subir un examen physique. Le processus d'examen exigé par l'assureur prévu dans l'AIAL a été mis au point dans le but de régler rapidement les questions de droit aux indemnités. Afin de favoriser l'atteinte de cet objectif, le règlement prévoit une série d'échéances serrées et de règles de procédure rigoureuses en ce qui a trait à la signification des avis, à l'échange de documents, à la prise de rendez-vous et à la remise des rapports. Si l'évaluateur ne peut remettre le rapport d'examen exigé par l'assureur dans les délais prescrits dans le règlement, les assureurs sont tenus de verser les indemnités jusqu'à la remise du rapport.

Un certain nombre de pratiques inhabituelles des assureurs ont été signalées par d'autres intervenants du système. Selon les gens qui effectuent les examens, la plupart des assureurs insistent pour que tous les rapports soient remis dans les délais prescrits dans l'AIAL. Cela exerce des pressions sur les évaluateurs, tout particulièrement lorsqu'une évaluation multidisciplinaire est nécessaire. Les intervenants sont d'avis que, dans certains cas, la pression des échéances a eu une incidence négative sur la qualité des rapports. En outre, les demandeurs se sentent contraints de se présenter à des rendez-vous dans de courts délais, d'où le nombre élevé de « rendez-vous manqués », qui font augmenter davantage l'ensemble des coûts.



Les examens exigés par l'assureur sont effectués en réponse aux demandes de produits et de services, même si leur coût peut dépasser le montant de la demande initiale. Certains intervenants suggèrent d'appliquer un « principe de proportionnalité ». Dans les cas où le coût d'un examen exigé par l'assureur est supérieur à l'indemnité demandée, les assureurs ne seraient pas autorisés à procéder à l'examen. Cependant, la CSFO craint que l'application d'un tel principe modifie les comportements, entraînant ainsi des résultats non désirés. Il serait peut-être possible d'appliquer le principe en donnant aux experts en sinistres plus de latitude en ce qui a trait à l'étude des demandes d'indemnités de moindre valeur.

L'AIAL établit des restrictions d'ordre géographique pour les examens exigés par l'assureur afin de réduire au minimum les désagréments occasionnés aux demandeurs. Le règlement exige que les assureurs adressent les demandeurs à des évaluateurs qui se trouvent dans un rayon de 30 kilomètres de leur domicile s'ils habitent dans la région du grand Toronto et dans un rayon de 50 kilomètres s'ils vivent dans une autre région. Si aucun évaluateur qualifié n'est raisonnablement disponible, le règlement permet aux assureurs d'organiser des examens hors de ces limites géographiques. Dans certains cas, lorsque l'évaluateur approprié provient d'une région située à l'extérieur de ces limites géographiques, certains assureurs le paient pour qu'il se rende chez le demandeur plutôt que l'inverse. Cette pratique coûteuse s'apparente à celle consistant à effectuer des évaluations à domicile en vertu de l'article 24 plutôt qu'en milieu clinique. Des assureurs ont laissé entendre que les limites géographiques ont créé des « monopoles régionaux » pour les évaluateurs disposés à effectuer des examens dans les délais prescrits par l'AIAL, ce qui en fait augmenter le coût. Les mémoires présentés par le secteur des assurances recommandaient que les limites géographiques relatives au lieu des examens soient supprimées du règlement. Le secteur n'a fourni aucune autre précision et la CSFO n'est pas en mesure de formuler des commentaires sur l'ampleur de ce problème précis.

Un nombre important d'intervenants s'est dit préoccupé par la qualité des rapports relatifs aux examens exigés par les assureurs et les compétences des fournisseurs chargés d'effectuer ces examens. Le Règlement 7/00 précise que le fait d'exiger que le demandeur soit examiné par une personne qui n'est pas raisonnablement compétente pour le faire constitue un acte ou une pratique malhonnête ou mensonger. Toutefois, les évaluateurs œuvrant au sein du régime d'assurance-automobile ne sont assujettis à aucune norme ni à aucun critère de compétence. Certains intervenants ont suggéré que la CSFO élabore des lignes directrices englobant les pratiques exemplaires liées aux examens exigés par les assureurs, aux rapports normalisés et aux qualifications des évaluateurs. La CSFO croit que certains intervenants souhaiteraient qu'elle réglemente la réalisation d'examens médicaux par des tiers. La CSFO estime qu'il ne s'agit ni d'un rôle approprié pour un organisme de réglementation des



services financiers ni d'un domaine qui nécessite l'intervention d'un autre organisme de réglementation puisque tous les évaluateurs sont déjà réglementés par l'un des ordres de réglementation des professionnels de la santé. Ce qu'il faut, c'est un processus d'élaboration de normes régissant l'ensemble du secteur.

**Recommandation n° 16 : Les associations professionnelles en soins de santé et le secteur de l'assurance devraient élaborer conjointement des normes relatives aux examens médicaux effectués par des tiers et déterminer les compétences des évaluateurs. La CSFO faciliterait ce processus.**

D'après les commentaires des intervenants, l'un des types d'évaluation qui semble plus problématique est celui qui sert à déterminer les déficiences invalidantes. Les observations recueillies portent à croire que les coûts et la qualité de ces évaluations sont tous deux source de préoccupations. La Commission de transport de Toronto signale que ces évaluations coûtent souvent entre 20 000 \$ et 30 000 \$ et qu'elles réunissent une équipe multidisciplinaire d'experts professionnels. Le BAC propose que le montant global consacré aux évaluations servant à déterminer la présence d'une déficience invalidante soit plafonné à 15 000 \$. Les assureurs doivent évaluer s'il existe une déficience invalidante en réponse aux demandeurs qui prétendent en être atteints.

La CSFO se demande pourquoi les sommes dépensées pour les évaluations de déficience invalidante sont si élevées. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la CSPAAT effectue une évaluation similaire en vue de déterminer le montant versé à titre d'indemnité de perte non financière à un travailleur blessé atteint d'une déficience permanente. L'évaluation s'appuie également sur les guides de l'AMA, mais sur la 3<sup>e</sup> édition révisée plutôt que sur la 4<sup>e</sup> édition. Au sein du système de la CSPAAT, la plupart des évaluateurs sont des médecins formés à l'utilisation des guides. Les évaluateurs reçoivent des honoraires fixes de 214,01 \$, qui couvrent l'entretien avec le travailleur blessé, l'étude de la documentation et la production d'un rapport. Une prime (pouvant atteindre 214,01 \$) leur est versée pour les évaluations plus longues. On recense environ 900 médecins qui effectuent quelque 17 000 évaluations chaque année. Environ 80 % de ces évaluations portent sur des déficiences du système musculosquelettique. La CSPAAT est en train d'intégrer les évaluations relatives aux indemnités de perte non financière à ses 22 centres d'évaluation régionaux.

La CSFO ne peut expliquer complètement pourquoi il existe une si grande différence entre les régimes d'assurance professionnelle et d'assurance-automobile. Elle croit comprendre que le personnel d'arbitrage de la CSPAAT étudie le dossier et ne fait parvenir à l'évaluateur que la documentation qui serait pertinente pour l'évaluation. Dans la plupart des cas, les évaluateurs s'en



tiennent aux critères énoncés dans les guides de l'AMA pour déterminer s'il s'agit d'une déficience « touchant l'organisme dans son ensemble ».

Un assureur a fourni à la CSFO des exemples d'examens exigés par les assureurs dans le but de déterminer la présence d'une déficience invalidante, dont les coûts variaient entre 15 000 \$ et 43 000 \$. La CSFO a demandé à l'assureur si le fait de limiter ces examens à des analyses cliniques sans étude du dossier aurait modifié le résultat final. L'assureur n'a pas été en mesure de répondre, mais il a reconnu que, dans certains cas, le degré d'invalidité globale était si bas qu'il aurait été presque impossible de contester le rapport relatif à l'examen exigé par l'assureur. Pourtant, les assureurs tiennent à produire de longs rapports médicolégaux en réponse à des demandes de détermination de déficience invalidante qui sont peu fondées. Ce type de sécurité est assorti d'un prix très élevé.

Des intervenants ont laissé entendre que l'on fait appel à des évaluateurs non qualifiés pour déterminer la présence d'une déficience invalidante en vertu des articles 24 et 42. Les cotes erronées accroissent les coûts du régime et le nombre de différends et entraînent souvent d'autres évaluations. Bien que ces évaluations soient très spécialisées, il semble également exister beaucoup de possibilités de formation sur l'utilisation des guides. Il paraît raisonnable de ne confier les évaluations des déficiences invalidantes qu'à des personnes dûment formées, comme le fait la CSPAAT.

**Recommandation n°17 : Restreindre la capacité d'évaluer les déficiences invalidantes aux praticiens ayant une formation et une expérience pertinentes.**

Au moment même où des modifications étaient apportées à l'AIAL en 2006 afin d'éliminer le système des CED, le Règlement de l'Ontario 7/00 a également été modifié de façon à englober de nouveaux actes et pratiques malhonnêtes ou mensongers se rapportant à l'utilisation des examens exigés par les assureurs. Les ajouts les plus importants concernaient le recours à des évaluateurs non qualifiés pour prendre des décisions sur le droit à des indemnités avant de recevoir un rapport relatif à l'examen exigé par l'assureur et le fait d'exiger que le demandeur subisse un examen qui n'est pas raisonnablement nécessaire en vertu de l'AIAL. Les assureurs signalent que les parajuristes et les avocats s'appuient sur ces dispositions afin de menacer les experts en sinistres de porter plainte pour pratiques malhonnêtes. En fait, le personnel de la Direction de la réglementation des pratiques de l'industrie de la CSFO reçoit de nombreuses questions et plaintes de représentants au sujet d'éventuelles pratiques malhonnêtes de la part des assureurs. Après examen, la CSFO n'a relevé aucun problème de conformité. L'absence de normes ou de points de référence a semé la confusion chez les intervenants à l'égard de ce qui constitue une pratique malhonnête.



Les examens qu'exigent les assureurs demeurent une partie litigieuse du système d'indemnités d'accident et un irritant pour les demandeurs, les fournisseurs de soins et les représentants. Ces examens s'ajoutent également aux coûts élevés de transaction du système. Tout comme les assureurs aimeraient que les évaluations en vertu de l'article 24 de l'AIAL diminuent, les demandeurs accueilleraient volontiers une réduction du nombre d'examens en vertu de l'article 42.

De nombreux mémoires ont proposé de limiter le nombre d'examens exigés par les assureurs au cours d'une période donnée. Cette démarche pose les mêmes problèmes que la limitation du nombre d'évaluations en vertu de l'article 24. Toute limite choisie est arbitraire et rend difficile la gestion des cas complexes ou graves. Cependant, le plafonnement des examens exigés par les assureurs établirait un juste équilibre recherché au sein du système si le coût des évaluations était lui aussi plafonné.

Néanmoins, la CSFO juge nécessaire de réduire le nombre d'examens effectués à la demande des assureurs. On pourrait s'attendre à une réduction de ces examens si le nombre d'évaluations en vertu de l'article 24 diminuait. L'une des recommandations déjà formulée dans le présent rapport consiste à accorder plus de temps aux experts en sinistres pour étudier les demandes d'évaluation. Il arriverait moins souvent que des experts en sinistres envoient des demandeurs subir un examen exigé par l'assureur afin de gagner du temps avant de rendre une décision sur le droit aux indemnités. L'idéal serait de donner davantage de latitude aux experts en sinistres afin qu'ils puissent trancher sur le droit aux indemnités sans que l'assureur exige un examen. Par exemple, des assureurs signalent que certains fournisseurs présentent de nouveau des demandes d'évaluation et des plans de traitement qui ont déjà été rejetés. Compte tenu de ses connaissances techniques et de son expérience, la CSFO ne peut se prononcer sur les types de décisions que les experts en sinistres sont en mesure de prendre relativement au droit aux indemnités sans avis médical.

La CSFO a conclu que la nécessité de procéder à un examen exigé par l'assureur avant de refuser le droit aux indemnités a fait augmenter le nombre d'évaluations et les coûts du régime. D'un point de vue conceptuel, ce sont les centres d'évaluation désignés qui ont créé le besoin d'effectuer des évaluations avant de rejeter les demandes d'indemnités. Cependant, cette pratique est incompatible avec celles d'autres territoires de compétence, où les assureurs ne font faire des évaluations par des tiers que lorsqu'ils le jugent nécessaire. Le RPAO a lui aussi accordé aux assureurs le pouvoir discrétionnaire de demander des évaluations lorsqu'ils croyaient à propos de le faire. Une certaine latitude au sein du régime permettrait de réduire les coûts de transaction et les désagréments occasionnés aux demandeurs.

**Recommandation n°18 : Le coût des examens exigés par les assureurs devrait être plafonné à 2 000 \$.**



**Recommandation n°19 : Accorder une certaine discrétion aux experts en sinistres en ce qui concerne l'examen des demandes d'évaluation et de traitement et modifier le Règlement de l'Ontario 7/00 en fonction des modifications éventuellement apportées à l'AIAL.**

Un autre changement est survenu en 2006 lors de l'élimination du système des CED; il est devenu possible pour les demandeurs d'obtenir une évaluation auprès de leur fournisseur de soins de santé dans le but de réfuter les points soulevés à la suite d'un examen exigé par l'assureur. Les intervenants qualifient ces évaluations (prévues à l'article 42.1 de l'AIAL) de « contre-évaluations ». Les circonstances dans lesquelles on peut obtenir une telle évaluation sont énoncées dans le règlement, mais, dans tous les cas, elles servent à répondre à un assureur qui, à la suite d'un examen, refuse de verser des indemnités. Les frais des contre-évaluations sont plafonnés en vertu du règlement, sauf dans les cas où le demandeur est atteint d'une déficience invalidante confirmée ou présumée.

L'ajout des évaluations en vertu de l'article 42.1 avait pour objet d'aider les demandeurs à examiner les questions soulevées à la suite d'un examen exigé par l'assureur dans le cadre d'un différend. L'objectif était d'établir un certain équilibre au sein du système. Les commentaires des intervenants au sujet de la réalisation de cet objectif étaient partagés. Les fournisseurs de soins de santé signalent que les rapports relatifs aux contre-évaluations ont parfois permis de renverser le refus des assureurs de verser des indemnités. On a déclaré que des erreurs commises par des évaluateurs dans le cadre d'examens exigés par les assureurs ont été relevées grâce à une contre-évaluation.

Les contre-évaluations ont également accru les coûts de transaction déjà élevés du régime. Les assureurs ont indiqué que, dans certains cas, les fournisseurs de soins de santé consultés au départ avaient présenté de nouveau leur évaluation initiale en vertu de l'article 42.1. Des intervenants ont fait savoir qu'il est monnaie courante pour les assureurs de demander à l'évaluateur qui a effectué l'examen pour leur compte d'étudier le rapport relatif à la contre-évaluation. Des fournisseurs de soins de santé se sont dits frustrés du fait que les avis qu'ils expriment dans une contre-évaluation ne modifient souvent en rien la décision de l'assureur. La CSFO fait remarquer que l'article 42.1 ne visait pas à créer un processus d'évaluation « dualiste ». C'est pourtant ce qui semble se produire. Si le gouvernement désire simplifier le régime d'indemnités d'accident, éliminer les paliers supplémentaires d'évaluation et d'examen et réduire les coûts de transaction, la CSFO lui recommande d'abroger l'article 42.1. Le demandeur aurait toujours accès aux services de règlement des différends de la CSFO.

**Recommandation n°20 : Révoquer l'article 42.1 de l'AIAL qui permet aux demandeurs d'obtenir une évaluation auprès de leur fournisseur de soins de santé dans le but de réfuter les points soulevés à la suite d'un examen exigé par l'assureur.**



### **5.3 Accès au traitement**

À quelques exceptions près, les fournisseurs de soins de santé doivent préparer un plan de traitement afin de faciliter l'approbation et le paiement des produits et des services médicaux et de réadaptation par un assureur. En outre, la nécessité des traitements recommandés doit être attestée par un « praticien de la santé ». La définition de « praticien de la santé » aux termes de l'AIAL englobe huit professions de la santé réglementées. Il s'agit des médecins, des chiropraticiens, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers praticiens, des optométristes, des physiothérapeutes, des psychologues et des orthophonistes. À la suite de chaque réforme du régime, la liste s'est allongée à tel point que la plupart des traitements sont actuellement attestés par le professionnel de la santé qui les dispense.

La désignation de praticien de la santé aux termes de l'AIAL a été créée en 1993 et englobait à l'origine cinq professions de la santé réglementées d'après la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* qui habilitait ces professions à poser des diagnostics. En plus d'attester les traitements, les praticiens de la santé sont également appelés à attester l'invalidité, ce qui sous-entend une importante capacité de diagnostic. Lorsque la définition a été élargie de manière à englober les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmières et infirmiers praticiens, les critères initiaux ont finalement été abandonnés.

À l'origine, l'exigence d'attestation par une personne ayant la qualité de praticien de la santé visait à faciliter la désignation d'un professionnel de la santé qui serait le praticien principal du demandeur et superviserait sa réadaptation.

Dans le cadre des consultations tenues pour les besoins du présent examen, l'Ontario Massage Therapist Association et l'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario ont toutes deux écrit à la CSFO pour demander que leurs membres soient aussi inclus dans la définition de « praticien de la santé ». La CSFO a également reçu des mémoires d'infirmières et infirmiers autorisés au sujet de l'élargissement de cette définition.

La CSFO s'attend à recevoir d'autres demandes concernant la qualité de praticien de la santé. Des mesures législatives ont été adoptées en 2006 afin d'ajouter les kinésiothérapeutes, les psychothérapeutes, les naturopathes et les homéopathes au nombre des professions de la santé réglementées en Ontario. Outre ces quatre professions qui seront pleinement réglementées dans quelques années, la médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture en sont aux stades avancés du processus de reconnaissance à titre de professions de la santé réglementées. L'élargissement de la qualité de praticien de la santé aux termes de l'AIAL aura pour effet de rendre le système encore plus complexe et de diluer la responsabilisation.



Dans sept des dix provinces, le cadre législatif stipule que seuls les médecins peuvent attester la nécessité des traitements ou une invalidité.

Ce que les assureurs acceptent dans la réalité peut être différent. En Colombie-Britannique, par exemple, sous l'égide de l'Insurance Corporation of British Columbia, une société d'État, les experts en sinistres ont le pouvoir d'approuver des traitements et pré-approuvent généralement les traitements précoces de chiropratique et de physiothérapie sans nécessairement recevoir de directives d'un médecin. Le Québec, en revanche, exige que tous les traitements soient prescrits par un médecin et que les fournisseurs de traitements remettent des rapports d'étape au médecin.

À l'instar de l'Ontario, la Saskatchewan et le Manitoba accordent le pouvoir de confirmer les traitements et l'invalidité à un plus grand nombre de membres de professions de la santé réglementées. Cependant, ces deux provinces se sont dotées d'un système à payeur unique qui est structuré de façon à pouvoir gérer des cas plus complexes et traiter avec de multiples fournisseurs.

Le présent rapport a déjà abordé les questions relatives à la prestation fragmentée des soins de santé et au manque de responsabilisation dans la section précédente qui portait sur les évaluations. Un autre problème est lié à notre système actuel; il s'agit du fait que, malgré l'augmentation du nombre de professions de la santé incluses dans la définition de « praticien de la santé », il arrive très souvent qu'aucun professionnel de la santé ne supervise effectivement la réadaptation d'un patient.

À une certaine époque, les médecins de famille participaient beaucoup plus à la prise en charge de la réadaptation de leurs patients à la suite d'un accident de la route. Cependant, la CSFO soupçonne que la complexité du système et des formulaires a dissuadé les médecins de coordonner la réadaptation. À mesure que les médecins ont diminué leur participation au système, la réadaptation est devenue plus fragmentée. Dans certains cas, les représentants juridiques ont comblé le vide. Cela a entraîné la fragmentation de la prestation des soins de santé et un double emploi qui n'est pas toléré dans les autres domaines de notre système de soins de santé. Le système de prestation fragmenté actuel serait néanmoins plus acceptable s'il produisait de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

La CSFO est d'avis qu'un seul professionnel de la santé devrait diriger la réadaptation d'un demandeur, soit idéalement le médecin de famille du demandeur. Ce professionnel serait responsable des soins de santé du demandeur et serait chargé de prescrire un traitement ou de procéder à un aiguillage de la même façon que les médecins de famille prennent en charge les soins de l'ensemble de leurs patients. Le professionnel assurant la coordination de la réadaptation n'agirait pas à titre de chien de garde des services, mais





assumerait plutôt une fonction de triage en orientant les demandeurs vers les services ou les fournisseurs de services les plus appropriés. Une fois que ce professionnel prescrit une intervention, le fournisseur qui traite effectivement le demandeur soumettrait directement un plan de traitement à un assureur pour approbation. La désignation de « praticien de la santé » ne serait plus nécessaire et un autre professionnel n'aurait pas à attester le plan de traitement avant qu'il soit soumis à un assureur. De plus, un traitement dispensé en vertu de directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé se poursuivrait sans aiguillage de la part d'un médecin, mais le médecin de famille serait avisé du fait qu'un traitement était fourni.

Après avoir suivi un traitement, le demandeur retournerait voir le professionnel de la santé qui coordonne ses soins pour que ce dernier détermine si un traitement supplémentaire ou une autre forme d'intervention ou d'investigation s'avère nécessaire. De multiples interventions pourraient encore avoir lieu, mais sous la direction d'un seul professionnel.

La CSFO croit également que le fait de désigner un professionnel de la santé qui ne dispense pas de services pour qu'il coordonne la réadaptation éliminerait la situation de conflit d'intérêt éventuelle inhérente au modèle de prestation actuel. Ainsi, le professionnel de la santé désigné ne pourrait pas être un autre fournisseur de l'établissement ou de la clinique où l'auteur de la demande reçoit un traitement.

Dans la plupart des territoires de compétence, le médecin de famille participe à la coordination du traitement et de la réadaptation. Les services des médecins de famille pourraient être mieux utilisés dans le régime d'assurance-automobile de l'Ontario s'ils orientaient leurs patients vers les fournisseurs de soins de santé et les services appropriés. Les Ontariens qui n'ont pas de médecin de famille accèdent aux services médicaux par l'entremise des cliniques sans rendez-vous et autres établissements de soins ambulatoires. Ces établissements pourraient aussi être utilisés par les gens qui demandent des indemnités d'assurance-automobile.

La participation accrue des médecins ne devrait pas avoir d'incidence sur la pénurie de médecins en Ontario. Les demandeurs qui souffrent de blessures plus graves voient déjà leur médecin de famille après un accident. Les changements proposés n'augmenteront pas les visites chez le médecin de façon notable et seront bénéfiques pour les demandeurs, car leur médecin de famille sera mieux informé de leurs progrès.

**Recommandation n°21 : Songer à faire remplir les plans de traitement seulement après qu'une recommandation a été effectuée par le professionnel de la santé qui est principalement responsable de la réadaptation du demandeur (un médecin de famille dans la plupart des**



### **cas). Les plans de traitement continueraient d'être soumis par les fournisseurs après une recommandation.**

Certains consommateurs ont proposé de réduire les garanties d'assurance-accidents obligatoires. Ceux et celles qui ont accès à des garanties d'assurance-maladie complémentaire se sont plaints du fait qu'ils sont contraints de souscrire une assurance-accidents offerte par d'autres régimes. Certains consommateurs pourraient réduire leurs primes si certaines garanties actuellement obligatoires étaient facultatives.

Le plafond actuel des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation est de 100 000 \$ pour les gens qui demandent des indemnités à la suite d'un accident de la route et dont les blessures ne sont pas considérées comme étant invalidantes. Les personnes souffrant de blessures invalidantes peuvent obtenir des produits et des services médicaux et de réadaptation d'une valeur pouvant atteindre 1 million de dollars. De plus, les consommateurs peuvent actuellement souscrire une garantie facultative pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires de 1 million de dollars.

La réduction du plafond obligatoire pour les personnes souffrant de blessures non invalidantes offrirait davantage de choix aux consommateurs et leur permettrait de personnaliser leur couverture en fonction de leurs besoins. Le secteur de l'assurance a proposé qu'un plafond réduit de 25 000 \$ répondrait de façon appropriée aux besoins d'un grand nombre de consommateurs. Les consommateurs qui estiment avoir besoin d'une couverture plus élevée pourraient se voir offrir l'option de souscrire un montant de 100 000 \$ au titre des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation afin de couvrir les blessures non invalidantes.

Compte tenu de l'insuffisance des taux qui existe actuellement en Ontario, les consommateurs apprécieront d'avoir la possibilité de réduire les couvertures dont ils n'ont peut-être pas besoin et d'éviter des hausses de primes possibles. Comme solution de rechange, le plafond pourrait être ramené à 50 000 \$, mais cela diminuerait la possibilité pour les consommateurs de réaliser des économies. Certains demandeurs pourraient obtenir une indemnisation supérieure à 25 000 \$ en intentant un procès contre un conducteur responsable. Les blessures des personnes admissibles devraient dépasser le seuil de « déficience grave et permanente » que l'on trouve actuellement dans la *Loi sur les assurances*.

Avec la mise en place de nouvelles garanties facultatives, les assureurs, les agents et les courtiers devront veiller à ce que les consommateurs soient au courant des répercussions d'une diminution de la couverture.



**Recommandation n° 22 : Ramener à 25 000 \$ le plafond des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation en ce qui concerne les demandes de règlement relatives à une déficience non invalidante. Instaurer une garantie facultative prévoyant des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation de 100 000 \$ en plus de la garantie facultative actuelle de un million de dollars.**

Après la mise en œuvre des directives relatives à un CTP en 2003, on s'attendait à ce qu'une démarche de préautorisation des traitements accompagnée d'honoraires fixes aiderait à stabiliser les coûts globaux des traitements en fournissant un accès rationalisé à ceux-ci pour les blessures associées à une entorse cervicale, qui constituent le plus important groupe de blessures subies lors d'accidents de la route selon les renseignements obtenus par la CSFO. Malgré les directives relatives à un CTP, les coûts associés aux indemnités d'accident, notamment les indemnités pour frais médicaux et de réadaptation et les coûts d'évaluation, ont continué d'augmenter.

Les assureurs ont laissé entendre qu'un plus grand nombre de traitements pourraient être fournis en vertu des directives relatives à un CTP. Les fournisseurs de soins de santé ont déclaré que les demandeurs hésitent à accepter les traitements en vertu de ces directives parce que l'AIAL limite l'admissibilité aux indemnités de remplacement du revenu et de soins auxiliaires pour les personnes souffrant de blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II. Le secteur de l'assurance a déclaré qu'un nombre important de demandeurs sont traités en marge de ces directives pour que les traitements puissent soigner la dépression ou le stress post-traumatique. Le BAC propose d'élargir les directives relatives à un CTP pour offrir un certain soutien psychologique ou social. Un certain nombre d'intervenants en soins de santé ont indiqué que les avocats conseillent à leurs clients de refuser les traitements en vertu des directives relatives à un CTP en raison des répercussions sur d'autres indemnités. Ils proposent d'éliminer ces restrictions. Encore une fois, la CSFO croit qu'il ne convient pas que les avocats orientent le traitement.

Les assureurs et certains fournisseurs de soins de santé ont également déclaré que le nombre de plans de traitement qui sont soumis une fois le traitement dispensé en vertu des directives relatives à un CTP est terminé est en hausse. Les fournisseurs ont laissé entendre qu'il n'existe pas suffisamment de renseignements sur les raisons pour lesquelles un traitement supplémentaire est proposé. Ils estiment que les hypothèses sur le caractère raisonnable de ce traitement ne sont pas productives. La CSFO convient que les raisons expliquant pourquoi un traitement supplémentaire est recommandé sont insuffisantes, mais elle n'est pas prête à dire qu'un débat sur les causes fondamentales ne serait pas productif. Elle s'inquiète du fait que, pendant que les coûts de réadaptation augmentent, les données de l'industrie laissent entendre que la durée des invalidités augmente elle aussi.



Un grand nombre d'intervenants ont parlé d'une récente étude internationale sur la cervicalgie. L'Organisation mondiale de la santé a lancé l'initiative pour la décennie de l'os et des articulations en 2000 en vue d'améliorer la qualité de vie sur le plan de la santé des personnes souffrant de troubles musculosquelettiques partout dans le monde. Cette amélioration se ferait grâce à une plus grande sensibilisation, à la promotion de la prévention et de traitements économiques et à une meilleure compréhension de ces troubles. Dans le cadre de cette initiative, le Groupe de travail sur les cervicalgies, au sein duquel 14 disciplines et 9 pays, dont le Canada, sont représentés, a été créé en 2002. En février 2008, ce groupe de travail a publié une série d'articles résumant ses conclusions.

La CSFO, qui a examiné un certain nombre de ces articles, s'inquiète du fait que certaines idées généralement répandues au sujet de la cervicalgie et de son traitement sont dépassées. Selon le Groupe de travail sur les cervicalgies, l'idée généralement admise selon laquelle 90 % des patients souffrant de douleur au cou guérissent en six semaines est peut-être trop optimiste. Les facteurs de risque de blessure présentent de nombreux aspects, sur le plan notamment personnel, sociétal et accidentel. Le groupe de travail a découvert que la cervicalgie entraîne des périodes récurrentes d'absentéisme chez un grand nombre de travailleurs. Aucune preuve ne semble indiquer que les soins se prolongent au-delà de six à huit semaines. Aucune n'a démontré qu'un type particulier de soins améliore la guérison.

La CSFO craint que les directives relatives à un CTP ne fournissent peut-être pas la meilleure orientation aux fournisseurs de soins de santé. La mise en place d'un continuum de soins plus complet pour éviter la chronicité et les récurrences pourrait se justifier. Par exemple, le Groupe de travail sur les cervicalgies a conclu que l'utilisation de brochures pour renseigner les patients sur la douleur au cou était moins efficace que l'utilisation d'un DVD. Les directives actuelles relatives à un CTP offrent uniquement une brochure pour la sensibilisation des patients. La Canadian Society of Chiropractic Evaluators a recommandé de retenir les services des auteurs du Groupe de travail sur les cervicalgies pour qu'ils contribuent à l'élaboration d'une ligne directrice qui servirait d'outil de sensibilisation aux intervenants.

Le BAC a proposé d'élargir les directives relatives à un CTP en vue d'inclure d'autres blessures mineures, comme c'est le cas en vertu des protocoles de traitement des blessures mineures dans le domaine de l'assurance-automobile de l'Alberta. Cette idée mérite d'être étudiée d'un certain nombre de points de vue. Si elle est réalisable, elle permettra d'élargir le cadre du traitement sans exiger l'approbation préalable de l'assureur, ce qui simplifiera le système et diminuera les coûts de transaction. Par ailleurs, si le régime d'indemnités d'accident évolue vers la désignation de professionnels des soins de santé primaires, cela permettra à ces professionnels désignés de consacrer moins de temps à la gestion des demandes mineures et de se concentrer sur ceux et celles qui souffrent de blessures plus graves.



**Recommandation n°23 : En partenariat avec les principaux intervenants, la CSFO devrait communiquer avec les membres du Groupe de travail sur les cervicalgies afin d'examiner la possibilité d'élargir la portée des directives relatives à un CTP dans le but d'offrir un continuum de soins plus complet et d'inclure le traitement et l'évaluation d'autres blessures des tissus mous.**

#### ***5.4 Indemnités de soins auxiliaires***

Le mémoire du BAC indiquait que l'utilisation excessive de l'indemnité de soins auxiliaires devenait un problème. Il précisait que l'augmentation du coût par véhicule au titre des soins auxiliaires entre le premier semestre de 2004 et 2007 était de 101 %. Les données fournies par l'agent statistique de la CSFO indiquent que les coûts des soins auxiliaires ont augmenté de 59,1 % entre 2004 et 2007, tandis que la gravité des sinistres diminuait de 1,2 % et que la fréquence augmentait de 61,6 %. En comparaison, pendant la même période, la fréquence des demandes d'indemnité pour frais médicaux a connu une baisse de 2,0 %. Les données semblent indiquer que le nombre de demandeurs qui touchent des indemnités de soins auxiliaires augmente de façon importante. Des données empiriques du secteur de l'assurance donnent à entendre que de plus en plus de demandeurs souffrant de blessures mineures demandent et reçoivent maintenant des indemnités de soins auxiliaires.

Les indemnités de soins auxiliaires ont été mises en place au départ pour permettre aux demandeurs gravement blessés de vivre de façon autonome dans leur maison en leur permettant d'acheter les services d'un aide. En théorie, il était entendu que, sans les services d'un aide, un demandeur aurait probablement besoin d'un placement en établissement. Cependant, pour les personnes qui sont incapables de vivre de façon autonome dans la collectivité, l'indemnité paie également les soins dispensés dans un établissement de soins de longue durée. Un outil d'évaluation (formulaire 1) emprunté au système d'indemnisation des accidents du travail a été adapté en 1994 afin de déterminer les activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, s'habiller, etc.) qu'un demandeur était incapable d'exécuter lui-même. Ce changement a été recommandé en 1993 par le Groupe de travail sur les indemnités de réadaptation et de soins de longue durée, qui réunissait de multiples intervenants, mis sur pied par l'honorable Brian Charlton, ministre responsable de la révision de l'assurance-automobile.

Le formulaire 1 est également utilisé pour déterminer le montant des indemnités. L'AIAL ne prévoyait aucun test d'invalidité ou test fonctionnel parce que le formulaire 1 réussissait bien à dépister les demandeurs souffrant de blessures moins graves. Au cours des dernières années, le nombre de demandeurs admissibles à l'indemnité a augmenté malgré le fait qu'aucune modification importante n'a été apportée à l'outil d'évaluation.



La CSPAAT évalue, dans le cadre de son Programme des lésions graves, les besoins de chaque travailleur blessé en matière de soins personnels au moyen d'un outil d'évaluation qui est presque identique au formulaire 1. Les évaluations sont effectuées par un ergothérapeute ou par une infirmière ou un infirmier de la CSPAAT qui a reçu une formation sur l'utilisation appropriée de l'outil d'évaluation. Le formulaire 1 peut être rempli par n'importe quel professionnel de la santé réglementé et certains intervenants ont déclaré qu'un large éventail de professions procède à l'évaluation des besoins en matière de soins auxiliaires. La CSFO s'inquiète du fait que des évaluations sont effectuées par des personnes qui n'ont reçu aucune formation particulière en évaluation des capacités fonctionnelles pour traiter les déficiences fonctionnelles qui découlent d'une combinaison de déficiences physiques, cognitives et psychosociales. Par conséquent, des indemnités de soins auxiliaires excessives sont prescrites sans constatations objectives. De plus, un formulaire 1 incorrectement rempli peut mener à une série d'évaluations multiples lorsqu'un droit est contesté.

**Recommandation n° 24 : Seuls les ergothérapeutes et les infirmières et infirmiers qui ont reçu une formation sur l'utilisation du formulaire 1 devraient être autorisés à évaluer les victimes d'accidents de la route en ce qui a trait aux indemnités de soins auxiliaires. Cela devrait s'appliquer aux évaluations qui sont effectuées en vertu des articles 24 et 42 de l'AIAL.**

L'AIAL prévoit trois types d'indemnités d'accident : les indemnités hebdomadaires destinées à compenser une perte de salaire, les prestations de décès et les indemnités pour dépenses engagées qui couvrent un large éventail de dépenses découlant d'un accident de la route. L'indemnité de soins auxiliaires visait à indemniser les demandeurs à l'égard des pertes découlant d'un accident afin de couvrir les services d'un aide. Le mémoire du BAC mentionne un certain nombre de décisions arbitrales qui ont érodé le concept d'indemnité. Les assureurs s'inquiètent du fait que les demandeurs sont uniquement tenus de prouver qu'ils sont admissibles à l'indemnité en montrant que les soins auxiliaires étaient raisonnables et nécessaires.

La préoccupation relative au concept d'indemnité se rapporte partiellement à la crédibilité des demandes d'indemnités lorsqu'il n'est pas clair que l'auteur de la demande a reçu des services de soins auxiliaires ni qu'un aide a été rémunéré. C'est notamment le cas lorsque les services sont dispensés par un membre de la famille. Cette préoccupation n'existe pas à la CSPAAT. Les travailleurs blessés qui reçoivent des soins auxiliaires pendant plus de 24 heures par semaine sont tenus de s'inscrire en tant qu'employeur auprès de l'Agence du revenu du Canada et de la CSPAAT. À titre d'employeur, le travailleur blessé doit verser les cotisations patronales et salariales au Régime de pensions du Canada et à l'assurance-emploi, les déductions d'impôt sur le revenu pour leur aide, les cotisations de la CSPAAT et l'impôt-santé des employeurs de l'Ontario. Les coûts supplémentaires associés à l'inscription en tant qu'employeur, y compris les honoraires d'un commis comptable, sont payés par la CSPAAT.



Les premières décisions arbitrales de la CSFO appuyaient le principe selon lequel il doit y avoir eu tout au moins une promesse de paiement pour qu'une dépense ait été « engagée » (*Morelli c. Zurich* en 2000 et *Jelusic c. Guarantee* en 1999). Des décisions arbitrales ultérieures ont déterminé qu'une promesse ou une attente de paiement n'était pas requise pour qu'une dépense soit « engagée »; il fallait seulement que la dépense soit raisonnable et nécessaire (*LF c. State Farm* en 2002). Au cours des dernières années, les arbitres ont exigé que les assureurs versent des indemnités de soins auxiliaires lorsqu'il n'y avait eu aucune promesse de paiement de la part du demandeur, aucune dépense payée par le demandeur et aucune remise de produits ou prestation de services au demandeur (*Compagnie d'Assurance Belair c. McMichael* en 2005). Les arbitres ont appuyé leur raisonnement sur le principe d'intérêt public selon lequel on devrait interdire aux assureurs de tirer profit du manque de ressources financières et de soutien familial d'un assuré. Tandis que les assureurs prétendent que le fait de les obliger à payer le coût de services non rendus constitue une manne pour l'assuré, les tribunaux et les arbitres ont décidé que le fait de permettre aux assureurs de refuser le remboursement, sauf pour les sommes déjà payées par les demandeurs, représenterait un avantage pour les assureurs, surtout dans le cas des demandeurs démunis.

La CSFO est d'avis qu'il doit y avoir un juste équilibre entre le concept de l'indemnisation et la protection des demandeurs gravement blessés lorsqu'il existe une obligation de payer en vertu de la loi. Si la recommandation précédente relative à l'utilisation du formulaire 1 est adoptée, les assureurs devraient avoir davantage confiance dans la nécessité des soins auxiliaires lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une demande d'indemnités d'accident. L'indemnité devrait moins souvent faire l'objet d'une contestation.

**Recommandation n° 25 : L'indemnité de soins auxiliaires doit continuer à être versée aux demandeurs pour les dédommager des dépenses qu'ils engagent. Toutefois, afin de mieux protéger le consommateur et d'accroître la transparence, l'AIAL pourrait clarifier le fait que les paiements devraient être effectués même si aucune dépense n'a été engagée lorsqu'un arbitre détermine que l'assureur a refusé déraisonnablement de verser l'indemnité de soins auxiliaires.**

Une autre question soulevée dans le mémoire du BAC se rapporte au paiement de l'indemnité de soins auxiliaires aux membres de la famille et aux amis d'un demandeur. Les assureurs craignent que l'indemnité puisse devenir une manne pour le demandeur si aucun service n'est réellement fourni. L'AIAL n'impose aucune restriction quant aux personnes qui peuvent fournir des soins auxiliaires aux demandeurs. En vertu du projet de loi 68, aucun outil d'évaluation normalisé n'était utilisé pour déterminer la nécessité des soins. L'indemnité dédommageait les demandeurs à l'égard des coûts des soignants professionnels ou de la perte de salaire subie par d'autres personnes (y compris les membres de la famille et



les amis) pour s'occuper du demandeur. En 1993, le Groupe de travail sur les indemnités de réadaptation et de soins de longue durée a recommandé que le terme « aide admissible » comprenne toute personne qui était en mesure de fournir des services de soins auxiliaires, y compris les membres de la famille. Le projet de loi 164 a abandonné l'exigence d'un « soignant professionnel » et la nécessité que des non-professionnels subissent une perte de salaire pour être admissibles à une indemnité. La solution du BAC consiste à limiter les paiements versés aux membres de la famille aux situations où l'on peut démontrer qu'une perte économique est survenue.

La CSFO reconnaît que les familles jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins aux victimes d'accident gravement blessées. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que des soignants professionnels sont requis, mais, dans ces situations, les dépenses peuvent entrer dans la catégorie des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation. Les circonstances dans lesquelles les membres de la famille dispensent des soins peuvent varier. Par exemple, les membres de la famille peuvent intervenir en complément des soins dispensés par un soignant à plein temps, surtout lorsque des soins sont requis 24 heures sur 24. Dans ces cas, il se peut que le membre de la famille ne subisse aucune perte de salaire réelle. La question n'est pas tellement de savoir qui dispense les soins, mais plutôt de déterminer si les soins sont réellement nécessaires. La CSFO croit que l'utilisation appropriée du formulaire 1 pour évaluer les demandes est la démarche la plus efficace à adopter pour s'assurer que l'indemnité est versée aux personnes qui ont réellement besoin des soins. La mise en place de tests relatifs à l'invalidité ou de tests d'admissibilité fonctionnelle supplémentaires ou le fait d'exiger que les soignants prouvent qu'ils ont subi une perte économique rendrait le système encore plus complexe.

### ***5.5 Honoraires des fournisseurs de soins de santé***

Les barèmes d'honoraires pour les soins de santé ont d'abord été instaurés au moment de la mise en œuvre du projet de loi 59. Dans le cadre de ces réformes, le gouvernement a demandé au secteur de l'assurance-automobile et aux associations de professionnels de la santé de négocier des barèmes d'honoraires et des directives d'utilisation afin de stabiliser davantage les coûts et de réduire les différends au sein du régime d'assurance-automobile.

Les barèmes d'honoraires étaient considérés comme un élément fondamental des efforts généraux déployés par le gouvernement pour stabiliser les coûts et les primes. L'engagement visant à élaborer des barèmes d'honoraires découlait des préoccupations soulevées au cours des audiences publiques de février 1996 selon lesquelles le projet de loi sur l'assurance-automobile ne prévoyait aucun contrôle de l'augmentation des coûts des soins de santé.

En octobre 1997, le BAC a conclu une entente sur les honoraires et les directives d'utilisation avec l'Ontario Physiotherapy Association. Cet accord a été suivi





d'ententes avec l'Ontario Podiatric Medical Association en mars 1998 et l'Ontario Society of Occupational Therapists en avril 1998. Les négociations entre le BAC et les autres associations de professionnels de la santé se sont retrouvées au point mort en 1998. D'autres ententes ont été conclues en 2001 avec les psychologues, les orthophonistes et les audiologistes avec l'aide d'un facilitateur.

Le 28 août 2003, le ministre des Finances a publié un énoncé de politique enjoignant à la CSFO d'examiner les honoraires relatifs aux soins de santé dans le but de réaliser des économies importantes sur le plan des tarifs d'assurance-automobile tout en maintenant la disponibilité des services. Après cet examen, la CSFO a réduit les honoraires afin de les harmoniser avec ceux d'autres territoires de compétence et payeurs. À ce moment-là, la CSFO s'est engagée à surveiller les répercussions de ces honoraires sur la disponibilité du service, les modèles de facturation et d'utilisation et les dépenses totales.

Un barème d'honoraires révisé est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2003 et des augmentations annuelles ont eu lieu le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année depuis 2005. De plus, un deuxième niveau d'honoraires a été mis en place en 2004 relativement aux traitements fournis aux demandeurs souffrant d'une déficience invalidante.

Chaque année, la CSFO reçoit un certain nombre de lettres de la part des associations de professionnels de la santé qui demandent que les barèmes d'honoraires soient éliminés ou que les honoraires soient augmentés de façon importante. Cependant, cette question a fait l'objet de très peu de commentaires dans les mémoires que la CSFO a reçus. Plusieurs consommateurs se sont plaints du fait que les massothérapeutes surfacturaient leurs services. À de rares occasions, un consommateur a communiqué avec la CSFO relativement à la disponibilité des orthophonistes.

La réduction des honoraires en 2003 avait pour but d'harmoniser les honoraires en vigueur dans le cadre du régime d'assurance-automobile avec ceux que paie la CSPAAT. À ce moment-là, il était difficile d'établir des comparaisons parce que la CSPAAT payait la plupart des fournisseurs à la visite plutôt que selon un taux horaire, comme c'est le cas dans le régime d'assurance-automobile. Au début de 2008, la CSPAAT a mis à jour ses honoraires relatifs aux soins de santé, en adoptant davantage de taux horaires, facilitant ainsi la comparaison des honoraires entre les deux systèmes. Il semble que les honoraires payés au titre du régime d'assurance-automobile soient au même niveau ou plus élevés que ceux que verse la CSPAAT.

Plus de 20 000 fournisseurs de soins de santé se sont inscrits au Système DRSSAA avant qu'il soit suspendu plus tôt cette année. Compte tenu du fait qu'il y a tout juste plus de 60 000 demandes d'indemnités pour préjudices corporels chaque année, il ne semble pas y avoir de pénurie de fournisseurs dans le secteur de l'assurance-automobile. La CSFO soupçonne qu'un grand nombre de



ces fournisseurs travaillent dans le secteur en raison de la demande élevée d'évaluateurs. Il est probable qu'un grand pourcentage de fournisseurs travaille uniquement à temps partiel dans le secteur. Une enquête réalisée par la coalition représentant les professionnels de la santé dans le cadre des réformes de l'assurance-automobile a révélé que 29,5 % des répondants ont déclaré que les demandes d'indemnités d'accident représentent moins de 10 % de leur charge de travail. Plus de 50 % des chiropraticiens ont déclaré que ces demandeurs représentent moins de 10 % de leur charge de travail.

Les chiropraticiens, les physiothérapeutes et les massothérapeutes représentent ensemble 44 % des fournisseurs inscrits au Système DRSSAA. Cela représente également environ 50 % des chiropraticiens, des physiothérapeutes et des massothérapeutes autorisés en Ontario. Ces données laisseraient supposer qu'il y a un nombre suffisant de fournisseurs disponibles pour traiter les blessures des tissus mous et autres blessures mineures dans le secteur de l'assurance-automobile.

Un certain nombre de mémoires ont donné à entendre que des fournisseurs chevronnés s'étaient retirés du régime d'assurance-automobile depuis que les honoraires ont été réduits il y a cinq ans, ce qui a accru la proportion de fournisseurs inexpérimentés. L'Ontario Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists déclare que l'Ontario compte environ 2 500 orthophonistes, mais que seulement 10 % d'entre eux travaillent dans le secteur privé. L'association déclare également que 28 % des orthophonistes qui ont répondu à un sondage ont indiqué qu'ils acceptent moins de clients du secteur de l'assurance-automobile qu'il y a deux ans. Les renseignements sur les inscriptions au Système DRSSAA révèlent que seulement 161 orthophonistes s'y sont inscrits. Malheureusement, la CSFO n'a pas eu accès à des renseignements plus détaillés sur les effectifs des fournisseurs de soins de santé dans ce secteur.

**Recommandation n°26 : La CSFO doit continuer à surveiller les honoraires et la disponibilité des services dans le secteur de l'assurance-automobile, surtout pour les demandeurs qui souffrent de blessures graves.**

### ***5.6 Autres indemnités d'accident***

Les commentaires des intervenants sur les autres indemnités d'accident sont classés en deux groupes : on considère qu'elles sont soit inadéquates, soit trop généreuses.

La CSFO a reçu plusieurs mémoires de consommateurs à l'égard du plafonnement de l'indemnité de remplacement du revenu et on a suggéré que l'indemnité maximale soit augmentée. Le montant maximal actuel de 400 \$ est en vigueur depuis 1996. À ce moment-là, on estimait qu'entre 41 et 57 % des soutiens de famille à temps plein (selon les exemptions de la personne) et entre



61 et 70 % de l'ensemble des soutiens de famille (temps plein et temps partiel) se situeraient en deçà de l'indemnité maximale, selon les données fiscales de 1995. Les données fiscales de 2007 indiquent qu'entre 35 et 42 % des soutiens de famille à temps plein et entre 49 et 55 % de l'ensemble des soutiens de famille se situent maintenant en deçà de l'indemnité maximale de 400 \$. Il faudrait augmenter le montant maximal à 500 \$ par semaine pour ramener la couverture aux niveaux de 1996.

Les intervenants ont également abordé le caractère adéquat des paiements des frais de transport pour les déplacements aller-retour aux fins de traitement, de réadaptation et de séances de counseling ou d'évaluation. Les consommateurs se sont plaints du fait que le remboursement des déplacements à bord de véhicules personnels n'est payable qu'après les 50 premiers kilomètres par aller-retour, sauf pour les personnes souffrant de déficiences invalidantes.

L'admissibilité au remboursement est énoncée dans une directive du surintendant qui a été publiée pour la première fois en novembre 1996, puis modifiée en mars 2001, en mars 2004 et en janvier 2006. Le taux de remboursement pour l'utilisation de son propre véhicule personnel est actuellement de 0,34 \$/kilomètre. En ce qui a trait à l'augmentation de l'indemnité de parcours survenue en janvier 2006, la CSFO s'est référée aux taux de remboursement kilométrique pour l'utilisation d'un véhicule personnel en vertu de la directive sur les frais de déplacement, de repas et d'accueil de la province de l'Ontario à l'intention de la direction et du personnel exempté. Bien qu'il n'existe aucun processus officiel d'examen, compte tenu de la volatilité constante du prix de l'essence, un examen plus régulier devrait avoir lieu, peut-être chaque année, coïncidant avec l'examen des honoraires des fournisseurs de soins de santé.

**Recommandation n°27 : Porter l'indemnité maximale de remplacement du revenu à 500 \$ par semaine.**

**Recommandation n°28 : Effectuer un examen annuel du taux de remboursement des frais de déplacement dans un véhicule personnel.**

Le mémoire du BAC a indiqué que l'utilisation des frais d'entretien du logement a elle aussi augmenté rapidement (en particulier pour les demandeurs ayant subi des blessures mineures) et qu'elle contribue à la hausse des coûts d'indemnisation. Le BAC a proposé de limiter l'admissibilité à deux semaines pour les personnes ayant subi les blessures les moins graves. Il a également recommandé que l'indemnité ne soit pas versée aux membres de la famille dans les cas où aucune perte économique n'avait été subie. Les autres mémoires du secteur ont proposé que les demandeurs souffrant de blessures mineures ne puissent réclamer ces frais. Les commentaires du secteur de l'assurance semblent indiquer qu'un grand nombre de demandeurs réclament couramment cette indemnité pour pouvoir toucher un montant supplémentaire de 100 \$ par semaine en indemnisation, même s'ils n'achètent aucun service externe. Dans



son mémoire, un assureur a indiqué que la compagnie peut recevoir des demandes d'indemnités pour frais d'entretien du logement de la part de trois personnes ou plus vivant dans la même maison.

Les plaintes du secteur concordent avec ses préoccupations relatives à l'indemnité de soins auxiliaires, à savoir que des paiements sont versés même s'il semble que des dépenses ne soient pas toujours engagées. Même si les paiements sont peu élevés, si chaque demandeur réclame automatiquement l'indemnité, cela augmentera de beaucoup le coût moyen d'une demande d'indemnités d'assurance-automobile. De plus, les coûts associés à la contestation des demandes douteuses font en sorte qu'il soit difficile de contester des demandes d'indemnités pour frais d'entretien du logement. En vertu de la disposition actuelle, il semble que la plupart des demandeurs soient admissibles à l'indemnité. De plus, l'Ontario est l'une des quatre provinces canadiennes (les autres étant la Colombie-Britannique, le Québec et le Manitoba) qui offrent ce type d'indemnisation.

Le secteur fait état d'une situation semblable à l'égard de l'indemnité de soignant. Cette dernière vise à indemniser les soignants principaux qui souffrent d'une déficience et qui sont incapables de prendre soin des enfants et des adultes invalides qui vivent avec eux. Elle vise également à indemniser les demandeurs à l'égard des dépenses engagées. Les assureurs indiquent qu'un pourcentage élevé des paiements est versé à d'autres membres de la famille et non à des soignants externes (bien qu'aucun chiffre n'ait été fourni). Le secteur a connu une hausse importante des demandes d'indemnités de soignant au cours des trois dernières années. Le mémoire du BAC précise qu'entre le premier semestre de 2004 et 2007, le coût par véhicule de l'indemnité de soignant a augmenté de 146 %. Au cours de cette période, le nombre de demandeurs recevant l'indemnité a presque doublé.

La CSFO s'inquiète de l'augmentation du coût de l'indemnité. L'AIAL n'impose pas de restriction quant aux personnes que le demandeur peut utiliser pour dispenser des soins aux personnes à charge pendant son invalidité. L'augmentation des coûts semble toutefois indiquer que l'accès à l'indemnité de soignant est devenu si généralisé que les paiements pourraient ne plus indemniser les demandeurs pour des pertes réellement subies. Les recherches sur la situation dans les autres territoires de compétence ont révélé que cinq provinces n'accordent pas d'indemnité d'accident aux soignants.

Pour contrer la hausse des coûts et de l'utilisation, une méthode consiste à offrir plus de choix aux consommateurs en transformant un certain nombre de garanties obligatoires en garanties facultatives. Cela permettrait aux consommateurs d'adapter leur couverture à leurs besoins.



**Recommandation n° 29 : Rendre facultatives les garanties couvrant les frais d'entretien du logement et les indemnités de soignant. Le remboursement des frais d'entretien du logement et des soignants de remplacement doit tenir compte des pertes économiques réelles.**

***5.7 Interaction entre l'AIAL et la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail***

L'article 59 de l'AIAL ne permet pas aux victimes d'accidents de demander des indemnités d'accident si elles ont droit aux indemnités d'accident du travail. Une exception permet au travailleur blessé de choisir, en vertu de l'article 30 de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (LSPAAT), d'intenter une action. Les poursuites ne peuvent avoir pour but principal de réclamer des indemnités en vertu de l'AIAL. Aucune indemnité n'est payable par une compagnie d'assurance-automobile pendant la période qui précède le moment où la personne fait son choix. En cas de différend sur le fait de savoir si la personne peut demander des indemnités en vertu de l'AIAL, celle-ci doit céder à la compagnie d'assurance toute indemnité d'accident du travail éventuellement payable.

Les représentants des assureurs signalent que, bien qu'il existe censément une certaine harmonie entre le fonctionnement de l'AIAL et la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, ce n'est pas toujours le cas. En pratique, des problèmes surviennent en raison du fait que les compétences des juges et des arbitres manquent parfois de clarté et sont conflictuelles en ce qui a trait à la résolution des questions liées au Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT), comme la question du choix entre une action au civil et la LSPAAT, de la qualité pour agir des compagnies d'assurance-automobile devant le tribunal, du recouvrement des paiements versés par la CSPAAT et des différentes normes de paiement entre l'AIAL et la LSPAAT.

Le TASPAAT a la compétence exclusive de décider si un assuré a droit aux indemnités de la CSPAAT et si l'article 28 de la LSPAAT élimine le droit de poursuite. Le fait de déterminer si l'AIAL s'applique entraîne souvent des retards considérables. Les compagnies d'assurance-automobile sont peu enclines à verser des indemnités d'accident provisoires en raison du coût associé aux tentatives de remboursement auprès de la CSPAAT et de l'incertitude du recouvrement.

Les intervenants ont demandé au gouvernement d'examiner des moyens de faire en sorte que les deux systèmes fonctionnent de façon complémentaire pour que les victimes d'accident ne soient pas coincées entre les deux.



**Recommandation n° 30 : La CSFO, la CSPAAT et les compagnies d'assurance-automobile devraient se réunir pour discuter de la façon de mieux harmoniser les régimes d'assurance-automobile et d'assurance contre les accidents du travail.**

## 6. Délit civil

L'élaboration d'un régime d'assurance-automobile sans égard à la responsabilité en Ontario a toujours inclus une tentative de trouver un juste équilibre entre l'accès aux indemnités pour délit civil et aux indemnités par la première partie. La section 2 du présent rapport décrit l'évolution des dispositions relatives au délit civil en Ontario depuis 1990. Aucun aspect du système n'éveille plus de passion chez les gens que le droit de poursuivre une partie responsable en cas d'accident.

Les consommateurs veulent généralement être en mesure de poursuivre un conducteur négligent, mais ils veulent également pouvoir obtenir des indemnités sans égard à la responsabilité pendant que leur poursuite fait son chemin dans le système. Cependant, un système qui offre à la fois un degré élevé d'accès aux tribunaux et des indemnités d'accident généreuses ne serait pas abordable. Les tribunaux et les indemnités d'accident légales indemnisent tous deux les victimes d'accidents à l'égard des préjudices corporels, mais de façons très différentes. Par conséquent, le gouvernement a toujours dû faire des choix difficiles à l'égard de ces deux systèmes concurrents et du prix de l'assurance-automobile.

Les montants adjugés par la cour ne sont pas assujettis aux types de mécanismes complexes de contrôle des coûts qui existent dans le domaine de l'assurance sans égard à la responsabilité, comme les critères d'admissibilité ou le plafonnement des paiements. Le principal outil de contrôle des coûts associés à la responsabilité civile consiste à limiter le nombre de personnes qui peuvent intenter une action. En Ontario, les victimes non responsables sont assujetties à un seuil lexical et à des franchises monétaires si elles choisissent de poursuivre une partie responsable. Le seuil lexical et les franchises monétaires visent tous deux à empêcher les personnes souffrant de blessures mineures d'intenter une action. C'est le compromis à faire pour avoir accès à un système complet d'indemnités d'accident qui demeure abordable.

Les réformes entreprises en 2003 en vertu du projet de loi 198 ont apporté un certain nombre de changements importants à l'accès aux actions délictuelles. Le seuil relatif aux poursuites portant sur les dépenses de soins de santé excédentaires (celles qui ne sont pas couvertes par l'AIAL et les sources supplémentaires) est passé de la déficience invalidante au seuil lexical relatif aux déficiences graves et permanentes qui s'appliquait aux poursuites en dommages-intérêts pour perte non pécuniaire. Ce changement a élargi l'accès aux tribunaux. D'autres changements en ont toutefois réduit l'accès. La franchise



qui s'appliquait aux montants adjugés pour perte non pécuniaire a été portée à 30 000 \$ (15 000 \$ pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*). Cependant, les montants adjugés de plus de 100 000 \$ (et de plus de 50 000 \$ pour les demandes présentées en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*) étaient exempts de franchises.

Un troisième changement comprenait l'inclusion d'une définition du terme « déficience grave et permanente » dans le Règlement de l'Ontario 461/96 dans le but d'aider les tribunaux ainsi que les assureurs et les personnes blessées à régler les demandes d'indemnités en augmentant la certitude à l'égard des blessures qui dépassent le seuil lexical.

### **6.1 Seuil lexical**

Pour que les personnes blessées dans des accidents d'automobile dont elles ne sont pas responsables puissent poursuivre en dommages-intérêts non pécuniaires (douleur et souffrances), leurs blessures doivent dépasser un certain niveau, ou « seuil lexical », défini dans la *Loi sur les assurances* : « un décès, un préjudice esthétique grave et permanent ou une déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante ». Au Canada, en raison d'un plafond fixé par trois affaires judiciaires, les montants adjugés pour dommages-intérêts non pécuniaires ne dépassent pas plus ou moins 325 000 \$.

De plus, le même seuil lexical s'applique aux dépenses de soins de santé. La *Loi sur les assurances* interdit aux parties non responsables d'intenter une action à l'égard des dépenses de soins de santé, à moins que la personne blessée décède, subisse un préjudice esthétique grave et permanent ou souffre d'une déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante.

Le Règlement 461/96 comprend une définition détaillée, fondée sur le critère de l'interférence considérable, des critères permettant de déterminer ce qu'est une déficience; des critères détaillés permettant de déterminer si la fonction atteinte d'une déficience peut être considérée comme importante et d'autres critères détaillés permettant de déterminer si la déficience est permanente. Le paragraphe 4.3 (1) établit par la suite les exigences en matière de preuve médicale qui doivent être satisfaites en vue d'appuyer une demande de déficience permanente grave.

Le juge Coulter Osborne a récemment formulé des commentaires sur le seuil lexical dans le cadre du rapport du Projet de réforme du système de justice civile. Il a fait remarquer que, lorsque le seuil constitue un enjeu et que le procès se déroule devant un jury, le juge de première instance traitera généralement la question du seuil après l'exposé au jury et pendant que le jury délibère (en raison du fait que la loi exige que ce soit le jury qui détermine le montant des dommages-intérêts, mais que seul le juge puisse déterminer si le seuil lexical a



été atteint). Si le juge de première instance conclut que le demandeur n'a pas satisfait au critère du seuil, le demandeur n'est pas en droit d'intenter une poursuite. Le juge Osborne a fait remarquer que le fait de décider si un demandeur a atteint le seuil en question comporte des coûts de transaction considérables puisque les deux parties doivent soumettre des rapports médico-légaux coûteux. Il s'est demandé si le seuil lexical éliminait réellement les blessures mineures qui n'étaient pas déjà exclues par une franchise de 30 000 \$.

Les avocats plaidants ont laissé entendre que la définition contenue dans le règlement est discriminatoire à l'endroit des personnes qui ne font pas partie de la population active : les enfants, les personnes âgées, les personnes au foyer et les handicapés. Ils ont laissé supposer que le critère est plus exigeant pour ces personnes qu'il ne l'est pour celles qui ont un emploi. Ces demandeurs doivent prouver qu'ils ne peuvent pas exercer la plupart de leurs activités habituelles. Les mémoires des groupes de personnes âgées et d'étudiants ont également laissé entendre que la définition est discriminatoire. Les consommateurs et les juges de première instance aimeraient voir le règlement abrogé et le seuil lexical éliminé.

La CSFO n'a pas été en mesure de confirmer l'allusion selon laquelle le règlement est discriminatoire envers certains groupes. Bien que la modification apportée au règlement ait été adoptée il y a presque cinq ans, il n'y a eu que deux décisions judiciaires qui ont porté sur ce règlement définitoire; ces décisions n'étaient pas définitives et n'ont modifié d'aucune façon les interprétations antérieures à l'adoption du règlement. Par conséquent, l'abrogation du règlement définitoire ne devrait pas avoir d'incidence sur la détermination des demandeurs qui respectent le seuil ni sur les coûts du système. Le système reviendrait simplement aux interprétations qui étaient en vigueur avant 2003. L'abrogation du règlement serait également conforme aux efforts déployés pour réduire la complexité et les exigences réglementaires imposées au public.

La CSFO a déterminé qu'on ne pouvait se fier à aucune donnée pour évaluer les répercussions de l'élimination complète du seuil lexical. On a laissé entendre que l'élimination de ce seuil n'aurait pas d'incidence financière sur le régime d'assurance-automobile. La CSFO a examiné la question avec les actuaires du secteur de l'assurance qui étaient d'avis que ce seuil éliminait un nombre important de dossiers, sans quoi les coûts augmenteraient considérablement. De plus, le fait de jumeler l'élimination du seuil lexical à une diminution des franchises entraînerait une hausse des coûts plus spectaculaire. La CSFO laisse supposer qu'une étude des dossiers de demandes d'indemnité fermés aiderait à prendre des décisions plus éclairées à l'égard du seuil lexical.

## **6.2 Franchises**

À l'heure actuelle, deux franchises s'appliquent aux montants adjugés pour délit civil en Ontario. Les montants adjugés pour souffrances et douleurs sont





assujettis à une franchise de 30 000 \$ et les montants adjugés pour perte de soins, de conseils et de compagnie en vertu de la *Loi sur le droit de la famille* (LDF) sont assujettis à une franchise de 15 000 \$. Les franchises ne s'appliquent pas si le montant adjugé pour souffrances et douleurs est de 100 000 \$ ou plus ou si le montant adjugé en vertu de la *Loi sur le droit de la famille* est de 50 000 \$ ou plus.

Au cours des cinq dernières années, un nombre important de consommateurs ont exprimé leur insatisfaction à l'égard des niveaux de franchise. Les consommateurs ont exprimé un point de vue semblable dans leurs mémoires à la CSFO dans le cadre de cet examen. Les consommateurs ont indiqué que trop de victimes innocentes d'accidents se voyaient refuser l'accès aux tribunaux en raison des franchises. De plus, pour ce qui est de ceux qui sont en mesure d'entamer des poursuites pour *pretium doloris*, la diminution des indemnités accordées était inéquitable. Il est clair que de nombreux consommateurs ont l'impression que les niveaux actuels des franchises ne sont pas équitables.

Les avocats plaidants ont demandé que les franchises reviennent à leurs niveaux de 2003, soit 15 000 \$ pour les montants adjugés en dommages-intérêts pour souffrances et douleurs et 7 500 \$ pour les montants adjugés en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*. Ils ont de plus recommandé que la franchise soit éliminée pour les demandes d'indemnisation en cas de décès en vertu de la *Loi sur le droit de la famille*. L'Advocates' Society a formulé des recommandations semblables en plus de suggérer d'éliminer la disposition selon laquelle les franchises ne s'appliquent pas si le montant adjugé pour souffrances et douleurs est de 100 000 \$ ou plus ou si le montant adjugé en vertu de la *Loi sur le droit de la famille* est de 50 000 \$ ou plus.

Le juge Osborne a également fait des commentaires à l'égard des franchises et indiqué qu'il convenait qu'elles avaient un rôle à jouer sur le plan du contrôle des primes d'assurance-automobile, ce qui est d'une grande importance pour le public et le gouvernement. Par conséquent, il a estimé qu'il revenait au gouvernement de déterminer les niveaux de franchise appropriés. Les coûts des préjudices corporels ont diminué de façon marquée après les réformes de 2003, puisqu'un nombre moins élevé de personnes blessées a été en mesure d'intenter des poursuites. Il en serait de même si les franchises étaient réduites. De plus, il est probable que la diminution des franchises aux niveaux en vigueur avant 2003 permettrait à un plus grand nombre de personnes d'intenter des poursuites par rapport au moment où les franchises ont été mises en place pour la première fois en 1996. Si l'on tient compte de l'inflation, un montant de 15 000 \$ en 1996 équivaut à environ 20 000 \$ en 2008.

La CSFO accepte l'argument des consommateurs et autres intervenants selon lequel un meilleur accès aux tribunaux est souhaité. Cependant, il conviendrait peut-être mieux de tenir compte des répercussions de l'inflation plutôt que de revenir aux niveaux de 1996. Cela est conforme à la façon dont les tribunaux ont



traité le plafond imposé aux dommages-intérêts pour souffrances et douleurs à la suite de trois décisions rendues par la Cour suprême il y a environ 30 ans.

### **6.3 Autres réformes proposées en matière de délit civil**

Le secteur de l'assurance a également proposé un certain nombre de réformes qui réduiraient davantage le coût des demandes d'indemnisation en responsabilité civile délictuelle pour dommages corporels. Leur proposition comprend ce qui suit :

- exclure la récupération des montants adjugés pour dommages-intérêts punitifs auprès des assureurs en vertu des polices d'assurance-automobile;
- interdire la récupération en responsabilité civile délictuelle de la surfacturation des fournisseurs de soins de santé et des coûts de règlement des différends pour les demandes d'indemnité d'accident;
- changer le critère de la « responsabilité conjointe et individuelle » pour les collisions de véhicule automobile;
- accorder au gouvernement le pouvoir réglementaire d'annuler les précédents que créent les décisions judiciaires et qui peuvent accroître les coûts du système.

**Recommandation n°31 : Le gouvernement devrait envisager la possibilité de ramener les franchises à 20 000 \$ et 10 000 \$, en les éliminant pour les demandes d'indemnisation par suite de blessures mortelles et en révoquant la définition de déficience grave et permanente énoncée dans le Règlement 461/96. Une étude des dossiers de demande d'indemnisation fermés aiderait à déterminer l'incidence des autres changements envisagés en matière de délit civil.**

## **7. Règlement des différends à la CSFO**

Seuls quelques-uns des mémoires reçus formulaient des commentaires sur le processus de règlement des différends à la CSFO. Le secteur de l'assurance a déclaré que le système est devenu lent et coûteux et que les processus font double emploi. Un faible pourcentage seulement des cas soumis au processus d'arbitrage se rapportent effectivement à des décisions relatives à l'admissibilité et la plupart portent sur des questions autres que les indemnités (p. ex., procédure, dépenses et évaluations). Les questions de procédure sont prédominantes au sein du système, ajoutant ainsi des coûts inutiles. Le BAC aimerait s'assurer que les décisions arbitrales ne peuvent pas créer de précédent juridique et souhaiterait retirer aux arbitres de la CSFO le pouvoir d'accorder des montants spéciaux. Il a également proposé que les appels d'une décision d'un arbitre de la CSFO soient directement portés devant les tribunaux, qui confirmeraient ou renverseraient la décision pour des motifs de bien-fondé



juridique ou de faits abusifs. On laisse entendre que le fait d'en appeler devant les tribunaux fusionnerait les deux courants de règlement des différends, créant effectivement un seul ensemble de droit à connaître et à appliquer.

Les avocats plaidants ont suggéré que l'on combine les audiences de médiation et les audiences préalables à l'arbitrage et que, lorsqu'une partie demande une médiation, elle devrait pouvoir choisir d'aller directement en arbitrage si la médiation échoue. Après l'échec d'une médiation, les parties devraient être prêtes à fixer une date d'arbitrage, à échanger les demandes de production et à régler toute autre question liée à l'arbitrage. Les avocats plaidants considèrent que ces changements diminueront les coûts et éviteront le processus répétitif de la médiation suivie de l'arbitrage. Les médiateurs devraient avoir la possibilité de prévoir une audience supplémentaire pour les différends plus complexes. Une procédure sommaire simplifiée devrait être mise en place pour les différends qui portent sur des montants pécuniaires moins élevés. La Direction des services de règlement des différends de la CSFO a fait l'objet d'un certain nombre d'examen opérationnels au cours des dernières années et a mis en œuvre des changements dans le cadre du projet d'excellence de la direction. L'objectif du projet consiste à faciliter l'amélioration constante au chapitre de la prestation des services de règlement des différends.

### ***7.1 Paiement des rapports d'experts***

Le Règlement de l'Ontario 664 comprend un barème des frais de règlement des différends et prévoit que le montant des frais payés par la personne assurée ou en son nom ou par l'assureur à un expert pour la préparation d'un rapport peut être adjugé, jusqu'à concurrence de 1 500 \$. Ce montant n'a pas changé depuis 1996.

Les demandeurs qui travaillent à leur propre compte ont souvent recours aux rapports comptables pour justifier le montant d'indemnisation hebdomadaire. Les représentants des assureurs et les demandeurs s'entendent en général sur le fait que le montant de dépenses de 1 500 \$ est insuffisant pour les rapports comptables et qu'il ne peut être récupéré d'aucune façon dans le cadre du régime d'indemnités d'accident.

De plus, on s'entend généralement pour dire que certains autres rapports d'experts, comme les rapports techniques, neuropsychologiques et psychiatriques, coûtent beaucoup plus cher que le montant maximal actuellement établi en vertu du règlement, bien qu'ils soient moins souvent utilisés durant les instances et, dans le cas des rapports médicaux, les coûts peuvent être recouvrables par le biais du processus de réclamation en responsabilité civile délictuelle.

Les représentants des assureurs font valoir que, bien que le montant maximal de 1 500 \$ en vertu du règlement 664 ne tienne peut-être pas compte des coûts



réels de tous les rapports de neuropsychologues, de psychiatres et autres experts médicaux, ces coûts sont payables par l'assureur aux termes du paragraphe 24 (1) de l'AIAL. De plus, bien que les *Lignes directrices sur les services professionnels* établissent des taux horaires maximaux pour les services des professionnels de la santé énumérés, y compris la production de rapports, elles ne s'appliquent pas aux services dispensés par les médecins.

Les représentants des assureurs suggèrent qu'aucun rapport ne devrait être produit en dehors du processus visé par l'article 24, en vertu duquel ils doivent être reliés à une demande d'indemnités. De plus, ils font valoir qu'aucun rapport ne devrait être préparé une fois que le processus d'arbitrage a commencé puisque l'assureur n'a aucune possibilité de commander un rapport semblable et que les instances d'arbitrage traitent les demandes d'indemnité contestées et non les besoins futurs. De plus, lorsqu'un rapport préparé dans le cadre d'une évaluation n'est pas approuvé ou demeure impayé par l'assureur, la question du paiement du rapport fait l'objet d'un différend et fait partie des indemnités réclamées en arbitrage et non des frais d'arbitrage.

Un autre moyen que les demandeurs peuvent utiliser pour produire des rapports payables par l'assureur est l'utilisation de contre-rapports. L'AIAL établit des plafonds se situant entre 450 \$ et 900 \$ pour ces rapports.

Les représentants des demandeurs ont tendance à ne pas se prévaloir pleinement des dispositions de l'article 24 et du paragraphe 42.1 (8) en raison d'un manque de connaissance de ces dispositions ou de l'orientation du litige. Ils affirment que, bien que les rapports d'experts puissent être payés par les assureurs en vertu de cet article et de ce paragraphe de l'AIAL, un grand nombre de rapports raisonnablement requis en sont exclus. Les représentants des demandeurs soulignent le besoin de mettre les rapports médicaux à jour lorsqu'ils ont été conservés après un différend afin de comprendre pleinement l'état de santé du demandeur, de cerner les nouveaux problèmes et d'appuyer les demandes d'indemnités.

Les représentants des demandeurs affirment qu'il y a peu de concurrence sur le marché des rapports d'experts, où les rapports des chirurgiens orthopédistes, les experts les plus souvent utilisés en cas d'arbitrage, coûtent généralement entre 2 000 \$ et 3 000 \$ ou plus. Ils soulignent qu'en raison de la limite imposée aux montants adjugés pour les dépenses liées aux rapports d'experts, les demandeurs doivent absorber la majeure partie des coûts. De plus, certains demandeurs peuvent être dissuadés d'utiliser le système d'arbitrage de la CSFO en faveur du système judiciaire où ces dépenses peuvent être recouvrées. Selon le tarif A prévu dans la *Loi sur les tribunaux judiciaires*, un « montant raisonnable » peut être recouvert au titre des débours pour les rapports d'experts qui sont raisonnablement nécessaires pour la tenue des instances.



Les représentants des demandeurs indiquent que l'existence d'une action en responsabilité civile délictuelle parallèlement à la demande d'indemnités d'accident n'améliore pas les probabilités de paiement du rapport puisque l'on peut déterminer que ce dernier vise à appuyer la demande d'indemnités d'accident, mais pas la réclamation en responsabilité civile délictuelle.

**Recommandation n° 32 : Modifier l'AIAL de façon à prévoir un plafond adéquat concernant le coût des rapports comptables servant à justifier une demande d'indemnités hebdomadaires.**

### ***7.2 Rapports sur les coûts des soins à venir***

Les rapports sur les coûts des soins à venir évaluent et résument les besoins d'un demandeur en ce qui concerne les indemnités pour frais médicaux et de réadaptation futures. Ils englobent plus que les simples indemnités de soins auxiliaires qui sont déterminés au moyen du formulaire 1.

Les demandeurs réclament souvent que les rapports soient payés en tant que dépense en vertu de l'article 24 de l'AIAL. Les assureurs peuvent contester cette demande puisqu'elle repose sur des soins qui n'ont pas encore été fournis et ne constitue donc pas une dépense engagée. Les rapports sur les coûts des soins à venir coûtent généralement entre 6 000 \$ et 10 000 \$.

À une certaine époque, les rapports étaient produits pour des demandeurs gravement blessés, mais ils sont devenus très répandus au cours des trois à cinq dernières années. Les représentants des demandeurs ont commencé à utiliser ces rapports pour s'assurer d'être protégés contre les demandes d'indemnités pour négligence à la suite de règlements imprévoyants.

L'utilisation de ces rapports changera probablement encore une fois en raison de la publication de la décision rendue dans l'affaire *Monks c. ING* plus tôt cette année. Dans la décision *Monks*, la Cour d'appel a rendu un jugement déclaratoire à l'égard des frais médicaux et des frais de réadaptation futurs qui n'ont pas encore été engagés et qui sont contenus dans un rapport sur les coûts des soins à venir. Le tribunal a déclaré que le demandeur serait tenu de soumettre les dépenses à un assureur pour en recevoir le paiement, mais a convenu à l'avance qu'elles étaient raisonnables et nécessaires et qu'elles étaient liées à l'accident. Dans le passé, les assureurs traitant des dossiers d'indemnités d'accident pouvaient décider de ne pas régler les demandes d'indemnités pour frais médicaux et frais de réadaptation à venir, ce qui constituait souvent une meilleure décision sur le plan financier. Après l'affaire *Monks*, un changement pourrait survenir au chapitre des pratiques des assureurs.

Les assureurs ont indiqué que les rapports sur les coûts des soins à venir devraient comprendre non seulement les soins auxiliaires, mais aussi les



services de supervision 24 heures sur 24 et les besoins d'entretien du logement futurs qui dépassent de beaucoup les normes sociales appliquées par le système des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), qui est exploité par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le secteur de l'assurance s'est dit très préoccupé par l'affaire *Monks* et prédit que des pressions importantes s'exerceront sur les coûts si aucune mesure n'est prise. Il a proposé un certain nombre de changements pour régler cette question. Il aimerait que la CSFO prépare une directive régissant la préparation des rapports sur les coûts des soins à venir en ce qui concerne les indemnités d'accident et les réclamations en responsabilité civile délictuelle qui reposent sur les normes sociales établies par le système des CASC. Les assureurs devraient être autorisés à refuser les paiements en vertu de l'AIAL lorsque les rapports sur les coûts des soins à venir commandés par les demandeurs ne respectent pas la directive de la CSFO. Le secteur aimerait également qu'une règle législative soit adoptée pour interdire les jugements déclaratoires à l'égard des frais médicaux et des frais de réadaptation et de soins auxiliaires futurs reposant sur un rapport sur les coûts des soins à venir présenté au procès.

La CSFO comprend que ces rapports sont en usage depuis bien longtemps et qu'ils constituent un outil légitime de règlement des demandes dans certains cas. Il semble y avoir un certain chevauchement entre les demandes d'indemnités d'accident et les réclamations en responsabilité civile délictuelle. Toutefois, la CSFO est d'avis que ces rapports ne sont pas couverts par l'AIAL et qu'ils ne devraient pas l'être. Les fournisseurs de soins de santé ne demandent pas de rapport sur les coûts des soins à venir pour accéder aux indemnités. Ce sont plutôt les avocats qui en font la demande dans le cadre du processus de règlement. Selon la CSFO, la réglementation de leur utilisation ajouterait également encore plus de complexité au système.

**Recommandation n°33 : Le coût des rapports sur les soins de santé à venir ne devrait pas être une dépense remboursable en vertu de l'AIAL.**

## 8. Autres questions

### 8.1 Indemnités accessoires

En Ontario, comme dans bien d'autres territoires de compétence canadiens, l'assurance-automobile est deuxième payeur après d'autres programmes et régimes d'assurance. L'assurance-automobile existe comme deuxième payeur afin de diminuer le coût de l'assurance pour les consommateurs. Le secteur s'est également inquiété du fait que sa qualité de deuxième payeur s'était érodée au fil des années en raison des compagnies d'assurance-maladie complémentaire, d'où la difficulté de percevoir les prestations futures auprès d'autres assureurs en responsabilité civile délictuelle. Les assureurs ont également constaté que l'interface entre les assureurs couvrant l'invalidité et ceux qui couvrent les indemnités d'accident est également problématique. Certains consommateurs se sont plaints du fait qu'ils étaient contraints de souscrire une garantie d'indemnités d'accident pour des pertes qui sont couvertes par d'autres régimes, tandis que d'autres se sont plaints du fait qu'ils devaient épuiser la couverture limitée offerte par des régimes d'assurance-maladie complémentaire qui les laissent sans couverture pour les blessures et les maladies non liées à l'automobile.

La CSFO constate que les compagnies d'assurance-automobile ont soulevé le fait que les compagnies d'assurance-maladie complémentaire excluent la couverture des accidents de la route depuis un certain nombre d'années. Toutefois, elle n'a reçu aucune donnée qui l'aiderait à évaluer l'étendue du problème. De plus, la CSFO se pose des questions sur le fait d'interdire aux compagnies d'assurance-maladie complémentaire d'exclure ou de limiter la couverture relative aux blessures causées par un accident de la route et sur la manière de mettre une telle disposition en application.

La CSFO reconnaît qu'il est peut-être nécessaire d'examiner le libellé de l'AIAL afin de déterminer si les assureurs couvrant l'invalidité devraient effectuer des versements forfaitaires et de quelle manière ils devraient le faire.

La CSFO convient également que la double indemnisation d'une perte de revenu ne devrait pas se produire, mais constate que l'AIAL et la *Loi sur les assurances* comprennent déjà de nombreuses dispositions qui interdisent le double recouvrement. Il conviendrait d'examiner la possibilité d'étudier des options qui permettraient aux assureurs de veiller plus efficacement à l'application de ces dispositions.

La CSFO constate également l'échec des tentatives antérieures pour résoudre les différences de modes de paiement entre les compagnies d'assurance-automobile et les compagnies d'assurance maladie et invalidité dans les affaires de responsabilité civile délictuelle. L'idée du BAC d'instaurer des commutations obligatoires n'a rien de nouveau. Le BAC a demandé qu'un processus soit mis en œuvre afin d'attribuer une valeur aux indemnités d'assurance autres que



l'assurance-automobile, ce qui limiterait alors la responsabilité. Cela pourrait éventuellement placer le demandeur dans une situation difficile si l'évaluation s'avérait être incorrecte. Il n'y aurait vraisemblablement pas de mécanisme qui permettrait de se retourner vers la compagnie d'assurance-automobile pour compenser la différence.

La question d'envisager l'accès à des indemnités accessoires lorsqu'on souscrit une assurance-automobile a également été soulevée à maintes occasions dans le passé. De l'avis de la CSFO, le fait de consentir des réductions de primes aux quelques consommateurs qui ont accès à des indemnités accessoires ajouterait énormément de complexité au système. Les assureurs et les courtiers auraient vraisemblablement besoin de confirmer que la couverture existe vraiment. Si les consommateurs perdaient leur couverture d'indemnités accessoires à la suite d'un changement ou d'une perte d'emploi, leur garantie d'indemnités d'accident (qui est obligatoire) ne serait pas suffisante s'ils omettaient de souscrire une couverture supplémentaire. De même, toute économie que réalisent ceux qui bénéficient d'indemnités accessoires serait annulée par les augmentations de primes des consommateurs qui n'en ont pas. Cette proposition ne diminuerait pas le coût de l'assurance. Elle ne ferait que déplacer une partie des coûts d'un groupe de conducteurs à un autre.

Enfin, la CSFO avait également reçu des commentaires de la part des fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne la difficulté de coordonner les garanties d'assurance-maladie complémentaire. Les fournisseurs de soins de santé ont suggéré que les compagnies d'assurance-automobile soient responsables de la coordination des indemnités. La CSFO a examiné ce que faisaient d'autres territoires de compétence et le cas des consommateurs qui ont accès à de multiples régimes d'assurance-maladie complémentaire. Ce n'est que dans le cadre du régime d'assurance-automobile de l'Ontario que les fournisseurs de soins de santé coordonnent différents régimes d'indemnités. Dans tous les autres cas que la CSFO a passés en revue, les consommateurs coordonnent habituellement leurs propres indemnités. De l'avis de la CSFO, les fournisseurs de soins de santé qui ne souhaitent pas assumer cette responsabilité administrative supplémentaire devraient la remettre à leurs patients.

**Recommandation n° 34 : Étudier des options permettant aux compagnies d'assurance-automobile de veiller à la mise en application plus efficace des dispositions actuelles de l'AIAL et de la *Loi sur les assurances* selon lesquelles toutes les sources supplémentaires d'indemnités de revenu doivent être déduites.**

## ***8.2 Demandeurs gravement blessés***

Plusieurs groupes d'intervenants ont parlé de la difficulté qu'éprouvent les experts en sinistres à gérer les demandes d'indemnités mettant en cause des





blessures graves. On a donné à penser qu'il y a des experts en sinistres qui ne possèdent pas suffisamment de formation ou d'expérience pour traiter le cas de demandeurs qui sont gravement blessés, ce qui peut entraîner des évaluations inutiles, des taux élevés de refus d'indemnisation et des délais de paiement des indemnités. Le BAC a fait remarquer dans son mémoire que le milieu de l'assurance est incapable d'embaucher et de maintenir en poste un nombre suffisant d'employés compétents et intéressés à traiter les demandes d'indemnités d'accident. Une formation spéciale est nécessaire et celle-ci n'est pas facilement transférable à d'autres domaines de gestion des sinistres. La CSFO s'inquiète également du fait que des fournisseurs de traitement et des évaluateurs peuvent aussi avoir à traiter des dossiers complexes et graves sans posséder une formation et une expérience adéquates.

La CSFO a examiné la manière dont la CSPAAT structure ses fonctions de règlement des demandes dans le cas des travailleurs gravement blessés. La CSPAAT administre une unité appelée Programme des lésions graves, qui est chargée de prendre les dispositions nécessaires pour qu'un traitement spécialisé, du matériel et des services soient offerts aux travailleurs qui sont gravement blessés. Ce groupe de clientèle s'apparente aux demandeurs atteints de déficience invalidante dans le domaine de l'assurance-automobile. Chaque travailleur blessé se voit affecter une équipe du Programme de lésions graves qui se réunit pour parler de chaque cas et trouver des solutions pour chacun des travailleurs blessés. L'équipe comprend une infirmière ou infirmier qui gère les cas, un agent d'indemnisation et un ergothérapeute. Les agents d'indemnisation de cette unité possèdent au moins cinq ans d'expérience et un grand nombre d'entre eux ont plus de vingt ans d'expérience. Les nouveaux agents ne reçoivent aucune formation spéciale, mais ils travaillent avec un mentor pendant un certain temps et participent à un programme de formation continue afin d'élargir leurs connaissances de leur clientèle.

La CSFO est consciente du fait que les assureurs n'ont pas la capacité d'offrir le même niveau de service que la CSPAAT. De plus, les demandeurs du secteur de l'assurance-automobile ont souvent recours à des avocats pour leurs demandes d'indemnités d'accident et leurs réclamations en responsabilité civile délictuelle. Toutefois, de nombreux intervenants conviennent du fait que les demandeurs qui souffrent de blessures mineures ont un bien meilleur accès aux indemnités que ceux qui souffrent de blessures graves. La CSFO est d'avis que les assureurs peuvent jouer un rôle plus proactif sur le plan de la prestation des services. Ils doivent acquérir une meilleure expertise concernant le traitement de ces demandes et concentrer cette expertise dans des unités spéciales. Les charges de travail doivent être réduites afin de gérer adéquatement ces demandes et de diminuer le roulement de personnel. Certaines recommandations énoncées dans le présent rapport pourraient diminuer l'importance accordée aux blessures mineures afin de faciliter une meilleure gestion des demandes liées aux déficiences invalidantes.



**Recommandation n° 35 : Les services de demandes d'indemnisation doivent se concentrer davantage sur les besoins des demandeurs qui souffrent de blessures graves. Le BAC, l'Insurance Institute of Ontario et l'Ontario Insurance Adjusters Association devraient collaborer afin de former les experts en sinistres sur les besoins des demandeurs qui sont gravement blessés et de diminuer le risque d'allégations possibles d'actes ou de pratiques malhonnêtes ou mensongers.**

### ***8.3 Sensibilisation du public***

Les consommateurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs n'ont pas de renseignements sur les traitements qui sont les plus efficaces pour les blessures mineures, y compris parfois l'absence de traitement. Il faut sensibiliser les gens en ce qui concerne le moment opportun des interventions et leur durée. Les participants au régime d'assurance-automobile ont besoin d'en savoir davantage au sujet des résultats attendus à la suite d'une blessure mineure. D'abord et avant tout, les consommateurs doivent être informés au sujet du traitement et de la réadaptation ainsi que des risques d'un traitement excessif.

De même, des améliorations sont nécessaires afin de faire en sorte que les nouveaux résultats de recherche soient diffusés et mis en œuvre. La publication des travaux de recherche en soi ne suffit pas. L'engagement des fournisseurs de soins de santé et des assureurs est essentiel pour que la diffusion de ces renseignements soit fructueuse. Le marketing social, qui cherche à influencer le comportement social afin que le public cible et la société en général puissent en bénéficier, peut également être utilisé afin de sensibiliser davantage les gens au traitement adéquat et de changer les attentes à propos des résultats en ce qui concerne les blessures les plus courantes à la suite d'accidents de la route.

De nombreux intervenants ont également commenté le fait que le régime d'assurance-automobile est trop difficile à comprendre et que les utilisateurs du régime avaient besoin d'être mieux informés. Les victimes d'accidents qui n'ont peut-être jamais interagi avec le système auparavant, ainsi que les fournisseurs de soins de santé, les assureurs et les représentants juridiques qui sont peut-être des utilisateurs réguliers du système, ressentent cette difficulté.

Une partie du problème découle de la complexité du système – règlements qui prêtent à confusion, nombreux délais, formulaires longs et détaillés, etc. En termes simples, il est très difficile de comprendre le régime d'assurance-automobile dans sa forme actuelle. Le secteur de l'assurance, les fournisseurs de soins de santé et les associations juridiques organisent régulièrement des séances de formation et de perfectionnement. Les consommateurs et les intervenants peuvent également avoir accès à de l'information sur le site Web de la CSFO, auprès de l'InfoCentre et dans des brochures. Des intervenants ont proposé, dans leurs mémoires, que des séances supplémentaires soient mises sur pied par la CSFO afin de faciliter la discussion et l'échange de



connaissances parmi les groupes d'utilisateurs. Les recommandations qui ont été suggérées plus tôt dans le présent rapport pourraient permettre de remédier aux questions de complexité.

**Recommandation n°36 : Les consommateurs, les fournisseurs de soins de santé et les assureurs devraient collaborer pour améliorer la sensibilisation et les attentes des consommateurs en matière de traitement et de résultats. Une partie des économies réalisées à la suite des modifications apportées au régime d'indemnités d'accident devrait servir à financer ces efforts de sensibilisation.**

#### ***8.4 Organismes de transport en commun***

La CSFO a reçu des mémoires de huit municipalités et organismes municipaux de transport en commun qui portaient sur leur expérience avec le régime de l'assurance-automobile de l'Ontario. Un grand nombre des questions qu'ils soulèvent sont analogues à celles des assureurs, y compris l'augmentation rapide de l'utilisation des évaluations et des indemnités de soins auxiliaires. La Toronto Transit Commission (TTC) déclare une augmentation de 62,5 % des versements d'indemnités d'accident entre 2004 et 2007. Pendant la même période, Mississauga Transit a déclaré une progression des versements d'indemnités d'accident de 133,3 %. York Region Transit a signalé une hausse des coûts d'indemnités d'accident, qui sont passés de 56 mille de dollars en 2004 à 658 mille de dollars en 2006.

Il y a un certain nombre de facteurs qui contribuent à la hausse des coûts que subissent les organismes de transport en commun. Une proportion élevée d'usagers des transports en commun ne possèdent pas de véhicule et ne sont pas couverts par une autre police d'assurance-automobile. Par conséquent, les indemnités d'accident qui doivent être payées à la suite d'une blessure survenue dans un véhicule de transport en commun relèvent de la responsabilité de la compagnie d'assurance-automobile de l'organisme de transport en commun. Toutefois, on laisse entendre qu'une limitation de la capacité d'examiner les demandes d'indemnités pousserait les coûts à la hausse. L'AIAL exige un accès rapide aux indemnités d'accident. Bien souvent, les blessures ne sont pas signalées au moment de l'incident, mais des jours ou des semaines plus tard, sans que le conducteur n'ait connaissance de l'incident. Les organismes de transport en commun doivent accepter ces demandes d'indemnités de bonne foi, parce qu'il est souvent impossible de vérifier si le demandeur était dans le véhicule. Un de ces organismes a signalé que 73 % des demandes d'indemnités ne font pas suite à une collision. Elles se rapportent à des blessures découlant de chocs et de chutes qui surviennent au moment de monter dans un véhicule et d'en descendre, pendant qu'on se tient debout dans les allées et lorsqu'on prend place et qu'on quitte son siège.



Les organismes de transport en commun ont demandé d'être exemptés du régime sans égard à la responsabilité et d'être assujettis plutôt à un régime de responsabilité délictuelle purement et simplement. Ils proposent d'être également exemptés de l'avantage du seuil lexical et de la franchise de la responsabilité civile, ce qui permettrait de régler toutes les demandes d'indemnités devant les tribunaux à titre de réclamations en responsabilité civile délictuelle. La CSFO craint que cette proposition crée deux catégories de victimes d'accidents en Ontario. Par exemple, un piéton heurté par une voiture aurait accès aux indemnités sans égard à la responsabilité. Toutefois, ceux et celles qui sont blessés au cours d'un déplacement en autobus urbain n'auraient pas accès aux indemnités sans égard à la responsabilité, mais devraient entamer des poursuites pour recouvrer toute perte. Afin d'obtenir gain de cause dans une telle poursuite en justice, il faudrait que la victime soit en mesure de prouver la négligence de l'organisme de transport ou du conducteur du véhicule.

La CSFO constate que l'anomalie créée par cette situation s'ajouterait à celles qui existent déjà relativement aux organismes de transport en commun. Les autobus et les tramways, qui sont réputés être des véhicules motorisés en vertu de la *Loi sur l'assurance-automobile obligatoire*, sont assujettis au régime d'assurance-automobile de l'Ontario. Toutefois, le métro et le système de métro léger exploités par la TTC n'y sont pas assujettis. La TTC est donc responsable des blessures que subissent les passagers du métro et du métro léger seulement dans la mesure où elle est censée avoir été négligente. Ainsi, un client de la TTC qui est blessé par la porte d'un tramway a droit à des indemnités d'accident sans égard à la responsabilité, mais, si cette même personne est blessée par une porte du métro, elle ne reçoit absolument rien, à moins de pouvoir prouver qu'il y a eu négligence de la part de la TTC.

Dans certains États américains, les systèmes de transport en commun sont considérés comme des « transporteurs généraux » et sont assujettis à un organisme de réglementation fédéral. Par conséquent, les lois qui les régissent les exonèrent parfois explicitement des régimes d'assurance-automobile de l'État.

La CSFO convient que les services de transport en commun qui relèvent des administrations municipales devraient jouir de protections supplémentaires qui tiennent compte de leur situation particulière. Les blessures subies dans des véhicules de transport en commun qui résultent de collisions devraient continuer à être couvertes en vertu des dispositions législatives relatives à l'assurance-automobile. Toutefois, toutes les autres blessures devraient être couvertes par une police d'assurance générale de responsabilité civile.

**Recommandation n° 37 : Le gouvernement devrait envisager de modifier la loi de manière à tenir compte de la situation particulière des services de transport en commun exploités par les administrations municipales en**



**excluant les blessures de la notion du sans égard à la responsabilité lorsqu'il n'y a aucune collision.**

### **8.5 Cybercommerce**

Plusieurs assureurs ont soulevé la question du cybercommerce. Ils ont proposé plus particulièrement des modifications à la *Loi sur les assurances* afin d'accroître la souplesse sur le plan de l'intégration des technologies électroniques aux communications et aux transactions entre consommateurs et fournisseurs.

Selon les assureurs, le système actuel, qui est fondé sur des documents papier, est coûteux et inefficace et constitue une source de gaspillage, sans compter qu'il ne tient pas compte du fait que le secteur et les consommateurs connaissent de plus en plus les technologies électroniques (téléphone et Internet). Une mise à jour des dispositions législatives et réglementaires afin que les transactions qui se rapportent aux propositions, aux polices, aux avenants et aux renouvellements puissent être effectuées électroniquement offrirait plus de commodité et susciterait une satisfaction accrue sur le marché de l'assurance-automobile.

Aux États-Unis, une étude de J.D. Power and Associates a révélé qu'en 2008, les opérations de vente qui étaient traitées entièrement sur Internet représentaient 21 % de toutes les nouvelles souscriptions d'assurance de la part des clients. Une étude menée par comScore en 2008 sur les souscriptions d'assurance-automobile en ligne indique que le nombre de soumissions de prix demandées en ligne ont augmenté de 15 % et que celui de polices d'assurance-automobile souscrites en ligne a progressé de 37 % de 2006 à 2007. Les consommateurs ont demandé plus de 100 millions de soumissions de prix pour de l'assurance-automobile entre 2004 et 2007, selon cette étude. Celent évalue à près de 30 % les ventes d'assurance-automobile qui se feront en ligne d'ici 2011.

La CSFO reconnaît que les transactions électroniques sont bien accueillies par une proportion importante de consommateurs. Le cybercommerce a la possibilité de réduire les coûts et la paperasse. La production d'attestations d'assurance frauduleuses constitue la préoccupation première de tout organisme de réglementation en ce qui concerne le cybercommerce. Toutefois, la CSFO reconnaît que les attestations d'assurance frauduleuses sur papier existent déjà et qu'il pourrait y avoir des solutions technologiques pour régler ces problèmes.

Selon les mémoires reçus, il semble que les intervenants de ce secteur ne soient pas tous au courant que la *Loi de 2000 sur le commerce électronique* de l'Ontario permet déjà aux compagnies d'assurance-automobile et autres sociétés qui font affaire en Ontario de mettre en œuvre des systèmes électroniques de transmission de documents et autres en remplacement des documents écrits et des signatures écrites, à condition que certaines règles d'équivalence



fonctionnelle soient respectées. En Ontario, sur la base de ces dispositions habilitantes, au moins un assureur a déjà mis en œuvre une option qui permet à ses clients de présenter des propositions officielles d'assurance-automobile en ligne et de recevoir leur police d'assurance en format électronique par courriel plutôt qu'en format papier par la poste ordinaire. Aucune modification à la *Loi sur les assurances* ou à ses règlements d'application n'a été nécessaire pour atteindre ce résultat.

La CSFO aimerait également souligner qu'il existe un programme conjoint entre le ministère des Transports de l'Ontario et le secteur de l'assurance connu sous le nom de Projet des véhicules non assurés. Ce projet vise à diminuer la fraude, à rehausser la sécurité routière et à contribuer à des tarifs équitables d'assurance en diminuant le nombre de véhicules non assurés sur les routes de l'Ontario. Lorsque ce projet sera déployé, il fournira au ministère des Transports un autre outil électronique pour veiller à la mise en application de la *Loi sur l'assurance-automobile obligatoire* et traiter le problème des attestations d'assurance frauduleuses.

**Recommandation n°38 : Les compagnies d'assurance-automobile devraient étudier la question et tirer avantage de leur capacité actuelle de mettre en œuvre des options de commerce électronique en vertu de la *Loi de 2000 sur le commerce électronique* de l'Ontario.**

### **8.6 Réglementation tarifaire**

La Partie XV de la *Loi sur les assurances*, qui porte sur l'établissement des tarifs d'assurance-automobile, ne relève pas du présent examen (Partie VI). Malgré cela, le BAC demande avec insistance au gouvernement d'envisager des changements éventuels au régime de réglementation tarifaire de l'Ontario.

En 2003, l'Assemblée législative a adopté la *Loi de 2003 sur la stabilisation des taux* (projet de loi 5) comme mesure temporaire pour geler les tarifs d'assurance-automobile et faciliter une réduction de 10 %. Le projet de loi 5 a rehaussé les pouvoirs du surintendant en ce qui concerne les demandes tarifaires. En 2004, le Conseil des ministres a révoqué une partie du projet de loi 5 afin de permettre aux assureurs de déposer de nouveaux tarifs. Depuis, le secteur de l'assurance a demandé que le reste du projet de loi 5 soit abrogé et que le régime revienne à l'état où il était avant octobre 2003.

Le BAC a également proposé une transition progressive du système actuel d'autorisation préalable, selon lequel les tarifs doivent être approuvés par la CSFO avant qu'ils ne soient utilisés, vers un système de « dépôt et utilisation », selon lequel les assureurs pourraient utiliser immédiatement les tarifs déposés, tandis que l'approbation se ferait ultérieurement. Les tarifs qui ne sont pas approuvés seraient retirés.



Suivant le dernier cycle d'assurance, un certain nombre de territoires de compétence canadiens sont passés à un processus d'approbation préalable. Toutefois, aux États-Unis, certains États ont adopté des régimes de dépôt et utilisation.

### ***8.7 Primes fondées sur la méthode de distribution***

En 2000, la CSFO a procédé à une consultation sur la faisabilité de fonder les primes en partie sur les dépenses liées aux diverses méthodes de distribution (courtiers, agents, Internet, etc.). Aucun consensus n'a été atteint à ce moment-là.

Exception faite des escomptes offerts sur Internet, la CSFO n'a approuvé les tarifs d'aucun assureur qui prévoient différents taux selon les dépenses liées aux méthodes de distribution. Au fil des années, les assureurs se sont renseignés pour savoir si une compagnie d'assurance-automobile pouvait être autorisée à vendre le même produit à différents taux selon les dépenses relatives aux modes de distribution. Bien que cette question n'ait pas été soulevée au cours des consultations menées dans le cadre du présent examen, la CSFO reconnaît que cela suscite un intérêt soutenu au sein du secteur de l'assurance.

Même si aucune disposition réglementaire claire n'interdit un modèle de tarification qui intègre des niveaux de prix distincts à de multiples modes de distribution, mis à part les escomptes offerts sur Internet, il n'y a actuellement aucune compagnie qui se sert d'un tel modèle sur le marché.

Certains ont laissé entendre que le fait de permettre des taux variables selon la méthode de distribution pourrait faire économiser certains consommateurs; toutefois, d'autres ont exprimé leur inquiétude à propos de la suffisance de l'information fournie aux consommateurs et le besoin de s'assurer que les écarts tarifaires tiennent vraiment compte des coûts raisonnables du système de distribution.

### ***8.8 Moment des examens futurs***

Les intervenants ont formulé des commentaires sur la fréquence à laquelle le régime d'assurance-automobile devrait être passé en revue et le rôle des intervenants en matière de gestion du régime. Le BAC a proposé que la CSFO fasse rapport annuellement au ministre des Finances de l'état du marché de l'assurance-automobile. La coalition représentant les professionnels de la santé dans le cadre des réformes de l'assurance-automobile a proposé la mise en place d'une tribune permanente composée de multiples intervenants, sous la direction de la CSFO, pour aborder les questions problématiques dans le secteur de l'assurance-automobile et formuler des recommandations à la CSFO. D'autres intervenants ont également offert leur aide et leurs conseils à l'avenir.



La CSFO fait remarquer que l'examen actuel en vertu de l'article 289.1 de la *Loi sur les assurances* s'ajoute à l'examen de l'AIAL prescrit à l'article 289 de la Loi. L'article 289 exige qu'un rapport soit présenté à l'Assemblée législative sur le caractère adéquat des indemnités d'accident légales au moins une fois tous les deux ans. Le rapport le plus récent a été présenté à la fin de 2008. En outre, l'article 417.1 exige que le surintendant remette un rapport à l'Assemblée législative sur le règlement qui régit le classement des risques et la détermination des tarifs au moins une fois tous les trois ans. Le prochain rapport doit être produit en 2010.

La CSFO constate que le moment et le contenu des différents examens peuvent entraîner des chevauchements et créer une certaine confusion chez les intervenants. Les assureurs et les consommateurs ont soulevé des questions au sujet de la tarification dans le cadre de cet examen, bien qu'elles ne soient pas visées par la Partie VI de la Loi et qu'elles dépassent donc la portée du présent examen. Même si deux rapports doivent être déposés auprès de l'Assemblée législative et qu'un ne doive pas l'être, il peut être possible d'harmoniser les différents examens et de les regrouper en un seul rapport complet.

**Recommandation n° 39 : Le gouvernement devrait songer à harmoniser les rapports requis en vertu des articles 289, 289.1 et 417.1 de la *Loi sur les assurances*.**





## Annexes

### Annexe A

#### ***Dispositions du Règlement 403.96 de l'Ontario (Annexe sur les indemnités d'accident légales) qui portent sur la « déficience invalidante » :***

(1.1) Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident qui survient avant le 1<sup>er</sup> octobre 2003 s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- b) l'amputation des deux bras ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- c) l'amputation à la fois d'un bras et d'une jambe ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- d) la cécité complète;
- e) une déficience cérébrale qui, à l'égard d'un accident, se traduit :
  - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée « Glasgow Coma Scale », telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin,
  - (ii) soit par un résultat de 2 (vegetative) ou 3 (severe disability) selon la classification appelée « Glasgow Outcome Scale », telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;
- f) sous réserve des paragraphes (2) et (3), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;
- g) sous réserve des paragraphes (2) et (3), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (marked impairment) ou de catégorie 5 (extreme impairment) causée par un trouble mental ou un trouble du comportement. Règl. de l'Ontario 281/03, par. 1 (5); Règl. de l'Ontario 314/05, par. 1 (1, 2).



(1.2) Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident qui survient après le 30 septembre 2003 s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- b) l'amputation des deux bras ou des deux jambes ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- c) l'amputation à la fois d'un ou des deux bras et d'une ou des deux jambes ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;
- d) la cécité complète;
- e) sous réserve du paragraphe (1.4), une déficience cérébrale qui, à l'égard d'un accident, se traduit :
  - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée « Glasgow Coma Scale », telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin,
  - (ii) soit par un résultat de 2 (vegetative) ou 3 (severe disability) selon la classification appelée « Glasgow Outcome Scale », telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;
- f) sous réserve des paragraphes (1.4), (2.1) et (3), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;
- g) sous réserve des paragraphes (1.4), (2.1) et (3), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (marked impairment) ou de catégorie 5 (extreme impairment) causée par un trouble mental ou un trouble du comportement. Règl. de l'Ontario 281/03, par. 1 (5).

(1.3) Le paragraphe (1.4) s'applique si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et que ni la classification appelée « Glasgow Coma Scale », ni la classification appelée « Glasgow Outcome Scale » ni l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, visés à l'alinéa (1.2) e), f) ou g), ne peuvent s'appliquer en raison de l'âge de la personne assurée. Règl. de l'Ontario 281/03, par. 1 (5).



(1.4) Pour l'application des alinéas (1.2) e), f) et g), la déficience dont souffre une personne assurée visée au paragraphe (1.3) à la suite d'un accident et dont il est raisonnable de croire qu'elle constitue une déficience invalidante est réputée la déficience qui se rapproche le plus de celle visée à l'alinéa (1.2) e), f) ou g), compte tenu de ses répercussions sur le développement. Règl. de l'Ontario 281/03, par. 1 (5).

(2) Les alinéas (1.1) f) et g) ne s'appliquent à l'égard de la personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident qui survient avant le 1<sup>er</sup> octobre 2003 que si, selon le cas : a) le praticien de la santé de la personne assurée déclare par écrit que l'état de celle-ci s'est stabilisé et qu'un traitement ne réussira vraisemblablement pas à l'améliorer;

b) trois ans se sont écoulés depuis l'accident. Règl. de l'Ontario 403/96, par. 2 (2); Règl. de l'Ont. 281/03, par. 1 (6).

(2.1) Les alinéas (1.2) f) et g) ne s'appliquent à l'égard de la personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident qui survient après le 30 septembre 2003 que si, selon le cas : a) le praticien de la santé de la personne assurée déclare par écrit que l'état de celle-ci ne cessera vraisemblablement pas d'être une déficience invalidante;

b) deux ans se sont écoulés depuis l'accident. Règl. de l'Ontario 281/03, par. 1 (7).

(3) Pour l'application des alinéas (1.1) f) et g) et (1.2) f) et g), si la déficience dont souffre la personne assurée n'est pas répertoriée dans l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4<sup>e</sup> édition, 1993, elle est réputée la déficience répertoriée dans cet ouvrage qui se rapproche le plus de celle dont souffre la personne assurée. Règl. de l'Ontario 403/96, par. 2 (3); Règl. de l'Ont. 281/03, par. 1 (8).



## Annexe B

Les organismes, administrations municipales et compagnies d'assurance suivants ont présenté un mémoire à la CSFO dans le cadre du présent examen. En outre, la CSFO a obtenu des commentaires de 24 consommateurs, 3 professionnels du secteur de l'assurance, 3 fournisseurs de soins de santé, 4 avocats et 2 autres intervenants. Avec le consentement des intervenants, la CSFO a affiché 76 mémoires sur son site Web ([www.fsco.gov.on.ca/french](http://www.fsco.gov.on.ca/french)).

Assurance ACE INA  
The Advocates' Society  
Allstate Canada  
Associated Canadian Car Rental Operators  
Association of Independent Assessment Centres  
Bar Dispute Resolution Forum  
Association canadienne des assureurs par marketing direct  
Association canadienne des institutions financières en assurance  
Fédération canadienne des étudiantes et étudiants  
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes  
Canadian Society of Chiropractic Evaluators  
Association canadienne du transport urbain  
Coalition Representing Health Professionals in Automobile Insurance Reforms  
Ville de Brampton  
Ville de Cornwall  
Ville de Mississauga  
Ville de Thunder Bay  
Consumer Interest Alliance  
The Co-operators Group  
Démocratie en surveillance  
Dominion du Canada, Compagnie d'assurances générales  
The Economical Insurance Group  
Association des assureurs  
ING Canada  
Société ontarienne d'assurance-dépôts  
Bureau d'assurance du Canada  
Jevco, La compagnie d'assurance  
Kingsway compagnie d'assurances générales  
London Transit  
Conseil de l'industrie de la motocyclette et du cyclomoteur  
L'Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario  
Ontario Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists  
Association du Barreau de l'Ontario  
Ontario Brain Injury Association  
Association chiropratique de l'Ontario  
Ontario Massage Therapist Association  
Ontario Municipal Insurance Association



Ontario Municipal Insurance Exchange  
Ontario Physiotherapy Association  
Ontario Psychological Association  
Ontario Society of Occupational Therapists  
Ontario Trial Lawyers Association  
Paralegal Society of Ontario  
Provincial Towing Association (Ontario)  
RBC, Compagnie d'assurances générales  
Municipalité régionale de Durham  
Municipalité régionale de York  
Risk and Insurance Management Society  
Royal & Sun Alliance du Canada  
TD Meloche Monnex  
Toronto Transit Commission  
Unifund, Compagnie d'assurances  
United Senior Citizens of Ontario  
Zurich, Compagnie d'assurances