



Commission des
services financiers
de l'Ontario

Assurance automobile Rapport d'évaluation des pratiques de l'industrie

Partie 1 : Annexe sur indemnités d'accident légales (AIAL)
Partie 2 : Processus de tarification et de souscription (PTS)

Phase 3
2014

Commission des services financiers de l'Ontario
Direction de la réglementation des pratiques de l'industrie

Table des matières

RÉSUMÉ	2
1. CONTEXTE.....	3
2. EXAMEN EFFECTUÉ PAR LA CSFO.....	5
3. COTES DE RISQUE	7
PARTIE 1 – ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES (AIAL)	9
4. PORTÉE DE L'EXAMEN POUR L'AIAL.....	9
5. RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	10
6. OBSERVATIONS SUR LA CONFORMITÉ À L'AIAL	23
PARTIE 2 – PROCESSUS DE TARIFICATION ET DE SOUSCRIPTION (PTS)	25
7. PORTÉE DE L'EXAMEN DES PTS	25
8. SOMMAIRE DES OBSERVATIONS	26
9. OBSERVATIONS CONCERNANT LA CONFORMITÉ DES PTS	37
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	39

Résumé

La Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO), organisme de réglementation qui relève du ministère des Finances, réglemente les compagnies d'assurance de la province. Son mandat consiste, en partie, à accroître la confiance du public envers le secteur de l'assurance. La CSFO veille à ce que les compagnies traitent les prestataires d'assurance équitablement en se conformant à l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* (AIAL), un règlement adopté en vertu de la *Loi sur les assurances*. De plus, la CSFO évalue aussi les pratiques de toutes les compagnies d'assurance automobile en Ontario en ce qui concerne leurs processus de tarification et de souscription (PTS), en procédant à une évaluation du risque en matière de conformité dans le secteur de l'assurance automobile.

Pour réglementer les pratiques de l'industrie, la CSFO a recours à une approche fondée sur le risque. Sur une période de quatre ans, en quatre phases, la CSFO envoie à la majorité des assureurs automobiles de l'Ontario un questionnaire d'évaluation des pratiques de l'industrie. L'exercice, amorcé en 2012 (phase 1) et qui s'est poursuivi en 2013 (phase 2), a permis de joindre un nombre de compagnies formant environ 90 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario. Pour la phase 3, en 2014, la CSFO a fait parvenir aux compagnies une version mise à jour du questionnaire, laquelle comportait deux parties (partie A – AIAL et partie B – PTS). La CSFO a reçu des réponses de 23 compagnies, représentant environ 8 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario. Une approche ciblée, fondée sur le risque, a été utilisée pour sélectionner quatre de ces compagnies en vue d'y réaliser des examens sur place (l'équivalent d'environ 4 % du marché) et d'y vérifier les réponses fournies dans les questionnaires. Les principales conclusions et recommandations de ces deux sections sont contenues dans le présent rapport.

Ces conclusions, pour la partie du questionnaire sur l'AIAL, sont notamment la nécessité, pour les assureurs, d'améliorer leurs pratiques et leurs processus de gouvernance afin de remédier aux risques décelés, surtout en ce qui concerne la gestion de la fraude et les mesures visant à contrer la fraude, les autres mesures de contrôle, la surveillance par les gestionnaires et les rapports, la sous-traitance et les fournisseurs de soins de santé. Les résultats globaux, à ce jour, révèlent que le risque de non-conformité est moyen à faible dans l'industrie. Il est toutefois possible de faire mieux dans certains domaines.

Les résultats globaux pour la portion sur les PTS indiquent que la majorité des compagnies ont été classées à risque faible ou à risque moyen à faible de non-conformité. Cela traduit un bon degré de conformité au sein du marché. Toutefois, des améliorations des pratiques de gouvernance des assureurs demeurent nécessaires afin que ceux-ci puissent faire face aux risques décelés, principalement en ce qui concerne les examens indépendants, la détection et le traitement des erreurs de tarification ainsi que les autres mesures de contrôle, la surveillance par les gestionnaires et les rapports.

Les résultats de la phase 3 démontrent que le questionnaire demeure un outil utile et efficace. Il a permis non seulement de voir quelles compagnies présentent un risque de non-conformité plus élevé, mais il a aussi confirmé que la plupart des compagnies avaient mis en place des politiques et des procédures suffisantes pour le traitement des demandes d'indemnité AIAL et pour leurs activités de tarification et de souscription, ce qui garantit une gouvernance et des pratiques commerciales rigoureuses, conformes à la réglementation, en plus d'atténuer les risques.

1. CONTEXTE

La CSFO réglemente la conformité des assureurs qui ont des activités en Ontario. La loi établit les règles de conduite pour les compagnies d'assurance automobile, particulièrement pour le traitement des sinistres et des demandes d'indemnité, ainsi que pour les modifications aux taux et aux règles de souscription.

En réponse au rapport sur le suivi des audits de l'optimisation des ressources 2011 du vérificateur général, la CSFO a adopté ce questionnaire sur quatre ans et mis en place un programme d'examen visant à surveiller adéquatement l'industrie de l'assurance automobile de l'Ontario, surtout ce qui concerne le coût des sinistres et des primes.

Ce programme a été lancé en 2012 afin d'évaluer la gouvernance et les mesures de contrôle internes dont sont dotés les assureurs pour assurer leur conformité à l'AIAL, aux taux déposés et approuvés et aux règles de souscription.

- Ce programme exige que toutes les compagnies d'assurance automobile remplissent, au cours d'une période de quatre ans, un questionnaire détaillé.
- Le questionnaire est modifié d'année en année afin d'aborder les aspects qui se sont dégradés au cours du cycle de quatre ans.
- Les assureurs doivent aussi remplir des attestations annuelles, qui certifient l'efficacité de leurs processus en AIAL, pour la tarification et la souscription, de même que de leurs mesures de contrôle internes.
- Des examens ciblés et réalisés auprès de compagnies choisies au hasard sont réalisés afin de valider les réponses au questionnaire fournies par les assureurs.
- Les compagnies qui ont fait l'objet d'une vérification reçoivent des conclusions et des recommandations individualisées, doivent se pencher sur certaines questions particulières et préparer un plan de redressement proactif qu'ils doivent ensuite soumettre au législateur.

Évaluations de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL)

Avant 2004, la CSFO avait recours à des vérifications ponctuelles des transactions pour s'assurer que les assureurs automobiles respectaient les exigences de l'AIAL. Ces vérifications ne lui permettaient d'examiner qu'un nombre limité de dossiers et de demandes d'indemnité d'accident traitées, lesquels étaient choisis au hasard. Après 2004, la CSFO a donc décidé d'adopter des mesures pour remédier aux limites imposées par cette démarche de vérification et a mis en place une approche fondée sur le risque pour laquelle elle examine et évalue la qualité des mécanismes de gouvernance et de contrôle interne des compagnies pour l'ensemble de leurs activités de traitement des demandes d'indemnité AIAL.

Cette modification à ses façons de faire a permis d'élargir la portée de la supervision fondée sur le risque de la CSFO, laquelle comprend désormais :

- Le dépôt annuel d'attestations pour les demandes AIAL par les assureurs automobiles, et ce, depuis 2011.
- Depuis 2012, l'obligation, pour la majorité des compagnies d'assurance automobile, de répondre au questionnaire de l'AIAL au moins une fois tous les quatre ans.
- Depuis 2012 également, l'examen sur place du traitement des demandes d'indemnité et AIAL, et des activités de contrôle interne des compagnies d'assurance.

La portion de l'examen consacré à l'AIAL se penchait sur six grands domaines de gouvernance et incluait une évaluation des résultats des réformes de l'assurance automobile du 1^{er} septembre 2010. Le classement global des risques de l'AIAL pour les compagnies de la phase 3 est un peu plus élevé que ceux des phases 1 et 2¹. Les résultats globaux à ce jour, qui couvrent 98 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario, indiquent donc que l'industrie est en grande partie conforme. On peut toutefois faire mieux.

En plus de consultations auprès des intervenants de l'industrie, il est important de noter qu'à chacune des phases, la CSFO a procédé à un examen des changements législatifs et des tendances émergentes de l'industrie, et elle a révisé l'attestation ainsi que le questionnaire. Son objectif, ce faisant, est de demeurer pertinente et actuelle et, dans la mesure du possible, de cerner les points et les aspects susceptibles de toucher le public et le marché lui-même.

Évaluation des processus de tarification et de souscription (PTS)

En mai 2007, la CSFO a fait parvenir à tous les assureurs automobiles en Ontario un questionnaire de conformité portant sur l'application des taux d'assurance automobile approuvés, sur les systèmes de classification du risque et sur les règles de souscription. Cet exercice faisait partie de l'évaluation continue, par la CSFO, des risques en matière de conformité dans l'industrie de l'assurance automobile, à la suite de l'évaluation initiale des pratiques des assureurs menée en 2005.

Ce questionnaire sur les pratiques en vigueur dans l'industrie traitait entre autres des processus de tarification et de souscription, et de la vérification des taux approuvés. Le questionnaire révisé pour la phase 3 a été publié le 14 mai 2014.

L'examen des PTS portait sur sept grands domaines de gouvernance, et supposait notamment une vérification aléatoire de contrats d'assurance afin de s'assurer que seuls les taux approuvés sont appliqués à l'étape de la transaction. Une comparaison des cotes de risque globales attribuées pour les PTS à la phase 2 et à la phase 3² a aussi été réalisée. Les résultats à ce jour confirment que certaines

¹ Cette augmentation s'explique principalement par le fait qu'un plus grand nombre de sociétés d'assurance mutuelles agricoles ont été choisies pour cette phase (11 compagnies sur 23). En moyenne, ces sociétés, qui sont des assureurs plus petits, ont une moins grande capacité et moins de politiques, de procédures et de processus normalisés et de mesures de contrôle en matière de conformité que les grandes compagnies d'assurances multirisques. Cela ne veut pas dire que les procédures ne sont pas en place, mais celles-ci sont plus adaptées, dans bien des cas, à des activités de moins grande envergure, à un profil de risque et à une complexité moindres et à un plus faible volume de réclamations AIAL.

² Comme il n'y avait aucun questionnaire sur les PTS lors de la phase 1, nous n'avons pas été en mesure de comparer ces cotes de risque pour les PTS (globalement) avec les phases 2 et 3.

améliorations doivent être apportées aux PTS de l'industrie et que les mesures de contrôle doivent être améliorées afin d'atténuer les risques décelés.

2. EXAMEN EFFECTUÉ PAR LA CSFO

La CSFO a amorcé son examen en quatre phases, sur une période de quatre ans. L'année 2012 correspond à la phase 1, la phase 2 à l'année 2013 et la phase 3 a eu lieu en 2014. Chaque phase comportait trois étapes :

Première étape – Attestation

Dans son budget de 2011, le gouvernement de l'Ontario s'engageait à s'attaquer aux abus et à la fraude dans le secteur de l'assurance automobile, qui font augmenter les coûts et les primes. Le gouvernement y faisait également part de son intention d'adopter des mesures immédiates pour réduire les abus et la fraude, en obligeant notamment les assureurs à attester chaque année de l'efficacité de leurs instruments de contrôle dans le cadre de l'AIAL.

Le processus d'attestation annuelle a fait ressortir la nécessité, pour les assureurs automobiles, de confirmer que leur compagnie dispose d'instruments de contrôle des coûts relatifs à l'AIAL pour s'attaquer à la fraude et aux abus et que ces mesures sont efficaces, vérifiées régulièrement, et qu'elles traitent les demandeurs légitimes de façon juste, conformément à la loi.

L'attestation doit être signée par le président, le directeur général ou l'un des premiers dirigeants responsables des activités de l'assureur en Ontario.

Les objectifs de l'attestation sont de continuer de promouvoir et de favoriser la bonne gouvernance, de préciser les points à améliorer et d'accroître la supervision directe en fonction des risques et conformément aux récentes réformes de l'assurance automobile.

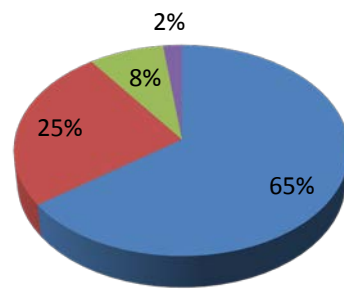
Deuxième étape – Questionnaire

Après avoir reçu les attestations en 2013, la CSFO a mené d'autres consultations auprès des intervenants au début de 2014. Les changements apportés au questionnaire visaient à obtenir d'autres renseignements sur les contrôles dans le cadre de l'AIAL, plus particulièrement en ce qui concerne la gestion de la fraude et la recrudescence des réclamations suspectes ou possiblement frauduleuses, et plus d'information sur les résultats de telles demandes d'indemnité.

Le questionnaire AIAL révisé a été envoyé en mai 2014 à 20 assureurs automobiles de la province. Certains ont été choisis au hasard, d'autres ont été directement ciblés. La CSFO a également reçu des réponses de trois autres compagnies dans le cadre du dépôt des taux d'un groupe. Ces 23 compagnies représentaient environ 8 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario pour ce qui est des primes directes souscrites (PDS).

Taux de réponse au questionnaire

(en pourcentage de parts de marché des compagnies)



- Phase 1 - 34 compagnies représentant 65 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario
- Phase 2 - 42 compagnies représentant 25 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario
- Phase 3 - 23 compagnies représentant 8 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario
- Parts de marché restantes - 2 %

Les compagnies ciblées ont été choisies à partir d'une démarche fondée sur le risque par laquelle on a fait appel à des données sur la conformité telles que la part de marché, le nombre de plaintes liées à l'AIAL ou aux PTS, le nombre de médiations et la classification des risques attribuée lors d'examens antérieurs en fonction de l'AIAL. Tous les assureurs devaient retourner le questionnaire rempli par voie électronique au plus tard le 4 juillet 2014.

Au cours du cycle de quatre ans, la majorité des assureurs en Ontario doivent remplir le questionnaire au moins une fois.

Troisième étape – Évaluations des risques et examens sur place

Les agents de conformité supérieurs (ACS) de la CSFO ont procédé à l'examen sur dossier de tous les questionnaires remplis et ont préparé un résumé de l'évaluation des risques pour chaque compagnie. À la suite de cet examen, ils ont attribué une cote de risque préliminaire à chacune de ces 23 compagnies.

La CSFO a utilisé les résultats de cet examen et d'autres données dans le marché de l'assurance automobile pour choisir un échantillon de quatre compagnies (autres que des sociétés d'assurance mutuelles agricoles) où elle allait procéder à des examens sur place afin de confirmer l'exactitude de leurs réponses au questionnaire et d'examiner leurs pratiques exemplaires. Les compagnies examinées lors de la phase 3 constituaient environ 4 % du marché des primes directes souscrites pour des véhicules de tourisme en Ontario. Sur une période de trois ans, 71 % du marché a fait l'objet d'un examen sur place, si on le considère sous l'angle des primes directes souscrites pour les véhicules de tourisme.

Au cours des examens réalisés dans les bureaux des quatre compagnies, les ACS ont pu vérifier si les réponses étaient appuyées par les documents pertinents. Ils ont attribué une cote de risque à chacun des grands domaines de gouvernance afin d'obtenir une cote de risque global pour la compagnie elle-même.

Chaque compagnie a ensuite reçu les résultats des examens sur place, avec un résumé des conclusions et les recommandations correspondantes. Les compagnies devaient répondre à la CSFO sans attendre, en précisant quelles mesures elles entendaient adopter pour donner suite à ses recommandations. La Au cours de la phase 3, la CSFO n'a pas examiné de mutuelles agricoles. Toutefois, on a demandé à

toutes les compagnies évaluées comme étant à risque moyen ou élevé à la suite d'un examen sur dossier du questionnaire de préparer un plan de mesures correctives à partir des recommandations formulées.

3. COTES DE RISQUE

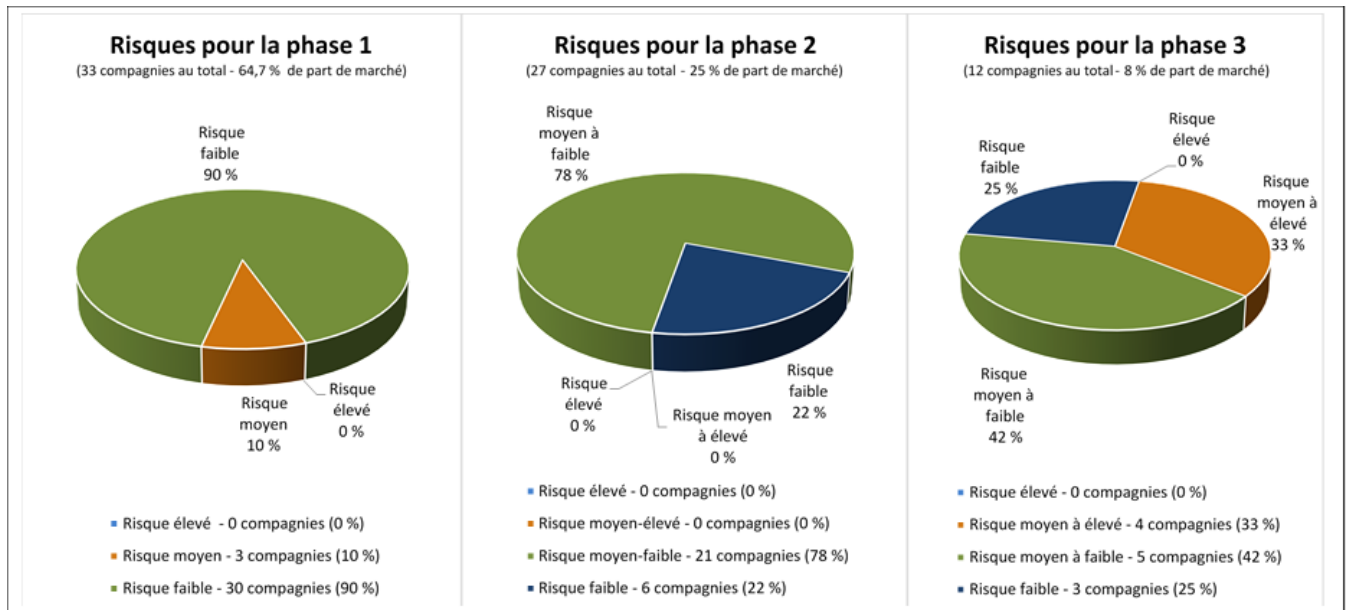
La CSFO a conçu le questionnaire dans le but de vérifier si les compagnies étaient dotées de la structure de gouvernance adéquate et des contrôles internes nécessaires. Ces contrôles devaient inclure des politiques et procédures documentées pour une gouvernance rigoureuse lors du traitement des demandes d'indemnité de l'AIAL et pour la conformité aux exigences de la loi. Le risque de non-conformité d'une compagnie aux exigences de l'AIAL varie de faible à élevé et se définit comme suit :

Cote de risque	Définition/critère de classement
Risque élevé	Les politiques et procédures sont inadéquates et on constate de possibles problèmes de conformité à la réglementation.
Risque moyen à élevé	Les politiques écrites sont adéquates, la surveillance est insuffisante et les principales procédures ne sont pas suffisamment documentées.
Risque moyen à faible	Les politiques écrites sont adéquates, la surveillance est relativement suffisante et les principales procédures ne sont pas toutes documentées.
Risque faible	Les politiques et procédures sont bien documentées, la surveillance est suffisante; le conseil et les dirigeants exercent une bonne supervision.

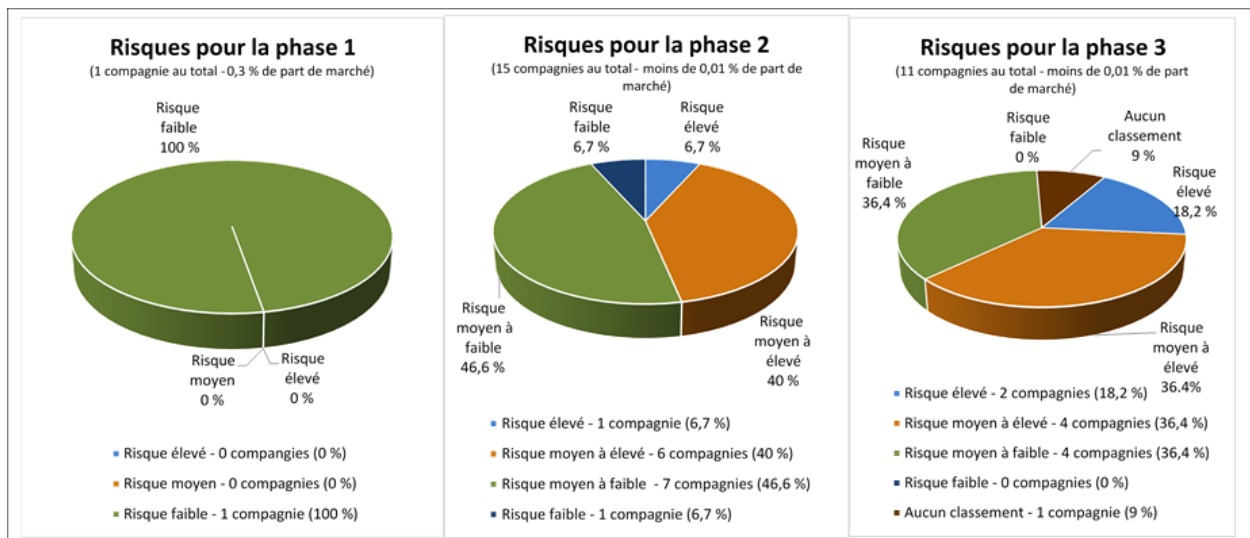
L'examen sur dossier des questionnaires a aussi donné lieu à l'attribution d'un classement de risque pour chacun des grands domaines de gouvernance. Ces niveaux de risque ont ensuite été utilisés pour attribuer une cote de risque préliminaire à chacune des 23 compagnies (dont 11 sociétés d'assurance mutuelles agricoles). Les diagrammes ci-dessous³ donnent le détail des cotes de risque préliminaire pour ces compagnies et une comparaison des résultats pour chaque phase.

³ Des 11 sociétés d'assurance mutuelles agricoles, une seule ne souscrivait pas d'assurance-automobile; elle n'a donc entraîné aucun ajout de données.

Comparaison des résultats par phase – compagnies d'assurances multirisques



Comparaison des résultats par phase – sociétés d'assurance mutuelles agricoles



Tout comme lors des phases 1 et 2, les ACS ont procédé à des examens sur place dans le cadre de la phase 3. Ces examens visaient à vérifier l'efficacité des mesures de contrôle de la gouvernance et, le cas échéant, à formuler des recommandations en vue d'apporter des améliorations et d'adopter des mesures réglementaires. La CSFO souhaitait aussi établir si des changements devaient être apportés à l'attestation 2015 et au questionnaire prévu pour la phase 4.

Questionnaire de la phase 4

Dans le cadre de la phase 4, une attestation pour 2014 a été délivrée aux assureurs automobiles et un questionnaire AIAL révisé suivra au printemps 2015.

PARTIE 1 – ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES (AIAL)

4. PORTÉE DE L'EXAMEN POUR L'AIAL

Conformément à l'approche fondée sur le risque adoptée par la CSFO en matière de réglementation, les objectifs de cet examen étaient les suivants :

- (a) Établir si la CSFO peut se fier aux attestations et aux réponses fournies par les assureurs dans le questionnaire.
- (b) Évaluer la conformité aux règlements modifiés sur l'AIAL et les Actes ou pratiques malhonnêtes ou mensongers (APMM) et recommander des mesures réglementaires le cas échéant.
- (c) Vérifier s'il existe des contrôles acceptables de conformité à l'AIAL et contre la fraude afin de déceler les cas éventuels de non-conformité à l'AIAL.

La CSFO a choisi quatre compagnies d'assurance où réaliser des examens sur place à partir des résultats de l'examen sur dossier et d'autres données de conformité. Ces données sont la part de marché, le nombre de plaintes AIAL, le nombre de médiations et les cotes de risque de ces entreprises avant les examens AIAL. Comme pour les phases 1 et 2, l'objectif de la CSFO pour la phase 3 consistait à examiner les compagnies à risque élevé (pour l'AIAL et les PTS), et à choisir un autre groupe de compagnies avec cote de risque moyen à élevé, moyen à faible ou faible. Dans l'ensemble, aucune compagnie à classement de risque élevé (chez les assureurs autres que les mutuelles agricoles) n'a été trouvée et la majorité des compagnies retenues étaient à risque moyen à élevé ou moyen à faible. Les examens sur place avaient donc essentiellement pour fonction de confirmer que la CSFO pourrait se fier aux réponses du questionnaire et de relever les pratiques exemplaires qui pourraient faciliter les futurs examens sur place.

Les ACS ont donc procédé à des examens dans les bureaux des compagnies retenues et en ont rencontré les dirigeants afin de vérifier leurs réponses au questionnaire et de consulter les documents justificatifs correspondants. Cet exercice a confirmé que les réponses étaient en grande partie exactes et qu'il en était de même pour le classement qui leur avait été accordé à la suite de l'examen sur dossier.

Les ACS ont aussi évalué la gouvernance de chacune des compagnies retenues dans le contexte du traitement des demandes d'indemnité AIAL, en se basant sur les six grands aspects de gouvernance évalués dans le questionnaire :

1. Élaboration, documentation et contenu des politiques et procédures de traitement des demandes d'indemnité AIAL.
2. Gestion de la fraude et mesures antifraudes.

3. Existence d'autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion sur le traitement des demandes d'indemnité AIAL.
4. Fiabilité des examens indépendants, quels qu'ils soient.
5. Sous-traitance.
6. Fournisseurs de soins de santé.

Les niveaux de risque les plus élevés pour cette section de l'AIAL, comparativement aux mêmes sections pour les deux phrases précédentes, peuvent être attribuables au nombre plus élevé de sociétés d'assurance mutuelles agricoles sélectionnées pour l'examen (11 sur 23 compagnies en tout). En moyenne, les sociétés d'assurance mutuelles agricoles de l'Ontario sont de plus petite taille (et dans certains cas, elles n'ont pas l'envergure nécessaire pour disposer de politiques, de procédures et de mesure de contrôle en place), comme le mentionne précisément le questionnaire. Cela ne veut pas dire que les procédures ne sont pas en place, mais celles-ci sont plus adaptées, dans bien des cas, à des activités de moins grande envergure, à un profil de risque et à une complexité moindres et à un plus faible volume de réclamations AIAL.

Et puisque le questionnaire couvrait 65 % du marché de l'assurance automobile des véhicules de tourisme à la phase 1, 25 % à la phase 2 et qu'il couvre 8 % à la phase 3, tout porte à croire que l'industrie est en grande partie conforme.

5. RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Élaboration et contenu des politiques

Cette section du questionnaire visait à vérifier l'existence, la conformité et l'approbation des politiques. La section sur le contenu des politiques traitait des procédures de traitement des demandes d'indemnité, des instruments de contrôle de la conformité AIAL, du contrôle des coûts, de la fraude et des abus, ainsi que des critères de rendement.

Résultats du questionnaire

A. Élaboration des politiques

Toutes les compagnies disposent de politiques et procédures documentées de traitement des demandes d'indemnité AIAL, lesquelles sont disponibles pour tout le personnel chargé du traitement des réclamations. Toutes ont aussi procédé à un examen de ces politiques et procédures aux fins de conformité avec les exigences réglementaires et avec les lignes directrices du surintendant.

Pour ce qui est des approbations, les politiques et procédures de toutes les compagnies sont approuvées par la haute direction ou par des dirigeants d'un niveau plus élevé. Certaines compagnies sont aussi dotées de comités formés de gestionnaires des opérations, de directeurs et de cadres supérieurs qui se chargent d'élaborer et d'approuver toute modification aux politiques et procédures.

De plus, toutes les compagnies revoient périodiquement leurs politiques de traitement des demandes d'indemnité AIAL et les révisent au besoin en fonction des plaintes, de l'information provenant du

traitement des plaintes et des commentaires des employés et des demandeurs d'indemnité. Pour ce qui est de la documentation, la majorité des compagnies (environ 80 %) ont indiqué que leurs examens étaient documentés.

B. Contenu des politiques⁴

La majorité des compagnies disposent de politiques et de procédures établies, lesquelles :

- Satisfont aux exigences AIAL en traitant notamment de points tels que la confirmation d'une garantie d'indemnités d'accident chez le demandeur, l'établissement de la responsabilité à l'égard du sinistre, la détection de demandes d'indemnité frauduleuses ou suspectes, l'établissement de provisions appropriées, la transmission de l'information et des formulaires aux demandeurs, l'établissement de délais de paiement et la description des modalités du processus d'appel par le demandeur.
- Comprennent des instruments de contrôle de la conformité lors du traitement et du règlement des demandes d'indemnité AIAL et des dispositions pour la prévention des APMM (collectivement, les « contrôles de conformité AIAL »). Ces dispositions sont établies conformément à la *Ligne directrice sur les blessures légères*, aux limites imposées aux frais d'évaluation et aux examens exigés par l'assureur. Les politiques des compagnies traitent aussi de la cohérence avec les exigences réglementaires pour la médiation, l'arbitrage et les différends entre assureurs.
- Évaluent l'efficacité du traitement des demandes d'indemnité au moyen de normes et de critères de rendement internes.
- Protègent les renseignements personnels conformément aux exigences de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE).
- Exigent des séances de formation officielles pour le personnel, afin que le traitement des demandes d'indemnité s'effectue conformément aux exigences réglementaires et que soit maintenu un processus visant à conseiller et à former le personnel lors de toute modification législative pertinente visant l'AIAL et les APMM.
- Comprennent un protocole de traitement des plaintes précisant les procédures et paliers d'intervention et la documentation des plaintes.

Résultats des examens sur place

A. Élaboration des politiques

Toutes les compagnies examinées disposent de politiques documentées sur le traitement des demandes d'indemnité AIAL et d'un processus permettant de les actualiser et d'en assurer la conformité avec les diverses exigences réglementaires. Dans le cadre de ce processus, les compagnies suivent de près les

⁴ La gestion de la fraude était l'un des principaux aspects couverts par la partie du questionnaire portant sur le contenu de la politique. Étant donné son importance, les résultats sur la gestion de la fraude ont été présentés dans une rubrique distincte du rapport intitulé *Gestion de la fraude et mesures antifraudes*.

lignes directrices du surintendant et prennent connaissance des bulletins de la CSFO afin de relever les modifications législatives et d'ajuster leur politique en conséquence.

B. Contenu des politiques

Quant au contenu des politiques, la plupart des compagnies examinées (environ 75 %) disposent d'instruments de contrôle de la conformité documentés dans le cadre de leurs politiques de traitement des demandes d'indemnité AIAL pour la prise en charge des cas de fraude et d'abus et pour tenir compte de la *Ligne directrice sur les blessures légères*, des limites sur les frais d'évaluation, des examens exigés par l'assureur, des différends entre assureurs et de la justification du refus de demandes d'indemnité.

Toutes les compagnies examinées disposent d'un protocole de prise en charge des plaintes concernant l'AIAL et de programmes de formation officiels destinés à aider leur personnel dans le traitement des demandes d'indemnité et à les conseiller quant aux changements législatifs, aux nouvelles exigences réglementaires et aux réformes. On a constaté que les communications avec le personnel chargé des demandes d'indemnité s'effectuent par courriel et par le site Intranet de la compagnie, le cas échéant, lorsque des modifications sont apportées à l'AIAL ou aux APMM.

Risques décelés

Il y a risque accru de non-conformité si les politiques de traitement des demandes d'indemnité des compagnies ne documentent pas explicitement tous les contrôles de la conformité réglementaire liés à l'AIAL.

Les risques décelés ci-dessus permettent d'attribuer, pour cette section du questionnaire, une cote de risque de non-conformité faible. Les résultats de cette section du questionnaire pour la phase 3 concordent à peu de choses près avec ceux de la même section pour les phases 1 et 2, dont le risque de non-conformité était faible et de moyen à faible en ce qui concerne les pratiques de traitement des demandes d'indemnité. Dans l'ensemble, cela indique que les risques dans le marché sont atténués grâce à des politiques commerciales.

Élaboration et contenu des politiques		
Phase 1 Risque faible	Phase 2 Risque moyen à faible	Phase 3 Risque faible

Recommandations

En vue d'assurer la conformité aux exigences réglementaires, la CSFO recommande fortement aux compagnies de documenter tous leurs mécanismes de contrôle de la conformité avec l'AIAL à même leurs politiques et procédures.

Gestion de la fraude et mesures antifraudes

Résultats du questionnaire

Presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont indiqué qu'elles disposaient de politiques de traitement des demandes d'indemnité assorties d'instruments de contrôle des coûts tenant compte de la fraude et des abus liés au traitement et au règlement des demandes d'indemnité AIAL et qu'elles étaient aussi dotées de dispositions pour la prévention des APMM (collectivement, les « contrôles de conformité AIAL »). La majorité de ces compagnies (environ 91 %) possèdent des procédures et des paliers d'intervention, mais seulement un peu plus de la moitié (environ 57 %) d'entre elles ont mis sur pied une unité d'enquête pour la prise en charge des demandes d'indemnité frauduleuses ou suspectes.

En ce qui a trait plus précisément à la détection de la fraude, seul le tiers des compagnies (environ 34 %) ont décelé des demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes au moyen de techniques d'analyse de la fraude. Environ 26 % de ces compagnies ont aussi recours à un processus de signalement des anomalies à des fins de détection de la fraude. Dans l'ensemble, le tiers des compagnies seulement (environ 34 %) ont recours à des outils automatisés de détection de la fraude ou à des logiciels spécialisés pour détecter les demandes d'indemnité suspectes. Toutefois, la moitié d'entre elles (environ 50 %) gardent des statistiques sur les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes.

Cela dit, presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont dit assurer une surveillance des rapports des Systèmes de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA). De ce nombre, la majorité (environ 78 %) assure également le suivi des résultats des demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées ont mis au point un processus visant à déceler les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes. Parmi les outils et les techniques utilisés le plus souvent pour ce faire, mentionnons l'analyse des données des DRSSAA, la mise en place de mécanismes d'alerte automatisés ou manuels permettant d'établir à quel moment un dossier doit être transféré à l'unité d'enquête spéciale et le repérage des fournisseurs de soins de santé où des cas de fraude ou d'abus sont soupçonnés en raison du volume, des modèles et des tendances en matière d'indemnité.

Toutes les compagnies examinées disposent d'un mécanisme de signalement documenté comprenant une directive pour le transfert des dossiers à l'unité d'enquête spéciale. Ces procédures font partie de la politique globale de ces compagnies et sont à la disposition du personnel chargé de traiter les demandes d'indemnité. Un mécanisme d'alerte est aussi intégré au système de traitement des demandes d'indemnité des compagnies et permet d'intercepter les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes.

Toutes les compagnies examinées ont adopté diverses approches visant à réduire le paiement de réclamations frauduleuses. Les mesures les plus courantes sont notamment l'utilisation de services de détection de la fraude qui fournissent de l'information sur les indicateurs de fraude dans toute

l'industrie, le suivi en continu des alertes du Bureau d'assurance du Canada (BAC) et la participation à une équipe d'intervention antifraude à l'échelle de tout le secteur. En matière de formation antifraude, toutes les compagnies examinées demandent au personnel de traitement des demandes d'indemnité d'assister à des séminaires sur la question et fournissent divers outils de formation continue à leurs employés.

En ce qui concerne la gestion des statistiques sur la fraude, la CSFO a cependant relevé que les trois quarts des compagnies examinées (environ 75 %) tenaient à jour des statistiques sur les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes et le même nombre (environ 75 %) conservaient des statistiques sur les demandes d'indemnité acheminées à une unité d'enquête spéciale, qui s'étendent des dossiers acceptés ou refusés par l'unité aux résultats des enquêtes et aux économies de coûts qui s'y rattachent.

Risques décelés

En l'absence de statistiques sur le nombre de demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes décelées, on constate un risque accru que les tendances en matière de fraude ou les problèmes systémiques ne soient ni décelés ni pris en charge.

De même, sans statistiques de continuité sur les dossiers acheminés à l'unité d'enquête spéciale et sur les résultats des fraudes, on constate un risque accru que les coûts des indemnités soient mal évalués ou que des ressources inadéquates soient allouées à la prise en charge de ces dossiers potentiellement frauduleux.

Les risques précisés ci-dessus impliquent, pour cette section du questionnaire, un risque de non-conformité moyen à élevé. Les résultats de cette section dans la phase 3 sont similaires à ceux de la phase 2, mais pires que ceux de la phase 1, où ils ont permis une classification à risque moyen à faible (phase 2) ou à risque faible (phase 1). Cela indique qu'il y a globalement, dans le marché, un plus grand risque que la fraude, les abus et la surutilisation ne soient pas adéquatement pris en charge.

Gestion de la fraude et mesures antifraudes		
<u>Phase 1</u> Risque faible	<u>Phase 2</u> Risque moyen à élevé	<u>Phase 3</u> Risque moyen à élevé

Recommandations

La CSFO recommande fortement aux compagnies de compiler des statistiques sur les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes et de les réviser régulièrement afin de s'assurer que les indicateurs et les ressources nécessaires sont en place pour déceler de telles demandes et prendre les mesures appropriées. Les compagnies devraient aussi disposer d'un processus structuré de signalement de ces demandes et en faire une pratique exemplaire pour instaurer les normes qui s'imposent. Devant les tendances mentionnées ci-dessus, il serait surtout opportun pour les compagnies

de revoir leurs procédures et paliers d'intervention afin que les demandes d'indemnité potentiellement frauduleuses ou suspectes soient traitées adéquatement, rapidement et toujours de la même manière.

La CSFO recommande aussi énergiquement que les compagnies conservent un historique de suivi des dossiers potentiellement frauduleux ou suspects. Cet historique devrait préciser explicitement quels dossiers ont été acheminés à une unité d'enquête spéciale par voie automatisée ou manuelle, quels autres ont été acceptés ou refusés par cette unité et qui précisera les résultats des cas de fraude décelés ainsi que les économies qui en découlent, et pourquoi. Les rapports devraient aussi tenir compte des économies potentielles pouvant être réalisées dans les dossiers déjà fermés ou en suspens. Enfin, la CSFO recommande fortement que les dirigeants de ces compagnies assurent régulièrement le contrôle de ces rapports.

Autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion

Le questionnaire abordait les points suivants : contrôle des dossiers de demandes d'indemnité fermées ou encore en suspens, comparaison des résultats réels avec les critères de rendement, normes d'évaluation et de contrôle de l'efficacité et de l'efficience dans le traitement des réclamations, surveillance des modifications à l'AIAL issues de la récente réforme de l'assurance automobile, rapports de gestion et processus de mise en œuvre de mesures correctives en cas de non-conformité.

Résultats du questionnaire

Toutes les compagnies possèdent des critères de rendement permettant d'évaluer l'efficacité du personnel lors du traitement des demandes d'indemnité. Ces critères respectent, au minimum, les exigences de l'AIAL et des APMM. Une majorité de compagnies (environ 91 %) recueillent des statistiques sur le traitement des demandes d'indemnité afin de les comparer à leurs critères de rendement. Pour la plupart des compagnies (environ 91 %), les résultats en ce sens correspondent aux critères établis, alors que des mesures correctives devraient être adoptées dans quelques domaines pour les autres (environ 9 %).

Presque toutes les compagnies (environ 96 %) ont mis en place un processus de suivi des demandes d'indemnité AIAL en suspens ou fermées, afin qu'elles soient réglées conformément aux exigences réglementaires. De même, la majorité de ces compagnies (environ 87 %) utilisent également ce processus pour vérifier la charge de travail des experts en sinistres, voir pendant combien de temps les dossiers de demandes d'indemnité AIAL demeurent en suspens et pour le suivi de l'arbitrage et des décisions des tribunaux.

En ce qui concerne l'efficacité du traitement des demandes d'indemnité AIAL, presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont établi des normes quant au nombre de dossiers qu'un expert en sinistres devrait pouvoir traiter, au roulement des experts en sinistres et à la vérification des frais encourus par le demandeur. De même, presque toutes les compagnies (environ 91 %) disposent de normes établies en matière d'expérience et de formation requises pour les experts en sinistres AIAL.

Presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont indiqué avoir mis en place un processus de mesure de l'efficacité de leurs politiques de traitement des demandes d'indemnité AIAL et avoir effectué des modifications à leur système de surveillance de la conformité dans la foulée des nouvelles exigences AIAL découlant de modifications réglementaires, de la publication de lignes directrices du surintendant ou de bulletins de la CSFO. Ces compagnies utilisent plusieurs des outils prescrits pour l'évaluation de la qualité de leurs politiques de traitement des demandes d'indemnité AIAL, notamment les résultats antérieurs, les commentaires des employés, les décisions d'arbitrage et les résultats de médiation, les plaintes des consommateurs et les sondages de satisfaction de la clientèle.

Une majorité de compagnies (environ 87 %) ont indiqué disposer de processus de préparation de rapports de contrôle de l'AIAL, pour communiquer les résultats à la haute direction ou à des dirigeants d'un niveau plus élevé au moins une fois par an ou plus souvent et pour adopter des mesures correctives en cas de non-conformité. La CSFO a toutefois constaté que le suivi et les rapports de gestion sur les effets des récentes réformes de l'assurance automobile étaient inadéquats. Plus particulièrement, bien que les deux tiers des compagnies (environ 65 %) surveillent et évaluent les effets de la *Ligne directrice sur les blessures légères*, un moins grand nombre (environ 52 %) disent assurer un suivi de la limite des frais d'évaluation dans leurs rapports de contrôle. De plus, certaines compagnies seulement (environ 43 %) préparent des rapports de contrôle sur les différends entre assureurs.

Les pourcentages d'une année à l'autre reflètent une tendance positive, alors qu'un nombre croissant de demandes d'indemnité sont visées par la *Ligne directrice sur les blessures légères*. Du strict point de vue des économies réalisées, le tiers des compagnies seulement (environ 35 %) assurent le suivi des résultats des principaux aspects des réformes de l'assurance automobile entrés en vigueur le 1^{er} septembre 2010.

Résultats des examens sur place

La plupart des compagnies examinées (environ 75 %) assurent un suivi et préparent des rapports de conformité aux exigences particulières de l'AIAL, notamment les délais, la *Ligne directrice sur les blessures légères*, les examens exigés par l'assureur, les différends entre assureurs et la justification du refus de demandes d'indemnité. De plus, la plupart d'entre elles (environ 75 %) assurent un suivi et préparent des rapports de conformité relatifs aux frais d'évaluation.

La plupart des compagnies examinées (environ 75 %) ont utilisé des rapports de gestion mensuels pour le suivi des limites et des délais liés à l'AIAL, alors que toutes les compagnies examinées ont fixé des critères de rendement pour le traitement des demandes d'indemnité qui correspondent et respectent, au minimum, les exigences de l'AIAL et des APMM. Toutes ces compagnies compilent de l'information statistique sur leurs résultats réels afin de la comparer aux critères de rendement et utilisent cette analyse comparative pour mesurer l'efficacité des pratiques de traitement des demandes d'indemnité AIAL.

Dans la plupart des compagnies examinées (environ 75 %), des gestionnaires des demandes d'indemnité analysent les rapports de gestion mensuels et les résultats des analyses comparatives. Ces résultats sont

communiqués aux chefs d'équipe et aux superviseurs concernés, ainsi qu'au personnel chargé du traitement des demandes d'indemnité afin que des plans de mesures correctives soient mis en œuvre.

La CSFO a relevé que les trois quarts (environ 75 %) des compagnies examinées avaient assuré le contrôle, documenté et quantifié les avantages découlant des réformes de l'assurance automobile de 2010 et les économies sur les frais d'exploitation qui s'y rattachent, notamment le coût par véhicule des sinistres avec indemnités d'accident avant et après les réformes.

Les compagnies examinées assurant un contrôle des économies de coût (environ 75 %) ont fait le suivi des tendances depuis les réformes de l'assurance automobile à l'aide de rapports trimestriels sur les indemnités d'accident, de cartes de pointage et de rapports de rendement sur le traitement des demandes d'indemnité avec en place des mesures d'économie. L'évolution des sinistres et le coût par véhicule des sinistres avec indemnités d'accident ont tendance à s'améliorer pour les compagnies qui ont assuré un contrôle de ces coûts avant et après les réformes. Outre les pratiques de gestion serrée des coûts, la CSFO a relevé que les trois quarts des compagnies examinées (environ 75 %) assurent le suivi des nouvelles demandes d'indemnité visées par la *Ligne directrice sur les blessures légères*.

Risques décelés

Il y a risque accru de non-conformité si les compagnies n'assurent pas le suivi et ne préparent pas de rapports de conformité aux exigences de l'AIAL, notamment en ce qui concerne les délais, la *Ligne directrice sur les blessures légères*, les examens exigés par l'assureur, les différends entre assureurs, la justification du refus de demandes d'indemnité et les frais d'évaluation.

Si les compagnies négligent de surveiller les principaux aspects et l'incidence des réformes de l'assurance automobile, il pourrait être difficile de quantifier adéquatement les avantages découlant des réformes.

Le manque de normes établies en matière d'expérience et de formation des experts en sinistres AIAL pourrait entraîner des inefficacités et des incohérences dans le traitement des demandes d'indemnité AIAL.

À la lumière des risques précisés ci-dessus, cette section du questionnaire implique un risque de non-conformité moyen à élevé. Les résultats pour cette section dans la phase 3 sont pires que ceux des phases 1 et 2, pour lesquelles cette section impliquait un risque moyen à élevé (phase 2) et un risque faible (phase 1). Cela indique que globalement, il y a un risque plus élevé de non-conformité dans le marché et que ce risque ne fait pas nécessairement l'objet de toute l'attention voulue.

Autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion		
Phase 1 Risque faible	Phase 2 Risque moyen à élevé	Phase 3 Risque élevé

Recommandations

La CSFO recommande fortement à toutes les compagnies d'assurer un contrôle et de préparer des rapports sur les exigences de conformité à l'AIAL, notamment en ce qui concerne les délais, la *Ligne directrice sur les blessures légères*, les examens exigés par l'assureur, la justification du refus de demandes d'indemnité, les frais d'évaluation et les différends entre assureurs.

Compte tenu du large éventail de tendances liées à la *Ligne directrice sur les blessures légères*, mentionnées ci-dessus, il serait prudent que les compagnies examinent leurs pratiques de classification des demandes d'indemnité dans le contexte de cette ligne directrice afin de s'assurer que ces demandes sont traitées comme il se doit.

La CSFO recommande aux assureurs de surveiller, de documenter et de quantifier dans leurs rapports de gestion les résultats découlant des principaux aspects des réformes de l'assurance automobile.

Elle recommande également que les compagnies fixent des normes quant à l'expérience et à la formation des experts en sinistres AIAL afin de favoriser un traitement efficace et uniforme des demandes d'indemnité AIAL.

Examens indépendants

Cette section traite des détails des examens indépendants du processus de traitement des demandes d'indemnité, des rapports aux gestionnaires et des plans de mesures correctives.

Résultats du questionnaire

Presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont dit avoir recours à une forme d'examen indépendant de leur processus de traitement des demandes d'indemnité au moins une fois l'an. Bien que les résultats obtenus varient d'une compagnie à l'autre, le questionnaire a permis de constater que les compagnies utilisent des vérificateurs internes et externes, des consultants et des superviseurs pour procéder à de tels examens.

On a toutefois constaté que parmi les compagnies qui procèdent à des examens indépendants, la plupart (environ 82 %) ont prévu, dans ces vérifications, un examen de la conformité à l'AIAL, de ses coûts et de ceux des fraudes et des abus.

Parmi les compagnies qui effectuent des examens indépendants, une majorité (environ 91 %) ont indiqué que les résultats étaient communiqués à la haute direction ou aux gestionnaires d'un palier supérieur. Le questionnaire a révélé que presque toutes les recommandations (environ 91 %) concernant ces examens ont été mises en pratique et ont fait l'objet d'un suivi.

Résultats des examens sur place

Des examens indépendants ont lieu dans toutes les compagnies examinées. Les trois quarts d'entre elles (environ 75 %) ont indiqué disposer d'une politique exigeant une vérification annuelle et dans les faits, le même nombre (environ 75 %) ont procédé à une telle vérification.

La CSFO a également évalué l'envergure du travail réalisé par les compagnies lors de leurs vérifications indépendantes. Toutes les compagnies examinées ont inclus la conformité à l'AIAL, la gestion de la fraude, les récentes réformes de l'assurance automobile et la vérification aléatoire des dossiers de demandes d'indemnité à leurs examens indépendants.

En ce qui concerne les résultats des examens indépendants, toutes les compagnies disent les rapporter à la haute direction (soit au vice-président, demandes d'indemnité, ou au directeur principal, indemnités d'accident). De même, pour tous les problèmes importants signalés, toutes les compagnies examinées ont indiqué disposer d'un processus d'élaboration et de mise en œuvre de plans de mesures correctives, assorti de mesures de suivi.

Risques décelés

Le risque de non-conformité augmente si l'examen indépendant n'inclut pas de vérification des instruments de contrôle de la conformité à l'AIAL, des coûts de l'AIAL, de la fraude et des coûts qui s'y rattachent et si un tel examen n'a pas lieu au moins une fois par année.

Les risques précisés ci-dessus permettent d'attribuer à cette section un risque de non-conformité moyen à faible. Les résultats pour cette section à la phase 3 sont à peu près les mêmes que ceux des phases 1 et 2, où cette section avait été classée comme à risque moyen à faible (phase 2) et à risque faible (phase 1). Cela indique, globalement, que les examens indépendants réduisent les risques de non-conformité dans le marché.

Examens indépendants		
Phase 1 Risque faible	Phase 2 Risque moyen à faible	Phase 3 Risque moyen à faible

Recommandations

La CSFO recommande que les examens indépendants se penchent aussi sur tous les instruments de contrôle de la conformité et des coûts de l'AIAL, ainsi que sur le contrôle de la fraude et des abus afin de s'assurer que les compagnies se conforment aux exigences de l'AIAL. Ces examens devraient aussi être réalisés au moins une fois l'an.

Sous-traitance

Cette section du questionnaire traitait de l'impartition du traitement des demandes d'indemnité AIAL, y compris des ententes contractuelles et de la surveillance de la conformité aux politiques des compagnies.

Résultats du questionnaire

Environ 91 % des compagnies confient à des tiers le traitement des demandes d'indemnité AIAL ou diverses tâches qui s'y rattachent. De ce nombre, la plupart (environ 87 %) conservent l'entière responsabilité du traitement des demandes d'indemnité et ont recours à la sous-traitance de façon limitée. Parmi les tâches imparties, on trouve le traitement des demandes d'indemnité d'employés et des demandes pour lesquelles une enquête, une rencontre initiale, une déclaration ou la collecte de renseignements sont nécessaires, mais pour lesquelles les compagnies ne disposent pas du personnel nécessaire.

La plupart des compagnies qui ont recours à la sous-traitance (environ 87 %) ont consigné les tâches et les fonctions imparties dans une entente de service ou un contrat. La majorité de ces compagnies (environ 96 %) vérifient le rendement pour les tâches et fonctions imparties et veillent à ce qu'elles soient effectuées conformément à leurs politiques internes et aux conventions sur le niveau de service. Toutefois, environ 13 % de ces compagnies n'assurent aucune surveillance des fonctions confiées à des sous-traitants relativement aux sinistres, aux dépenses encourues et dans le cadre d'initiatives visant la fraude. De plus, le quart d'entre elles (environ 26 %) n'ont pas recours à la sous-traitance pour le traitement des demandes d'indemnité, et ce, même lorsque la charge de travail des experts en sinistre dépasse le nombre de dossiers maximal considéré comme raisonnable pour ces professionnels.

Historiquement, la sous-traitance a toujours été classée parmi les activités à risque élevé. Toutefois, la majeure partie des compagnies disposent de mécanismes de contrôle pour réduire les risques. Elles documentent par exemple les tâches imparties dans des ententes de service ou des contrats, et elles procèdent à des mesures de rendement. Cela dit, ces instruments de contrôle pourraient être améliorés en documentant plus officiellement et en préparant des rapports de vérification de la qualité des activités imparties.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées ont recours à la sous-traitance. Toutes le font de façon limitée pour des tâches telles que l'enquête initiale, l'enregistrement des déclarations, le traitement des demandes d'indemnité d'employés, etc. Les trois quarts de ces compagnies (environ 75 %) documentent les tâches ou les fonctions imparties dans des ententes de service ou des contrats qui précisent les conditions de conformité propres aux tâches imparties.

Enfin, la plupart des compagnies (environ 75 %) qui ont recours à la sous-traitance mesurent la façon dont les activités imparties sont réalisées afin d'en assurer la conformité à leurs normes de qualité. Ces contrôles sont assurés au moyen de vérifications en continu par les experts en sinistres responsables des dossiers et de leur gestion par la suite, et d'examens indépendants.

Risques décelés

En l'absence d'une surveillance formelle, d'une consolidation et de rapports sur les activités imparties, il y a risque accru de non-conformité, de tendances négatives en matière de fraude et de problèmes systémiques non décelés dans l'application des politiques et procédures de la compagnie et de ses normes de qualité.

Les risques précisés ci-dessus permettent d'attribuer, pour cette section, un classement de risque de non-conformité moyen à élevé. Les résultats pour cette section à la phase 3 sont légèrement inférieurs à ceux des phases 1 et 2, pour lesquelles le risque attribué était moyen à faible (phase 2) et moyen (phase 1). Cela indique que globalement, les risques de non-conformité résultant de la sous-traitance pourraient être atténués.

Sous-traitance		
<p>Phase 1 Risque moyen</p>	<p>Phase 2 Risque moyen à faible</p>	<p>Phase 3 Risque moyen à élevé</p>

Recommandations

La CSFO recommande que les compagnies augmentent la surveillance des fonctions confiées à la sous-traitance, particulièrement en ce qui concerne le coût des sinistres et les frais, et les initiatives visant à contrer la fraude.

Il est recommandé que les compagnies envisagent toutes les avenues en matière de mesures correctrices si des problèmes surviennent quant à la charge de travail afin que la qualité des services et la conformité ne soient pas compromises.

La CSFO recommande également que les compagnies assurent une surveillance, consolident, documentent et préparent des rapports sur le rendement des tâches et fonctions confiées à des sous-traitants. Elles pourront ainsi s'assurer de la conformité de leurs sous-traitants aux politiques de la compagnie et leur rendement pourra être évalué en fonction des normes qu'elles ont établies.

Fournisseurs de soins de santé

Cette section du questionnaire couvrait les mesures de contrôle en place à l'égard des fournisseurs de soins de santé, c'est-à-dire auprès des fournisseurs eux-mêmes, à l'égard de l'expérience qu'ont eue les compagnies d'assurance avec leurs réseaux de fournisseurs et pour la surveillance des transactions dans le système DRSSAA.

Résultats du questionnaire

Les trois quarts des compagnies (environ 74 %) disposent de mécanismes de surveillance à l'égard des fournisseurs de soins de santé qui ne font pas partie de leur réseau privilégié. Toutefois, près de la moitié (environ 43 %) des compagnies n'ont pas envoyé au demandeur une facture détaillée décrivant tous les traitements reçus et n'ont demandé aucune justification advenant une différence ou un écart.

Environ 13 % des compagnies ne disposent pas de mécanismes de contrôle visant à vérifier l'exactitude des DRSSAA; environ 17 % des compagnies n'assurent aucune surveillance des transactions dans le système de DRSSAA en vue de déceler toute irrégularité.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées ont recours à un réseau de fournisseurs de soins de santé qui leur est propre.

Les trois quarts (environ 75 %) des compagnies disposent de mécanismes de contrôle visant leurs fournisseurs de soins de santé. La même proportion (environ 75 %) surveillent régulièrement les activités potentiellement frauduleuses ou suspectes des fournisseurs de soins de santé à l'aide d'information de diverses sources, notamment les experts en sinistres, les alertes du BAC au sujet des cliniques et d'autres conseils relatifs aux demandes d'indemnité.

Toutes les compagnies envoient des factures détaillées décrivant tous les traitements reçus par les demandeurs qui ont eu recours à des fournisseurs de soins de santé considérés comme potentiellement frauduleux ou suspects.

Comme précisé précédemment, toutes les compagnies comptent sur leur propre réseau de fournisseurs de soins de santé. Toutefois, les trois quarts seulement (environ 75 %) ont eu recours à des examens indépendants ou à des vérifications limitées des fournisseurs de soins de santé de leur réseau privilégié.

Les trois quarts des compagnies (environ 75 %) ont dit vérifier leurs transactions dans le système DRSSAA afin de confirmer la véracité des demandes d'indemnité soumises et de déceler toute irrégularité.

Risques décelés

L'absence de factures détaillées décrivant les traitements reçus par les demandeurs et le fait que les assureurs n'exigent aucune justification advenant une différence ou un écart sont des facteurs qui augmentent les risques de non-conformité avec les exigences réglementaires et les risques de fraude ou d'abus.

Le manque de contrôles visant à vérifier si les demandes soumises dans le système de DRSSAA sont exactes et à surveiller les transactions dans le système de DRSSAA afin de déceler les irrégularités accroît le risque de fraude ou d'abus potentiels.

L'absence de mécanismes de contrôle suffisants tels que des examens indépendants des fournisseurs de soins des réseaux des compagnies pourrait entraîner un risque accru de non-conformité avec les politiques et procédures de la compagnie, en plus d'accroître le risque de fraude ou d'abus potentiels.

À partir des risques décelés précisés ci-dessus, cette section du questionnaire a été classée à risque de non-conformité élevé. Les résultats pour cette section pour la phase 3 sont pires que ceux de la phase 2, pour laquelle le risque était moyen à faible⁵.

Fournisseurs de soins de santé		
Phase 1 n. d.	Phase 2 Risque moyen à faible	Phase 3 Risque élevé

Recommandations

La CSFO recommande que toutes les compagnies envoient aux demandeurs des factures détaillées décrivant tous les traitements et demandent des précisions advenant toute différence.

Elle recommande également que toutes les compagnies prévoient et mettent en place des contrôles visant à s'assurer que les soumissions au système des DRSSAA sont exactes; toutes les compagnies devraient aussi assurer une surveillance des transactions dans le système de DRSSAA afin de déceler toute irrégularité.

La CSFO recommande aussi fortement que les compagnies procèdent à des audits indépendants des cliniques du réseau de fournisseurs qu'ils privilégient afin de s'assurer qu'elles se conforment aux exigences de la compagnie et à l'AIAL.

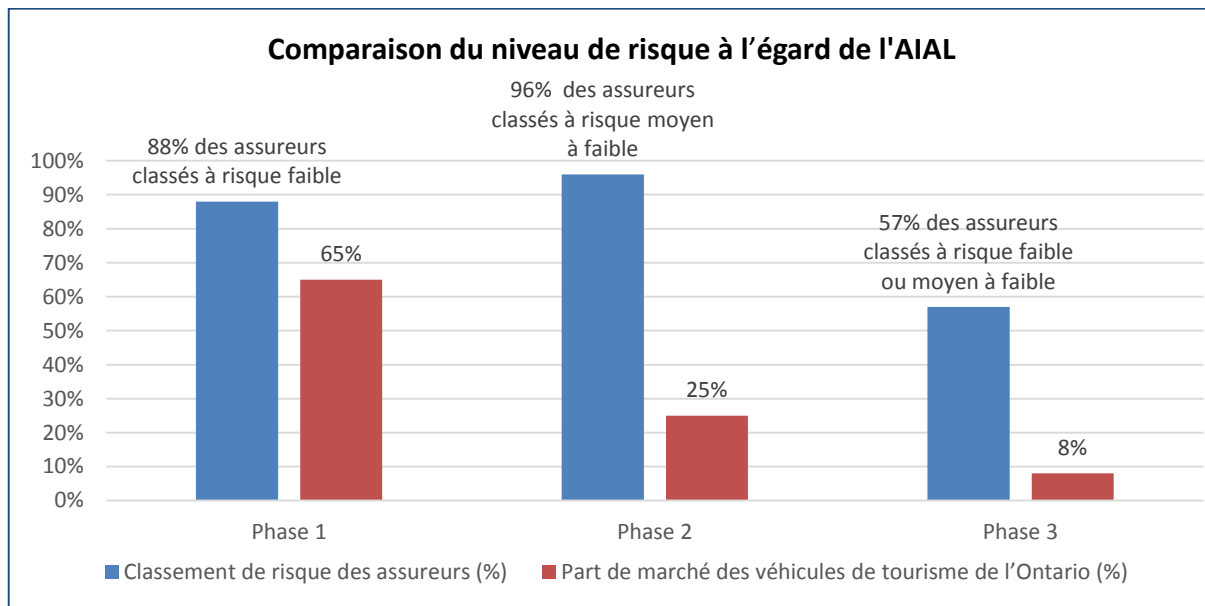
6. OBSERVATIONS SUR LA CONFORMITÉ À L'AIAL

Le classement global des risques à l'égard de l'AIAL pour les compagnies de la phase 3 (2014) est un peu plus élevé que les résultats constatés à la phase 1 (2012) et à la phase 2 (2013). À la phase 1, 88 % des assureurs ont été évalués à faible risque. À la phase 2, 96 % des assureurs avaient été évalués à risque moyen à faible. À la phase 3, seulement 57 % des assureurs étaient classés à risque moyen à faible. Les classements de risque les plus élevés dans cette section du questionnaire pour la phase 3, comparativement à la même section pour les deux phases précédentes, pourraient être attribuables au nombre plus élevé de sociétés d'assurance mutuelles agricoles retenues (11 sur les 23 compagnies au total). Généralement, ces mutuelles agricoles ne disposent pas de politiques, de procédures, de

⁵ Puisque cet aspect de la gouvernance n'a pas été examiné en 2012, il nous a été impossible de comparer le niveau de risque attribué à la phase 3 avec ceux des phases 1 et 2.

processus et de mesures de contrôle normalisés pour la conformité à l'AIAL, ce qui n'est pas le cas pour les compagnies d'assurances multirisques traditionnelles.

Toutefois, comme le questionnaire couvrait 98 % du marché des véhicules de tourisme en Ontario au cours des trois premières phases, les résultats d'ensemble à ce jour indiquent que l'industrie est en grande partie conforme. Bien qu'il soit possible de faire mieux dans certains domaines, la CSFO est satisfaite du risque de non-conformité moyen à faible qui caractérise le marché, et ce, pour les trois phases.



À partir des résultats regroupés obtenus à ce jour, la plupart des compagnies du secteur de la souscription d'assurance automobile en Ontario continuent de disposer de politiques suffisantes pour assurer une gouvernance et des pratiques commerciales rigoureuses pour le traitement des demandes d'indemnité AIAL, ce qui permet d'atténuer ces risques.

Le questionnaire d'auto-évaluation des risques dans la gouvernance de l'AIAL continue d'être un instrument pratique pour mesurer les risques de non-conformité et cerner les points à améliorer. En procédant à des examens sur place pour vérifier les processus et les politiques, la CSFO peut valider et confirmer les réponses au questionnaire et se pencher sur les points qui posent des risques élevés, tels que les mesures de surveillance, la sous-traitance et les fournisseurs de soins de santé. La combinaison des deux méthodes permet à la CSFO de profiter d'une plus grande certitude que les compagnies d'assurance automobile se conforment à l'AIAL.

PARTIE 2 – PROCESSUS DE TARIFICATION ET DE SOUSCRIPTION (PTS)

7. PORTÉE DE L'EXAMEN DES PTS

Les ACS ont aussi évalué la gouvernance de chaque compagnie dans le contexte de leurs processus de tarification et de souscription et pour ce faire, ils se sont attardés à sept domaines de la gouvernance :

1. Élaboration, documentation et contenu des politiques et procédures.
2. Processus de modification des taux et contrôle de leur application.
3. Processus d'ajustement manuel et règles entourant la souscription.
4. Fiabilité des examens indépendants.
5. Détection et traitement des erreurs de tarification.
6. Intermédiaires, surveillance des écarts entre les primes estimées et les primes réelles.
7. Autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion sur les activités des PTS.

À partir des résultats de l'examen des dossiers et d'autres données de conformité, la CSFO a choisi quatre compagnies où procéder à des examens sur place (excluant les sociétés d'assurance mutuelles agricoles). Dans l'ensemble, le questionnaire a permis de cerner une seule compagnie à risque (une société d'assurance mutuelle agricole), alors que la majorité des autres comportent un risque faible ou moyen à faible. Les compagnies choisies pour des examens sur place comportaient un niveau de risque faible ou moyen à faible. Les examens sur place avaient donc essentiellement pour fonction de confirmer que la CSFO pourrait se fier aux réponses du questionnaire, et de relever les pratiques exemplaires qui pourraient faciliter les futurs examens sur place.

Les ACS ont procédé à des examens aux bureaux des compagnies retenues et en ont rencontré les hauts dirigeants afin de vérifier leurs réponses au questionnaire et de consulter les documents justificatifs correspondants. Cet exercice a confirmé que les réponses étaient en grande partie exactes et qu'il en était de même pour le classement qui leur avait été attribué à la suite de l'examen sur dossier.

Comme il n'y avait aucun questionnaire sur les PTS lors de la phase 1, nous n'avons pu être en mesure de comparer les classements de risque pour la première phase avec ceux des phases 2 et 3. Les résultats de la phase 3 indiquent toutefois une amélioration comparativement aux résultats de la phase 2.

Puisque le questionnaire à la phase 3 couvrait 8 % du marché de l'assurance des véhicules de tourisme en Ontario et que 17 % des compagnies concernées ont été classées à risque moyen à élevé ou élevé, on peut dire que des améliorations sont encore possibles pour que l'industrie soit conforme et que des instruments de contrôle continuent d'être nécessaires pour atténuer les risques décelés.

8. SOMMAIRE DES OBSERVATIONS

Élaboration, contenu et approbation des taux, et politiques et procédures des systèmes de classification des risques

Cette section traite de l'existence des politiques et de leur approbation ainsi que des examens de conformité. On y évalue également les politiques de formation du personnel, la mise en vigueur des taux approuvés, les systèmes de classification des risques (SCR), les règles de souscription et le signalement des erreurs.

Résultats du questionnaire

Toutes les compagnies ont indiqué disposer de politiques documentées régissant la conformité aux exigences réglementaires sur l'utilisation des taux approuvés, les systèmes de classification des risques et les règles de souscription. Elles ont aussi toutes indiqué procéder périodiquement à des examens de leurs politiques afin de les maintenir à jour et conformes aux exigences réglementaires et aux lignes directrices du surintendant.

La majorité des compagnies (environ 96 %) font approuver leurs politiques de tarification et de souscription par les hauts dirigeants ou par un comité du conseil. Elles s'assurent aussi en majorité (environ 96 %) de documenter les examens et l'approbation de leurs politiques.

Toutes les compagnies ont indiqué que les politiques documentées sont à la disposition du personnel, qui doit les connaître et les appliquer. Toutefois, les compagnies ne documentent pas toutes systématiquement la mise à niveau et la formation du personnel lorsque de nouveaux taux, de nouveaux systèmes de classification des risques ou de nouvelles règles de souscription sont approuvés; elles le font dans une proportion d'environ 91 %.

Toutes les compagnies disposent de politiques qui précisent le processus de mise en vigueur des taux approuvés, des systèmes de classification des risques et des règles de souscription. La majorité (environ 91 % seulement) disposent de politiques précisant la marche à suivre pour signaler des erreurs.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies ont au moins un processus annuel de mise à jour de leurs politiques pour les garder à jour et conformes aux exigences réglementaires. En matière d'examen et d'approbation, les politiques et procédures de toutes les compagnies examinées sont approuvées par la haute direction ou par des gestionnaires d'un palier supérieur. Toutefois, les trois quarts des compagnies examinées (environ 75 %) possèdent une documentation claire sur les approbations de politiques, y compris les dates.

Toutes les compagnies examinées disposent d'un processus documenté visant à assurer la mise en vigueur des taux approuvés et des systèmes de classification des risques; toutes possèdent aussi un processus documenté intégré à leurs politiques pour assurer leur conformité aux règles de souscription.

Les trois quarts des compagnies examinées (environ 75 %) disposent de politiques décrivant le processus de signalement des erreurs; toutes les compagnies examinées comportent toutefois un processus documenté de formation du personnel et de mise à jour des politiques. Ces deux points sont conformes aux résultats du questionnaire mentionnés ci-dessus.

Risques décelés

- En l'absence d'un processus normalisé de signalement des erreurs, il y a un risque élevé que des erreurs de tarification et des problèmes de non-conformité perdurent et que ces problèmes ne soient jamais signalés dès le départ à la CSFO.
- Les risques de non-conformité pourraient être encore plus grands si les politiques et procédures ne sont pas maintenues à jour et que les approbations de la direction ne sont pas documentées.

Ces risques font en sorte que pour cette section, le risque de non-conformité pour les pratiques de tarification et de souscription est faible. Les résultats pour cette section à la phase 3 montrent une amélioration comparativement à la phase 2, où cette section a été classée à risque moyen à faible. Cela indique que les risques dans le marché sont pris en charge grâce à des politiques d'entreprise. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Élaboration, contenu et approbation des taux, et politiques et procédures des systèmes de classification des risques		
Phase 1	Phase 2	Phase 3
n. d.	Risque moyen à faible	Risque faible

Recommandations

- 1) À titre de pratique exemplaire, les compagnies devraient disposer d'une procédure officielle et documentée de signalement et de prise en charge rapide de toute erreur de tarification ou de souscription.
- 2) À titre de pratique exemplaire, la CSFO recommande que les compagnies documentent les mises à jour et les modifications à leurs politiques et procédures.

Processus de modification des taux et contrôle de leur application

Cette section traite des mécanismes de contrôle précédant et suivant l'entrée en vigueur des changements de taux, soit les examens actuariels et les approbations, la vérification aléatoire des contrats d'assurance et les vérifications avant et après les modifications.

Résultats du questionnaire

Pour les changements de taux, presque toutes les compagnies (environ 96 %) ont indiqué que leur processus pour ce faire comprend une mise à l'essai avant l'application. Toutes les compagnies ont par exemple créé des cas pilotes visant à tester des changements précis – nouvelles réductions, facteurs de

tarification... – avant que les nouveaux taux soient appliqués. Les résultats obtenus dans le cadre de ces tests sont ensuite comparés aux résultats anticipés afin de vérifier s'ils concordent avec les taux déposés (révisés) et avec les systèmes de classification des risques. Une majorité de ces compagnies (environ 91 %) procède aussi à un examen actuariel des taux et à leur approbation au cours du processus de modification.

De même, presque toutes les compagnies étudiées (environ 96 %) procèdent à des tests après l'application des nouveaux taux. Une majorité (environ 87 %) procède aussi à des vérifications aléatoires des contrats d'assurance actifs pour en évaluer la conformité avec les taux déposés et avec les systèmes de classification des risques lors de changement de taux.

En ce qui concerne la surveillance continue, les trois quarts des compagnies (environ 78 %) parmi celles qui ont été vérifiées disposent d'un processus de vérification continue des taux indépendant de celui mis en place pour les modifications de tarification.

Enfin, pour ce qui est de la mise en place d'un protocole normalisé de vérification aléatoire des contrats, environ 83 % des compagnies ont recours à un tel protocole pour la mise à l'essai avant l'application des taux modifiés et environ 78 % des compagnies utilisent un protocole d'échantillonnage lors des tests réalisés après la mise en vigueur des taux modifiés.

Résultats des examens sur place

Lors de modifications de taux, toutes les compagnies examinées disposent d'un processus visant à s'assurer que les taux appropriés sont appliqués. Elles ont notamment recours à des listes de vérification, à des feuilles de programmation, à des diagrammes, à des opérations et à du personnel clé à diverses étapes du processus de modification de taux. L'actuaire en tarification joue un rôle essentiel dans ce processus, lequel comprend le dépôt des taux auprès de l'organisme de réglementation, la conception de nouvelles grilles de taux et un contrôle de qualité avant leur application. Dans la pratique, toutes les compagnies disposent de procédures de modification des taux similaires au processus de modification des taux décrit ci-dessus, et elles sont aussi dotées d'un processus documenté de modification des règles de souscription.

Toutes les compagnies examinées procèdent à des contrôles avant la mise en vigueur de nouveaux taux, mais les trois quarts seulement (environ 75 %) assurent des contrôles de ce genre après leur application. Ces résultats ne concordent pas avec les résultats du questionnaire. Toutefois, ces mêmes compagnies sont dotées de mesures de contrôle après l'application de nouveaux taux et toutes documentent ce processus.

Parmi celles examinées, toutes les compagnies disposant de mesures de contrôle avant et après l'application de nouveaux taux procèdent à des vérifications aléatoires des contrats. Il n'y a toutefois aucun protocole normalisé en ce sens. On a également constaté que les trois quarts (environ 75 %) des compagnies examinées disposent d'un processus de vérifications périodiques, indépendant du processus de modification des taux. Ces deux points concordent avec les résultats du questionnaire énoncés ci-dessus.

Risques décelés

- Processus de vérifications périodiques des taux insuffisant.
- Documentation des procédures de changement de taux insuffisante.

En fonction des risques décrits ci-dessus, cette section a été classée à risque de non-conformité moyen à faible pour ce qui est des pratiques de tarification de souscription. Les résultats pour cette section dans le cadre de la phase 3 traduisent une amélioration comparativement aux résultats de la phase 2, où cette section a été classée à risque moyen à élevé, ce qui indique que les risques dans le marché sont adéquatement pris en charge dans les processus opérationnels. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Processus de modification des taux et contrôle de leur application		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> Risque moyen à élevé	<u>Phase 3</u> Risque moyen à faible

Recommandations

À titre de pratique exemplaire et pour assurer la conformité avec les taux approuvés, les systèmes de classification des risques et les règles de souscription, la CSFO recommande que les compagnies :

- Procèdent à des vérifications périodiques plus souvent et que ces vérifications soient indépendantes de modification des taux.
- Augmentent la documentation des procédures adéquates et particulières de modification des taux.

Processus d'ajustement manuel

La CSFO s'est penchée sur le « processus d'ajustement manuel », lequel englobe les mesures de contrôle des ajustements de taux et des modifications aux règles de souscription réalisés manuellement.

Résultats du questionnaire

Toutes les compagnies autorisent la modification manuelle, par le personnel, des taux pour un contrat ou un avenant. Presque toutes les compagnies (environ 96 %) ont indiqué être dotées de contrôles pour que ces ajustements soient appropriés et conformes aux taux approuvés par la CSFO.

Presque toutes ces compagnies (environ 96 %) disposent toutefois d'instruments de contrôle visant à assurer la conformité aux règles de souscription appliquées manuellement. La majorité (environ 83 %)

ont dit maintenir une piste d'audit pour l'ajustement manuel des taux; ces mêmes compagnies procèdent à des vérifications régulières de leurs taux ajustés manuellement.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées ont indiqué avoir la capacité d'ajuster les primes manuellement dans leur système lors de circonstances ou de cas particuliers ou inhabituels.

À titre de mesure préventive, seules quelques compagnies examinées (environ 25 %) ont mis en place des restrictions d'accès à leur système afin que seul le personnel autorisé puisse effectuer des changements manuellement. Compte tenu des risques plus élevés associés aux ajustements manuels, ces instruments de contrôle préventifs n'étaient toutefois pas aussi efficaces que ce à quoi la CSFO s'attendait en matière de conformité avec les taux approuvés.

À titre de mesure de détection, toutes les compagnies examinées font en sorte que les ajustements manuels soient examinés par le personnel de direction ou de supervision. Toutefois, seules quelques compagnies examinées (environ 25 %) produisent des rapports de gestion réguliers résumant les ajustements manuels et maintiennent des pistes d'audit ainsi que d'instruments de surveillance des commandes manuelles pour assurer la conformité avec les taux et les règles de souscription approuvés.

Risques décelés

- Les mesures de contrôle de la gouvernance sont inadéquates pour les règles de souscription appliquées manuellement.
- Les taux ajustés manuellement ne font pas l'objet d'un examen régulier de la part des dirigeants afin d'en vérifier la conformité avec les taux approuvés.
- Les restrictions à l'accès sont inadéquates, ce qui permet des ajustements manuels qui ne sont ni légitimes ni approuvés.

Les risques décelés ci-dessus permettent d'attribuer à cette section un risque de non-conformité moyen à faible pour les pratiques entourant la tarification et la souscription. Les résultats pour cette section à la phase 3 sont similaires à ceux de la phase 2, où cette section avait aussi été classée à risque moyen à faible. Cela indique que les risques dans le marché sont traités à l'aide de politiques d'entreprise. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Processus d'ajustement manuel		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> Risque moyen à faible	<u>Phase 3</u> Risque moyen à faible

Recommandations

À titre de pratique exemplaire, la CSFO recommande que les compagnies, de façon diligente :

- 1) Incluent des instruments de contrôle qui garantiraient la conformité avec les règles de souscription appliquées manuellement.
- 2) Améliorent les examens, par les gestionnaires, des taux ajustés manuellement afin d'en assurer la conformité avec les taux approuvés.
- 3) S'assurent que les interventions manuelles ne pourront être effectuées que par le personnel qui y est autorisé.

Examens indépendants

Cette section traite des vérifications indépendantes des taux approuvés d'assurance automobile et de la mise en place de mesures correctives pour les problèmes décelés.

Résultats du questionnaire

Les résultats du questionnaire indiquent que presque toutes les compagnies (environ 91 %) ont procédé à des audits internes et externes indépendants confirmant la vérification des taux approuvés d'assurance automobile. Ces compagnies confient leurs examens indépendants à un vérificateur interne ou externe, ou à un consultant externe. La non-conformité dans ce domaine préoccupe la CSFO puisque lors des attestations annuelles, on exige des assureurs qu'ils aient mis en place et assurent la gestion de mécanismes de contrôle appropriés dans leur cas et adaptés à leur situation afin de s'assurer que les taux exigés soient approuvés et autorisés.

Parmi ces compagnies, 87 % procèdent à des examens indépendants tous les 12 à 24 mois. Les compagnies restantes, soit environ 13 %, n'ont pas réalisé d'examen ni d'audit indépendant depuis plus de deux ans.

Parmi les compagnies qui procèdent à des examens indépendants, la CSFO a remarqué que les trois quarts seulement (environ 78 %) préparent et mettent en œuvre un plan d'action pour les problèmes décelés.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées procèdent à des examens indépendants réalisés par des vérificateurs externes. Toutes ces compagnies disposent aussi d'un processus pour la tenue de tels examens.

Toutefois, seulement le quart des compagnies examinées (environ 25 %) incluent dans ce processus un examen de haut niveau de leur gouvernance et un contrôle de leurs processus de tarification et de souscription. Le même nombre (environ 25 %) incluent dans leur examen des transactions à l'aide d'une vérification aléatoire des contrats afin de vérifier si les taux d'assurance automobile appropriés sont

appliqués. De plus, dans seulement le quart des compagnies (environ 25 %), les hauts gestionnaires revoient les rapports et participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de mesures correctives et au suivi qui s'y rattache.

Risques décelés

- Des examens indépendants de vérification des taux ne sont pas réalisés chaque année, ou ne le sont pas du tout.
- Les examens indépendants ne couvrent pas les mécanismes de contrôle de la gouvernance de haut niveau des processus de tarification et de souscription et de l'échantillonnage des contrats permettant une application adéquate des taux d'assurance automobile.
- Les compagnies n'établissent pas de procédures suffisantes pour créer et mettre en œuvre des plans de mesures correctives, et pour assurer la surveillance qui s'y rattache.
- Un nombre insuffisant de hauts gestionnaires revoient les rapports et participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et aux plans de mesures correctives, ainsi qu'à la surveillance qui s'ensuit.

En fonction des risques décrits ci-dessus, cette section a été classée à risque de non-conformité moyen à élevé. Les résultats pour cette section à la phase 3 concordent avec ceux de la phase 2, où cette section a été aussi classée à risque moyen à élevé. Cela signifie que les faiblesses décelées lors des examens ne réduisent pas les risques de non-conformité dans le marché. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Examens indépendants		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> Risque moyen à élevé	<u>Phase 3</u> Risque moyen à élevé

Recommandations

- 1) La CSFO recommande fortement que les compagnies instaurent l'exigence de la CSFO, telle qu'elle figure dans l'attestation annuelle et voulant que les assureurs tiennent un examen ou un audit indépendant au moins une fois par année.
- 2) La CSFO recommande fortement que les examens indépendants incluent une vérification de la gouvernance de haut niveau et un contrôle des processus de tarification et de souscription afin d'assurer une application appropriée des taux d'assurance automobile.
- 3) Il est recommandé que les compagnies mettent en place les plans de mesures correctives appropriés, sans tarder, afin de remédier aux problèmes soulevés.
- 4) La CSFO recommande également que les hauts dirigeants des compagnies prennent connaissance des rapports et participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de mesures correctives et à la surveillance qui s'y rattache.

Détection et traitement des erreurs de tarification

Cette section couvre la normalisation et la documentation des procédures de gestion des demandes de renseignements, soit le regroupement des demandes, la détection des risques potentiels en matière de conformité ou d'erreurs de tarification et le signalement à la CSFO en temps opportun.

Résultats du questionnaire

Toutes les compagnies disposent de procédures de gestion normalisées et documentées pour le traitement des demandes liées à la tarification ou à la souscription et des plaintes de consommateurs ou d'intermédiaires. De ce nombre, environ 78 % ont dit utiliser leur processus de demande de renseignements sur la tarification et la souscription pour déceler les risques potentiels en matière de conformité et les erreurs de tarification et remédier rapidement à tout problème de non-conformité.

De plus, les trois quarts de ces compagnies (environ 78 %) disposent de procédures permettant un regroupement des demandes en fonction des types d'enjeux particuliers dégagés à la suite des examens (élément de tarification ou règle particulière, p. ex.), et ces mêmes compagnies documentent adéquatement leurs procédures de gestion des demandes.

À noter que la moitié seulement (environ 52 %) des compagnies disposent d'un processus qui les oblige à aviser la CSFO de toute erreur de tarification.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées disposent d'un processus de traitement des demandes d'information sur la tarification et la souscription et pour la gestion des plaintes, y compris un processus pour remédier aux erreurs décelées. De plus, toutes les compagnies ont des procédures et des paliers d'intervention appropriés pour la prise en charge d'erreurs de tarification potentielles ou détectées, et toutes surveillent également les délais d'intervention à ce sujet. Toutefois, contrairement aux résultats du questionnaire, le quart de ces compagnies seulement (environ 25 %) documentent adéquatement leurs procédures de gestion des demandes.

Toutes les compagnies assurent un suivi des plaintes afin de dégager les tendances qui permettront de déceler les risques potentiels de non-conformité ou d'erreurs de tarification; toutes ces compagnies assurent une surveillance des demandes reçues en vue de dégager des tendances.

Par ailleurs, aucune des compagnies examinées ne disposait d'une procédure normalisée et documentée pour aviser rapidement la CSFO de toute erreur de tarification ou de souscription.

Risques décelés

- En l'absence d'un regroupement des demandes et d'une analyse des tendances, le risque de problèmes de conformité non décelés est plus grand.

- Le risque que des erreurs de tarification ou des problèmes de non-conformité perdurent est plus élevé si les compagnies n'avisent pas la CSFO en temps opportun de toutes les erreurs de tarification.
- En l'absence de procédures documentées, les risques d'erreurs de tarification ou de souscription non décelées sont plus grands.

En fonction des risques décrits ci-dessus, cette section a été classée à risque moyen à élevé de non-conformité pour les pratiques de tarification et de souscription. Les résultats pour cette section dans la phase 3 concordent avec ceux de la même section pour la phase 2, classée elle aussi à risque moyen à élevé. Cela indique que les risques dans le marché ne sont pas éliminés complètement dans le cadre des processus de travail. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Détection et traitement des erreurs de tarification		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> Risque moyen à élevé	<u>Phase 3</u> Risque moyen à élevé

Recommandations

- 1) La CSFO recommande que les compagnies regroupent les demandes et en dégagent des tendances afin de cerner rapidement tout problème de non-conformité et d'y remédier.
- 2) La CSFO recommande fortement que les compagnies disposent d'une procédure normalisée et documentée visant à aviser rapidement la CSFO de toute erreur de tarification.
- 3) De même, la CSFO recommande fortement que les compagnies disposent de procédures documentées liées à la détection des demandes et des plaintes liées à la tarification ou à la souscription. Ces procédures devraient documenter toutes les mesures visant à corriger les erreurs décelées, y compris le transfert vers des paliers hiérarchiques supérieurs.

Intermédiaires et surveillance des écarts entre les primes estimées et les primes réelles

Les questions de cette section traitent du recours à des intermédiaires, des services de préparation de devis par des tiers et des mécanismes de contrôle permettant de vérifier si le consommateur reçoit les taux estimés.

Résultats du questionnaire

La plupart des compagnies (environ 83 %) ont recours à des intermédiaires autorisés à émettre des contrats d'assurance automobile et des avenants. Ces compagnies utilisent divers types d'intermédiaires tels que des courtiers, des agents ou des centres de contact client. Toutes les compagnies ayant recours à des intermédiaires disposent de politiques visant à s'assurer que les intermédiaires émettent des

contrats conformes aux taux d'assurance automobile approuvés, aux systèmes de classification des risques et aux règles de souscription de la compagnie.

Environ 40 % des compagnies ont recours aux services de tiers pour la préparation de devis d'assurance automobile ou de taux destinés au public. Toutes ces compagnies procèdent aussi à des tests de validité des taux utilisés par ces tiers fournisseurs.

La plupart des compagnies (environ 83 %) surveillent aussi les écarts entre les montants des devis et les primes émises, et disposent d'instruments de contrôle permettant de s'assurer que le consommateur obtient bien le taux estimé au départ.

Résultats des examens sur place

Toutes les compagnies examinées ont recours à des intermédiaires et à des services de préparation de devis à l'interne, par Internet. Elles disposent aussi de mécanismes adéquats de contrôle de conformité visant à s'assurer qu'on offre aux consommateurs un contrat d'assurance conforme aux taux d'assurance automobile approuvés et aux règles de souscription déposées.

De plus, toutes les compagnies examinées ont recours à un tiers pour la préparation de devis d'assurance destinés aux consommateurs et procèdent à des tests permettant de vérifier l'exactitude des taux d'assurance automobile utilisés par les tiers assurant la préparation de devis, ce qui est conforme aux résultats énoncés ci-dessus.

Toutes les compagnies examinées disposent d'un processus de surveillance des disparités entre les primes établies pour le devis et les primes émises; toutes sont aussi dotées de processus permettant de communiquer rapidement au consommateur tout écart décelé.

Risques décelés

- La surveillance des écarts entre les taux estimés pour les devis et les primes émises et les mesures de contrôle sont importantes pour s'assurer que le consommateur reçoive bien le taux estimé au départ. Un manque de contrôle augmente le risque d'erreurs de tarification non décelées.

En fonction des risques décrits ci-dessus, cette section a été classée à risque de non-conformité moyen à faible en ce qui concerne les pratiques de tarification et de souscription. Les résultats pour cette section à la phase 3 concordent avec ceux de la phase 2, où cette section est aussi classée à risque moyen à faible. Ces résultats indiquent que les risques sont bien pris en charge dans le cadre des processus de travail. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans la phase 1.

Intermédiaires et surveillance des écarts entre les primes estimées et les primes réelles		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> Risque moyen à faible	<u>Phase 3</u> Risque moyen à faible

Recommandations

À titre de pratique exemplaire, la CSFO recommande que les compagnies assurent la surveillance des écarts entre les primes estimées et les primes émises, ou mettent en place des mesures de contrôle afin que le consommateur reçoive bien le taux estimé au départ.

Autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion

Cette section traite de la surveillance de la conformité et des rapports de gestion.

Résultats du questionnaire

Presque toutes les compagnies (environ 96 %) ont indiqué disposer d'un processus de surveillance permettant de vérifier le respect des pratiques, des procédures et des protocoles de conformité de l'entreprise. Elles ont aussi indiqué qu'un cadre supérieur ou un membre du conseil est responsable, dans le cadre des opérations, de surveiller la conformité aux exigences de tarification et aux règles de souscription.

La majorité des compagnies (environ 91 %) préparent des rapports de conformité pour surveiller et évaluer les risques en matière de tarification et de souscription. Ces rapports de conformité sont vérifiés par des cadres supérieurs ou des comités du conseil d'administration. Toutes les compagnies ci-dessus qui préparent des rapports de conformité disposent aussi d'un processus permettant d'adopter des mesures correctives advenant un problème ou une lacune dans les politiques ou les exigences de la loi.

Résultats des examens sur place

Tel qu'il a été souligné dans les diverses sections précédentes, il existe un large éventail d'instruments de contrôle de conformité et de gestion visant à assurer le respect des taux approuvés et des règles de souscription déposées.

Comme mentionné dans les réponses au questionnaire précédemment, presque toutes les compagnies préparent des rapports de conformité pour assurer le suivi et évaluer les risques pour la tarification et la souscription. Toutefois, seul le quart des compagnies examinées (environ 25 %) privilégient les risques pour la conformité en fonction de l'ampleur du problème et ont fait en sorte que des rapports de conformité supplémentaires soient produits au moins une fois l'an par des superviseurs, les gestionnaires de risques ou le chef de la conformité.

Enfin, le cinquième des compagnies (environ 22 %) ne dispose d'aucune politique assurant le respect de l'interdiction d'utiliser les antécédents en matière de crédit ou la cote de crédit d'un consommateur pour la tarification ou la souscription d'une assurance automobile.

Risques décelés

- 1) Les risques pour la conformité ne sont pas suffisamment mis en priorité en fonction de l'ampleur des problèmes décelés.
- 2) Le nombre de rapports de conformité produits (au minimum) chaque année par des superviseurs, les gestionnaires de risques ou le chef de la conformité est insuffisant pour bien évaluer les risques potentiels.
- 3) Les politiques visant l'interdiction d'utiliser les antécédents en matière de crédit et de la cote de crédit d'un consommateur pour la tarification ou la souscription sont insuffisantes.

En fonction des risques précisés ci-dessus, cette section est classée à risque moyen à élevé de non-conformité pour la tarification et la souscription. Il n'y avait aucun résultat similaire pouvant être utilisé aux fins de comparaison dans les phases 1 et 2.

Autres instruments de contrôle, surveillance et rapports de gestion		
<u>Phase 1</u> n. d.	<u>Phase 2</u> n. d.	<u>Phase 3</u> Risque moyen à élevé

Recommandations

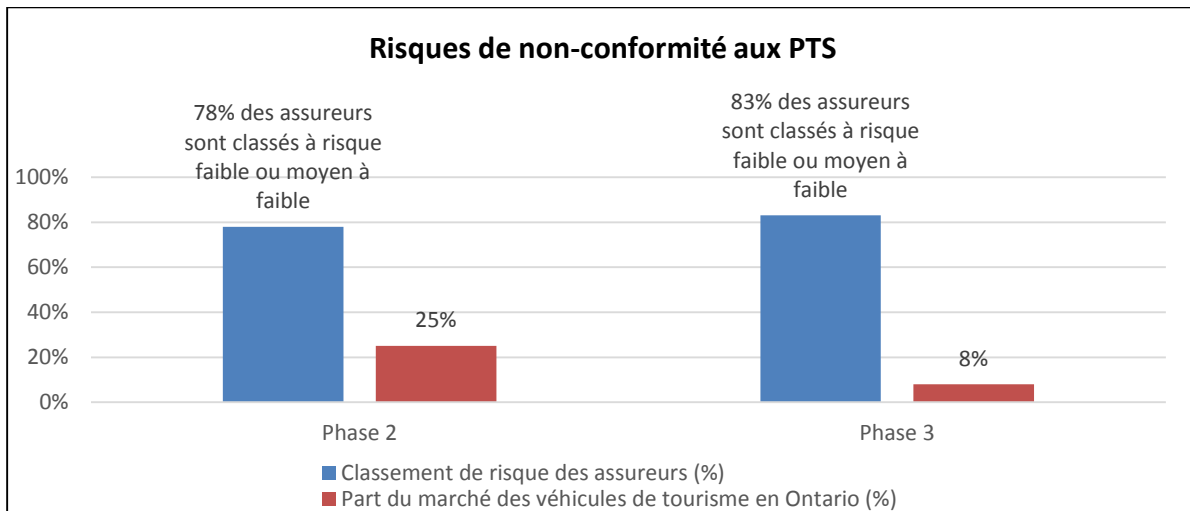
- 1) La CSFO recommande que les compagnies privilégient les risques pour la conformité en fonction de l'ampleur des problèmes décelés.
- 2) Il est recommandé que les compagnies créent des rapports de conformité chaque année, au minimum. Ces rapports doivent être créés par les superviseurs, les gestionnaires de risques ou le chef de la conformité afin d'évaluer les risques potentiels.
- 3) La CSFO recommande fortement que les compagnies élaborent et mettent en place des politiques visant à interdire l'utilisation des antécédents en matière de crédit ou la cote de crédit d'un consommateur pour la tarification ou la souscription d'une assurance automobile.

9. OBSERVATIONS CONCERNANT LA CONFORMITÉ DES PTS

Dans l'ensemble, la classification des risques pour les PTS pour les compagnies de la phase 3 (2014) est meilleure si on la compare aux résultats de la phase 2 (2013). Toutefois, comme la phase 1 ne comportait pas de question sur les PTS, nous n'avons pas été en mesure de comparer les risques pour les PTS constatés dans la phase 3 avec les phases 1 et 2.

Et puisque le questionnaire de la phase 3 ne couvrait que 8 % du marché des véhicules de tourisme en Ontario et que 83 % des compagnies concernées ont été classées à risque faible ou moyen à faible, et que le questionnaire de la phase 2 ne couvrait que 25 % de ce même marché (et que 78 % des compagnies y étaient classées à risque faible ou moyen à faible), on peut conclure que la conformité aux pratiques de tarification et de souscription s'améliore et que les mesures de contrôle ont été renforcées

afin d'atténuer les risques décelés. Cela dit, certains points doivent être améliorés afin que l'industrie soit parfaitement conforme et des mesures de contrôle demeurent nécessaires pour remédier aux risques décelés.



Cela dit, la plupart des compagnies du secteur de la souscription d'assurance automobile en Ontario continuent de disposer de politiques suffisantes pour assurer une gouvernance et des pratiques commerciales rigoureuses dans le cadre de leurs activités de tarification et de souscription.

Le questionnaire d'auto-évaluation des risques dans la gouvernance des processus de tarification et de souscription constitue un instrument utile pour évaluer les risques de non-conformité et pour établir les points à améliorer. La combinaison des examens sur place et du questionnaire permet à la CSFO de bénéficier d'une plus grande assurance que les compagnies d'assurance automobile ont des pratiques de tarification et de souscription conformes aux exigences réglementaires.

Conclusions générales

La CSFO encourage les conseils d'administration et les hauts dirigeants des compagnies d'assurance à comparer leurs pratiques aux résultats d'ensemble contenus dans le présent rapport et à mettre en œuvre les recommandations formulées pour les sept domaines de gouvernance. Les assureurs pourraient ainsi évaluer leurs propres risques de non-conformité et cerner les points à améliorer.

La CSFO se réjouit du fait que la plupart des compagnies disposent de politiques et de procédures suffisantes dans le cadre de leurs activités de tarification et de souscription pour assurer leur conformité aux exigences réglementaires. Toutefois, comme précisé dans le présent rapport, les assureurs doivent améliorer leurs pratiques et leurs processus de gouvernance pour remédier aux risques décelés, particulièrement dans les trois domaines de gouvernance où un risque élevé a été constaté.

Pour la section sur l'AIAL, il s'agit des mesures visant à déceler la fraude et à y remédier, de la surveillance de la gestion et des rapports, de la sous-traitance et des fournisseurs de soins de santé.

Pour la section sur les PTS, les risques élevés se situent du côté des examens indépendants, de la détection et du traitement des erreurs de tarification ainsi que des autres instruments de contrôle, de la surveillance de la gestion et des rapports.

Toutes les compagnies devraient être en mesure d'utiliser cette approche pour cerner les lacunes ou les faiblesses dans leurs méthodes de traitement des réclamations AIAL, de tarification et de souscription et pour apporter les améliorations nécessaires afin de réduire les risques de non-conformité.