

GROUPE DE TRAVAIL ANTIFRAUDE DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DE L'ONTARIO

RAPPORT INTÉRIMAIRE

DÉCEMBRE 2011

Le 21 novembre 2011

Monsieur Peter Wallace
Sous-ministre
Ministère des Finances
Bureau du sous-ministre
Édifrice Frost Sud
7 Queen's Park Crescent
Toronto (Ontario) M7A 1Y7

Monsieur le sous-ministre,

Veillez trouver ci-joint le rapport provisoire du Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile conformément à ce qui est prévu à son cadre de référence.

Nous sommes heureux de vous transmettre ce rapport destiné au ministre des Finances. Il décrit ce que nous avons appris au cours des quatre mois qui se sont écoulés depuis notre nomination ainsi que les mesures en cours, formule certaines recommandations relativement à d'autres mesures qui, à notre avis, peuvent être mises en œuvre à court terme et entraîner des résultats bénéfiques et établit le programme des travaux que nous allons entreprendre d'ici la fin de notre mandat.

Nous souhaitons souligner l'excellent soutien que nous avons reçu des fonctionnaires du ministère des Finances. Ils ont appuyé les travaux du Groupe de travail avec un professionnalisme, un dévouement et une compétence qui témoignent de ce que la fonction publique a de mieux à offrir et leur contribution nous a permis d'améliorer grandement notre rapport. Nous avons en outre bénéficié d'un soutien solide et d'excellents conseils de la part des fonctionnaires du ministère du Procureur général, de celui de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, ainsi que de la Commission des services financiers de l'Ontario.

Bien que nous apprécions les commentaires des fonctionnaires et que nous leur en soyons reconnaissants, nous insistons sur le fait que ce rapport fait état de nos propres conclusions sur les questions que vous nous avez demandé d'examiner.

Cordialement,

(Original signé par)

Frederick W. Gorbet
Président du Comité directeur

(Original signé par)

Margaret Beare

(Original signé par)

George Cooke

(Original signé par)

James Daw

(Original signé par)

Bob Percy

GROUPE DE TRAVAIL ANTIFRAUDE DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DE L'ONTARIO

RAPPORT INTÉRIMAIRE

DÉCEMBRE 2011

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Le système d'assurance-automobile de l'Ontario et son évolution	3
Le système actuel	4
Coûts de l'assurance et tarification	6
Processus d'approbation de la tarification.....	6
Évolution du système : 1990 à 2003	9
Évolution du système : 2003 à 2010	10
Évolution du système : depuis 2010.....	12
Autres mesures prises en 2011.....	14
Évaluation et répercussions sur nos travaux.....	17
Observations sur la fraude à l'assurance-automobile	18
Aperçu	18
Coûts de l'assurance-automobile	19
Fréquence des sinistres	26
Gravité des sinistres.....	29
Différences géographiques : la RGT par rapport au reste de l'Ontario	33
Différences géographiques : l'Ontario par rapport aux autres provinces	34
Tendances relatives à la garantie d'indemnités d'accident	36
Autres renseignements	39
Estimation du coût de la fraude.....	43
Observations finales.....	47
Mesures permanentes de lutte contre la fraude.....	48
Mesures en cours.....	48
Mesures à prendre maintenant	49
Ce que nous proposons de faire d'ici la fin de notre mandat	51
Recherche	51
Portée et nature de la fraude.....	51
Stratégies adoptées dans d'autres territoires de compétence	53
Questions importantes à prendre en compte	54
Collecte de renseignements.....	58
Pour communiquer avec le Groupe de travail.....	58

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Fluctuation des primes d'assurance-automobile à la suite des importantes mesures de contrôle des coûts mises en place de 1985 à 2010 (dollars de 2010).....	8
Figure 2 :	Augmentation des coûts des demandes de règlement d'assurance-automobile en Ontario entre 2006 et 2010.....	19
Figure 3 :	Augmentation des coûts des demandes d'indemnités d'accident en Ontario entre 2006 et 2010.....	20
Figure 4 :	Augmentation encore plus considérable des coûts des demandes d'indemnités d'accident dans la RGT entre 2006 et 2010.....	21
Figure 5 :	Diagramme des facteurs de coût de l'assurance-automobile.....	22
Figure 6 :	Les coûts des indemnités d'accident augmentent beaucoup plus rapidement que les dépenses de santé du secteur privé en Ontario.....	23
Figure 7 :	Les coûts des indemnités d'accident augmentent beaucoup plus rapidement que les dépenses de santé du secteur privé dans la RGT.....	24
Figure 8 :	La fréquence des sinistres a augmenté, alors que les collisions causant des lésions corporelles ont diminué entre 2006 et 2009.....	27
Figure 9 :	La fréquence des sinistres a augmenté, alors que les blessures résultant de collisions ont diminué entre 2006 et 2009.....	28
Figure 10 :	La gravité des sinistres a augmenté considérablement comparativement à la hausse des coûts des soins de santé entre 2006 et 2010.....	31
Figure 11 :	Les blessures graves résultant de collisions ont diminué entre 2006 et 2009, alors que la gravité des sinistres a augmenté.....	32
Figure 12 :	Les coûts des demandes d'indemnités d'accident ont augmenté rapidement dans la RGT.....	33
Figure 13 :	Les coûts globaux des demandes d'indemnités d'accident ont augmenté plus rapidement en Ontario qu'ailleurs au Canada.....	35
Figure 14 :	La gravité des demandes d'indemnités d'accident s'est accrue plus rapidement en Ontario qu'ailleurs au Canada.....	35
Figure 15 :	La fréquence des demandes d'indemnités d'accident s'est accrue plus rapidement en Ontario qu'ailleurs au Canada.....	36

Figure 16 :	Les coûts des demandes d'indemnités dans le cas de dommage matériel sont restés relativement les mêmes, alors que les coûts des indemnités d'accident ont augmenté considérablement	37
Figure 17 :	Le nombre d'établissements inscrits au Système DRSSAA a continué d'augmenter, alors que les formulaires présentés par l'entremise de ce système ont diminué après que celui-ci est devenu obligatoire	40

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :	Cadre de référence du comité directeur	59
Annexe 2 :	Cadre de référence des comités d'études	65
Annexe 3 :	Sources de données.....	69

Introduction

Les coûts de l'assurance-automobile en Ontario, surtout ceux qui sont liés aux indemnités d'accident, ont augmenté considérablement depuis quelques années. Un certain nombre d'observateurs croient que la fraude a augmenté et que les personnes déterminées à frauder le système sont mieux organisées qu'auparavant. La plupart de leurs éléments de preuve sont empiriques et difficiles à vérifier ou à quantifier. On peut toutefois démontrer que l'augmentation rapide des coûts ne peut s'expliquer par d'autres facteurs. La situation est particulièrement préoccupante dans la région du grand Toronto (RGT).

En réaction, le gouvernement a mis en place un certain nombre de mesures pour lutter contre l'augmentation des coûts des demandes de règlement et, par la même occasion, diminuer les primes d'assurance-automobile sans cesse plus élevées que paient les conducteurs. Les assureurs luttent contre la fraude de façon plus énergique en intentant des poursuites civiles et en utilisant une nouvelle technologie pour le règlement des sinistres.

Préoccupé par la hausse rapide des coûts, le gouvernement de l'Ontario a annoncé dans son budget de 2011 la création d'un groupe de travail chargé de déterminer la portée et la nature de la fraude à l'assurance-automobile et de formuler des recommandations sur les moyens d'en diminuer l'incidence.

Le Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile de l'Ontario a été institué le 29 juillet 2011; il est dirigé par un Comité directeur composé de cinq membres qui ne relève pas du gouvernement. Notre mandat est énoncé à l'annexe 1. Deux tâches nous ont essentiellement été attribuées :

- évaluer de notre mieux la portée et la nature de la fraude au sein du système ontarien d'assurance-automobile;
- recommander des mesures que le gouvernement et les autres intervenants pourraient prendre pour diminuer l'incidence de la fraude dans l'intérêt des titulaires de police d'assurance.

Les intervenants du système d'assurance-automobile, ainsi que le gouvernement, sont tenus de jouer un rôle actif dans la lutte contre la fraude à l'assurance-automobile en Ontario. Afin de faire participer activement ces parties intéressées, trois comités d'études composés d'intervenants et de représentants gouvernementaux sélectionnés aident le Comité directeur à formuler des recommandations visant à prévenir la fraude. Les membres des comités d'études ont été sélectionnés de manière à représenter leur profession en général et non pas pour défendre des intérêts particuliers.

Les trois principaux facteurs qui peuvent influencer sur l'existence et l'ampleur de la fraude sont les *possibilités* qu'offrent la structure et la réglementation du système, les *incitatifs* qui seront plus importants en l'absence de stratégies énergiques de prévention, de détection, d'enquête et de mesures d'application et le manque de *sensibilisation des consommateurs*. Les comités d'études ont été mis sur pied pour se concentrer sur ces principaux facteurs. Leurs mandats comprennent :

- la prévention, la détection, les enquêtes et les mesures d'application;
- les méthodes de réglementation du système d'assurance-automobile;
- la participation et la sensibilisation des consommateurs.

Le cadre de référence de ces trois comités d'études est présenté à l'annexe 2.

Le Comité directeur doit remettre son rapport final à l'automne 2012.

Ce rapport provisoire présente des observations et de l'information préliminaires sur la fraude à l'assurance-automobile, l'évolution du secteur de l'assurance-automobile en Ontario au cours des deux dernières décennies et les mesures prises actuellement pour lutter contre la fraude. Nous proposons d'autres mesures qui, selon nous, pourraient être mises en œuvre assez rapidement afin d'obtenir de bons résultats et nous précisons les mesures que nous avons l'intention de prendre pendant le reste de notre mandat.

Nous avons considérablement bénéficié dans le cadre de nos travaux des exposés et des commentaires que nous ont présentés les représentants du secteur des assurances, les fournisseurs des soins de santé, les experts de l'application de la loi et de la réglementation et autres personnes intéressées. Nous espérons que ce rapport provisoire clarifiera les orientations que nous comptons suivre afin que les personnes intéressées par ces questions puissent continuer de nous aider à remédier à cet important problème.

Les questions liées au secteur de l'assurance-automobile sont complexes et de nombreux intervenants du système ont des points de vue tranchés et justifiés qui tiennent compte de leur propre perspective. Notre objectif est de comprendre ces perspectives, mais en adoptant un point de vue plus large, ancré dans l'intérêt public et la nécessité de trouver un équilibre qui permet de mieux servir les intérêts de tous les utilisateurs du système d'assurance-automobile. Nous avons constamment essayé de présenter nos observations initiales de la manière la plus objective et impartiale possible. Certains aspects de l'analyse, qui n'ont jamais été étudiés auparavant, poseront tout un défi. Cependant, nous demeurons optimistes et croyons que la tâche que nous nous sommes fixée portera ses fruits.

Le système d'assurance-automobile de l'Ontario et son évolution

L'assurance-automobile est obligatoire en Ontario depuis 1979. Auparavant, les propriétaires de véhicules pouvaient souscrire une police d'assurance-automobile ou s'auto-assurer en contribuant à un « fonds d'indemnisation des victimes d'accidents automobiles ». Les conducteurs auto-assurés étaient responsables de leurs actes de négligence et le fonds n'intervenait que si le conducteur fautif était incapable d'indemniser entièrement une personne non fautive blessée dans un accident automobile.

Actuellement, les assureurs, les courtiers, les agents et certains fournisseurs de services aux personnes impliquées dans un accident de la route sont assujettis à une réglementation stricte. D'autres intervenants du système ne le sont pas. Par exemple, le gouvernement détermine les conditions de la couverture d'assurance, réglemente les primes que les assureurs peuvent demander aux titulaires de police et les honoraires qu'ils peuvent payer aux fournisseurs de soins de santé et supervise la conduite des assureurs sur le marché.

Depuis 1998, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO), qui a succédé à la Commission des assurances de l'Ontario, réglemente la conformité à la *Loi sur les assurances* et à ses règlements d'application. Le ministre des Finances est chargé de proposer des modifications à la Loi et à ses règlements.

D'autres intervenants du système ne sont assujettis à aucune réglementation ou sont assujettis à une réglementation moins stricte. Ce sont les conducteurs de dépanneuse, les ateliers de carrosserie automobile et les établissements de réadaptation.

Cette section présente les principales caractéristiques du marché réglementé des assurances en Ontario et leur évolution au cours des deux dernières décennies. Le Groupe de travail a constaté une tension justifiée et constante entre l'objectif de traiter les personnes blessées de manière juste et efficace et la volonté de maîtriser le coût total de l'assurance pour les titulaires de police. Les gouvernements de l'Ontario ont été constamment confrontés au défi de maintenir un équilibre à la fois raisonnable pour tous les conducteurs de la province et équitable pour les personnes blessées dans un accident.

Nous terminons cette section en présentant des observations générales sur le système et des commentaires sur la façon dont ces observations devraient guider nos travaux.

Le système actuel

Le système actuel est hybride. Il prévoit des garanties obligatoires qui imposent un niveau d'indemnités d'accident pour les conducteurs, les passagers, les piétons et les cyclistes blessés en raison de l'utilisation d'un véhicule automobile, sans égard à la responsabilité. C'est ce qu'on appelle les indemnités sans égard à la faute. Il est possible de souscrire d'autres limites de garantie. Les polices d'assurance comprennent aussi des niveaux de garantie obligatoires et facultatifs pour les dommages au véhicule et aux biens du titulaire de la police, en plus d'une protection pour les personnes qui pourraient être tenues responsables devant un tribunal d'avoir causé des blessures et des dommages. Seules les personnes ayant subi des « blessures graves et permanentes » ont le droit de poursuivre un autre automobiliste pour la perte de revenu, le coût des soins médicaux non fournis par les régimes gouvernementaux, ainsi que la douleur et la souffrance résultant de l'accident. Tous les assureurs doivent offrir les mêmes indemnités d'accident de base et facultatives.

L'avantage d'un système hybride est que toutes les personnes blessées peuvent être traitées immédiatement en réclamant des indemnités sans égard à la faute. Les personnes plus gravement blessées peuvent faire appel à un tribunal pour récupérer les coûts additionnels payés à condition de ne pas être fautives. Le défi est de trouver un juste équilibre entre l'indemnisation par voie judiciaire (ou délictuelle) et les indemnités sans égard à la faute au moyen de mesures de contrôle appropriées, tout en maintenant les primes à un niveau raisonnable pour la grande majorité des résidents de l'Ontario qui conduiront pendant des années, voire des décennies, sans être impliqués dans une collision ou subir des blessures. Les réformes effectuées en Ontario au cours des 20 dernières années ont rajusté plusieurs fois cet équilibre en obtenant des résultats variables.

Garanties d'assurance-automobile de l'Ontario

Garanties obligatoires	Garanties facultatives
<p>Responsabilité civile</p> <ul style="list-style-type: none">• Couvre les réclamations découlant de poursuites judiciaires.• Le montant minimal de la garantie est de 200 000 \$ en vertu de la loi.• Les indemnités pour souffrances et douleur accordées par un tribunal comportent des franchises obligatoires. <p>Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL)</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoit des prestations si une personne est blessée dans un accident, quel qu'en soit le responsable.• Prévoit des indemnités pour frais médicaux, réadaptation, remplacement de revenu, soins auxiliaires et frais funéraires ainsi que des prestations de décès. <p>Indemnisation directe</p> <ul style="list-style-type: none">• Couvre les dommages à un véhicule assuré dans la mesure où une autre personne est responsable de l'accident. <p>Automobile non assurée</p> <ul style="list-style-type: none">• Couvre les dommages causés par un automobiliste non assuré.	<p>Collision</p> <ul style="list-style-type: none">• Couvre le paiement des réparations d'un véhicule assuré lorsque le conducteur assuré est fautif. <p>Risques multiples</p> <ul style="list-style-type: none">• Couvre les pertes découlant d'un vol, d'un incendie ou de dommages autres que ceux résultant d'une collision. <p>Indemnités d'accident facultatives</p> <ul style="list-style-type: none">• Peuvent comprendre des montants de garantie supérieurs aux indemnités d'accident de base ou des garanties telles que les frais de travaux ménagers et de soignants. <p>Autres garanties facultatives</p> <ul style="list-style-type: none">• Comme une garantie qui couvre les frais de location d'un véhicule pendant que le véhicule de l'assuré est en réparation et le coût intégral de remplacement d'un véhicule relativement neuf.

Les principales questions en jeu ont été les suivantes :

- le montant des indemnités d'accident légales obligatoires offertes aux automobilistes ontariens et les règles qui les régissent;
- le plafond des montants versés pour l'évaluation et le traitement des blessures;
- le seuil de gravité de la déficience qu'il faut atteindre afin d'avoir droit à une indemnisation accordée par un tribunal;
- la question de savoir si les dommages et intérêts accordés par un tribunal pour souffrances et douleur devaient comprendre les franchises et, le cas échéant, le montant de ces franchises;
- les recours dont dispose une personne blessée pour contester le refus d'un assureur de verser une indemnité.

Coûts de l'assurance et tarification

Processus d'approbation de la tarification

Les primes que demandent les assureurs aux titulaires de police sont réglementées pas la CSFO. Le processus se déroule de la manière suivante.

Les assureurs proposent des taux fondés sur les coûts historiques des sinistres par année d'accident et par garantie et rajustent généralement les taux chaque année en fonction de la mise à jour des données sur les sinistres. La tarification proposée est fondée sur une estimation des taux qui devraient être demandés pour la période pendant laquelle une police est en vigueur. En conséquence, les pertes passées ne sont pas prises en compte. On détermine la prime en tenant compte des coûts des sinistres futurs, des frais d'exploitation, des revenus de placement et des bénéfices anticipés.

Les assureurs utilisent habituellement les données sectorielles afin d'estimer les tendances des coûts pour la période pendant laquelle les taux seront en vigueur. Ils se fondent sur leurs propres coûts historiques et prévus afin de déterminer les taux qu'ils devraient demander pour être rentables ou demeurer concurrentiels sur le marché par rapport aux autres assureurs.

Les assureurs regroupent les conducteurs qui ont des caractéristiques de risque et des coûts de sinistres prévus semblables afin d'établir la tarification. Les consommateurs paient des tarifs différents en fonction de leurs caractéristiques de risque. Les éléments de classification des risques sont les suivants :

- le territoire ou l'emplacement;
- la classification (âge, sexe, état civil, kilométrage annuel, distance parcourue pour se rendre au travail et en revenir);
- le dossier de conduite (nombre d'années de détention du permis de conduire, nombre d'années sans accident avec responsabilité);
- le groupe tarifaire du véhicule;
- la franchise;
- la limite de responsabilité.

La réglementation gouvernementale interdit aux assureurs d'utiliser certains éléments dans leur système de classification des risques. Les éléments interdits sont les suivants :

- le niveau de revenu;
- les antécédents professionnels;
- la cote de solvabilité;
- l'admissibilité à d'autres indemnités;
- les demandes de règlement pour lesquelles la personne n'était pas fautive ou était responsable à 25 pour cent seulement.

Coûts de l'assurance et tarification

Exemple de modification de la tarification

Voici un exemple de la variation des tarifs payés par un consommateur d'année en année.

Bertrand possède une fourgonnette vieille de 10 ans qu'il utilise pour faire l'aller-retour à son lieu de travail. Il a choisi une limite de 2 millions de dollars pour la garantie de responsabilité civile, mais aucune indemnité facultative pour la garantie d'indemnités d'accident.

De nombreux événements pourraient modifier les tarifs d'assurance-automobile que paie Bertrand. Par exemple, Bertrand pourrait :

- soit être impliqué dans un accident automobile dont il est jugé responsable, ce qui amènerait les assureurs à le classer comme conducteur dont la conduite présente plus de risque;
- soit abaisser la limite de la garantie de responsabilité civile à 1 million de dollars, ce qui diminuerait le montant maximal payé par un assureur en vertu de cette couverture;
- soit décrocher un nouvel emploi qui lui demanderait de parcourir une distance deux fois plus grande pour se rendre à son lieu de travail, ce qui augmenterait le temps qu'il consacre à conduire son véhicule.

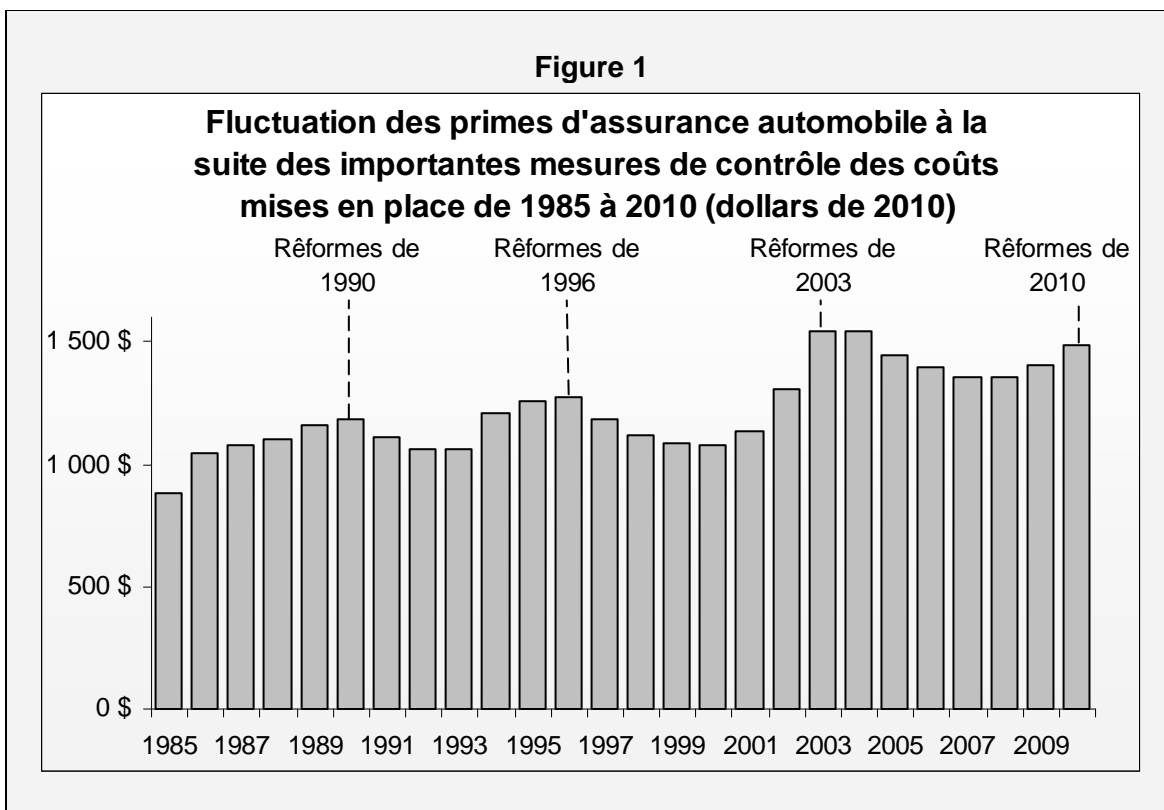
N'importe lequel de ces événements pourrait modifier un élément de classification des risques utilisé par un assureur pour déterminer les tarifs payés par Bertrand. Par exemple, si Bertrand était responsable d'un accident automobile, il serait classé dans le groupe des conducteurs responsables d'une collision. Il est probable que les assureurs fixent des tarifs plus élevés pour ce groupe.

Les assureurs sont tenus de déposer toute demande de changement de taux auprès de la CSFO aux fins d'approbation. La demande déposée doit justifier les changements de taux en fonction des résultats techniques et des frais de sinistres. La CSFO examine la demande en se basant sur des critères actuariels et financiers normalisés. La Commission des services financiers ne fixe pas les taux. Elle approuve les changements proposés ou non; dans ce dernier cas, les taux existants restent en vigueur.

Pour approuver les taux, la CSFO tient compte de l'analyse actuarielle de la société d'assurance, de sa propre analyse actuarielle et autres renseignements qui se rapportent à la demande de taux proposés. Elle examine les changements à la lumière de la position et des pratiques de la société d'assurance par rapport aux taux et aux pratiques en vigueur sur le marché. La décision de la CSFO se fonde sur l'équilibre des intérêts afin de s'assurer que les taux approuvés sont justes et raisonnables.

Alors que les consommateurs souhaitent payer les primes les plus basses possible, les assureurs ont besoin d'un rendement suffisant du capital investi pour se procurer des capitaux auprès des investisseurs et demeurer solvables pendant une période de pertes imprévues. Les pertes et le retrait des capitaux des investisseurs peuvent entraîner une augmentation des tarifs et diminuer les options offertes aux consommateurs. Lorsqu'elle examine la demande de taux, la CSFO tient compte de la solvabilité financière de l'assureur.

La figure 1 montre les primes moyennes d'assurance-automobile en Ontario de 1985 à 2010, rajustées selon l'inflation. On constate très clairement une tendance cyclique à la hausse des primes, consécutive à une augmentation des coûts des assureurs, ce qui les incite à augmenter les primes à un rythme plus élevé que le taux moyen d'inflation au pays et amène le gouvernement à réformer le système dans le but de faire baisser les coûts. Comme la tendance se répète, des changements ont été apportés aux politiques en raison de la fluctuation des primes en 1990, 1996, 2003 et 2010.



Le reste de cette section porte sur l'évolution du système à travers les divers cycles de fluctuation des primes présentés à la figure 1. Nous désirons préciser que, tout au long de ce rapport, lorsque nous parlons de coûts d'assurance, nous ne parlons pas des coûts payés par le gouvernement et les contribuables, mais de ceux qui se répercuteront sur les conducteurs à la suite d'une augmentation des primes.

Évolution du système : 1990 à 2003

En 1990, l'Ontario a réagi à la hausse des coûts due à l'augmentation des litiges, des montants adjugés par les tribunaux et des règlements à l'amiable en instaurant d'importantes indemnités d'accident sans égard à la faute. En outre, le gouvernement a édicté que les prestations d'assurance-automobile seraient versées uniquement après que toutes les autres indemnités, comme celles de l'Assurance-santé de l'Ontario (ASO) et de l'assurance-maladie collective, aient été payées. Ces changements visaient à éviter les importantes augmentations de primes qui, sans cela, se seraient produites.

Parallèlement, l'admissibilité aux dommages-intérêts délictuels, tant pour les pertes économiques que non économiques, a été limitée aux personnes ayant subi des blessures « permanentes », « graves » et de nature « physique ». Cette définition de l'admissibilité a été appelée « seuil lexical ». Les critères du seuil, qui ont été modifiés depuis, sont devenus l'objet de nombreux litiges. De plus, la province a mis en place des processus de médiation et d'arbitrage visant à régler les différends sans recourir à l'appareil judiciaire.

Parmi les autres mesures instaurées pour diminuer les coûts de l'assurance-automobile, mentionnons le remplacement de la subrogation de l'ASO par une imposition annuelle des coûts du système de santé aux assureurs. La subrogation de l'ASO prévoit le recouvrement auprès des sociétés d'assurance ou des parties fautives des coûts des services de l'ASO fournis aux personnes ayant été blessées dans un accident de la route.

En 1994, le gouvernement néo-démocrate de l'Ontario, dont le programme électoral de 1990 comprenait la mise en place d'un régime gouvernemental d'assurance-automobile, a radicalement augmenté les indemnités d'accident légales. Par exemple, les indemnités de soins auxiliaires versées en vertu des indemnités d'accident légales ont plus que triplé, passant de 3 000 \$ à 10 000 \$ par mois. Le droit d'intenter des poursuites pour pertes économiques a été éliminé, mais le droit de demander réparation pour la douleur et les souffrances subies a été élargi. Le nouveau « seuil lexical » faisait référence à une déficience grave mais pas nécessairement permanente d'une importante fonction physique, mentale ou psychologique.

Cette extension de la limite supérieure des indemnités sans égard à la faute à un million de dollars pour les services médicaux et de réadaptation, sans plafond global pour les indemnités de soins auxiliaires, a rapidement fait augmenter les coûts.

En 1996, le gouvernement conservateur de l'époque a rétabli le droit d'intenter des poursuites pour pertes économiques en cas de blessures graves. Soucieux de limiter les coûts et d'atténuer la pression exercée sur les primes, le gouvernement a ramené à 100 000 \$ la limite des indemnités d'accident obligatoires pour les blessures non invalidantes. Toutefois, les consommateurs pouvaient souscrire une garantie de un million de dollars pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires. Pour contrôler les coûts, l'organisme de réglementation a obtenu le pouvoir de fixer les barèmes d'honoraires des fournisseurs de soins de santé. Les fournisseurs de services de réadaptation ont été tenus de soumettre un plan de traitement et d'obtenir l'approbation de l'assureur avant d'entreprendre le traitement.

Évolution du système : 2003 à 2010

Les primes se sont stabilisées après la mise en place des mesures de réduction des coûts en 1996. Cependant, en 2000, le coût des indemnités d'accident et du règlement des réclamations en responsabilité civile délictuelle a commencé à augmenter à un rythme croissant, ce qui a entraîné une hausse des primes.

En conséquence, en 2003, un certain nombre d'importantes modifications a été apporté au système d'assurance-automobile, dont :

- l'adoption des directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé (CTP) des coups de lapin, qui représentaient la majorité des demandes de remboursement de frais médicaux ou de réadaptation de l'assurance-automobile. Bien qu'une limite ait été fixée au montant qui pouvait être facturé sans approbation préalable, des directives ont été adoptées afin de permettre un accès plus sûr et plus rapide au traitement. (Aucune approbation préalable n'était requise pour les traitements inclus dans les directives relatives au CTP.);
- la réduction de 30 % du tarif horaire maximal des fournisseurs de soins de santé par ordonnance du surintendant de la CSFO;
- l'extension du droit d'intenter des poursuites pour les frais de soins de santé excédentaires;
- le doublement de la somme déduite du montant adjugé par un tribunal pour douleur et souffrances;
- l'ordre donné au surintendant de la CSFO d'examiner le fonctionnement du système d'assurance-automobile au moins tous les cinq ans en ce qui a trait aux indemnités d'accident légales, aux poursuites judiciaires et aux mécanismes de règlements des différends et d'en faire rapport au ministre des Finances.

Les réformes de 2003 ont été suivies d'une diminution des primes de 2004 à 2007, mais celles-ci ont recommencé à augmenter en 2008.

En outre, le système de règlement des différends, dans sa forme actuelle, n'était plus viable. (Voir l'encadré ci-dessous.)

Histoire du règlement des différends dans le cadre du système d'assurance-automobile de l'Ontario

La CSFO offre depuis 1990 un service de règlement des différends. Ce service vise à fournir rapidement une méthode équitable de règlement des différends entre les personnes blessées et les assureurs. La première étape consiste en un processus officiel de médiation qui est gratuit pour la personne réclamant des indemnités; des frais sont facturés à l'assureur lorsque la cause est attribuée à un médiateur. Si la tentative de médiation échoue, la personne réclamant des indemnités peut choisir l'arbitrage auprès de la CSFO ou porter le différend devant un tribunal. Les parties peuvent conjointement soumettre les questions en litige à l'arbitrage privé. Comme c'est le cas dans un procès, la décision de l'arbitre lie les deux parties, mais on peut faire appel d'une décision d'un arbitre de la CSFO sur une question de droit auprès du directeur des arbitrages (ou de la personne qu'il désigne). On ne peut pas en appeler devant un tribunal d'une décision rendue par un arbitre de la CSFO.

En outre, les parties peuvent demander la modification ou la révocation d'une ordonnance d'arbitrage ou d'une ordonnance d'appel pour l'un des trois motifs importants suivants : la situation de la personne assurée a changé de façon importante; l'une ou l'autre partie dispose de nouveaux éléments de preuve qui n'étaient pas disponibles lors de l'arbitrage ou de l'appel; il s'est produit une erreur dans l'ordonnance d'arbitrage ou d'appel (par exemple, l'ordonnance ne correspond pas aux motifs de la décision). Selon la nature de la demande de révocation ou d'appel, celle-ci peut être soumise au même arbitre ou à un autre.

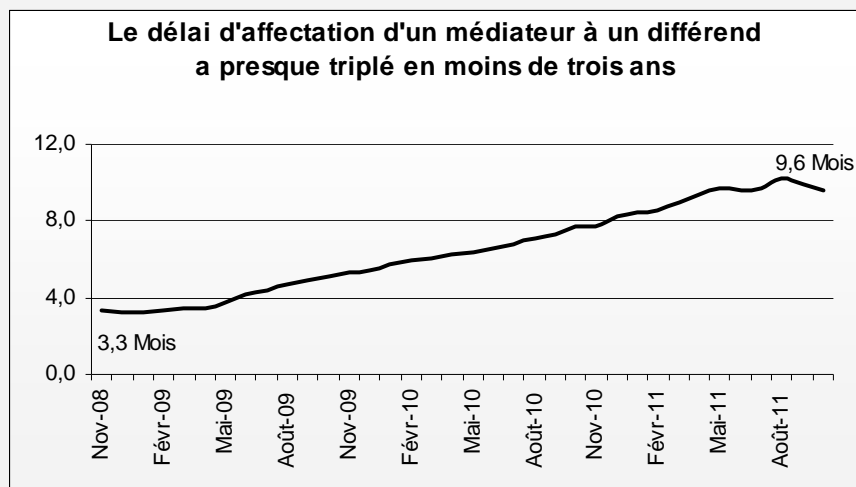
La décision rendue en appel par le directeur (ou la personne qu'il a désignée) peut faire l'objet d'une révision judiciaire par la Cour divisionnaire.

Depuis 2006-2007, le service de médiation de la CSFO a connu une augmentation de 136 % des demandes, qui sont passées de 13 053 cette année-là à 30 748 durant l'exercice 2010-2011. Cette forte hausse des demandes a entraîné un arriéré qui s'est accru pendant plusieurs années. Au 1^{er} septembre 2011, il y avait 27 375 dossiers en attente d'être attribués à un médiateur. Un requérant attend généralement 10 mois avant que sa cause soit attribuée à un médiateur.

(suite)

Il semblerait qu'un ensemble de facteurs a contribué à l'arriéré :

- les pratiques du secteur en ce qui a trait au traitement des demandes d'indemnités d'accident légales causent un accroissement des différends;
- un plus grand nombre de requérants représentés par un avocat contestent les décisions des assureurs;
- des indemnités d'accident plus complexes ont élargi l'éventail des questions ou des garanties qui peuvent faire l'objet d'une médiation;
- il y a plus de questions à propos des modifications législatives et réglementaires, y compris les récentes modifications aux indemnités d'accident légales;
- la conjoncture économique engendre des contraintes financières.



Évolution du système : depuis 2010

Les changements mis en œuvre en septembre 2010 résultaient dans une large mesure du premier examen quinquennal ordonné par le gouvernement et dont le rapport a été présenté au ministre des Finances en mars 2009. Ils découlent également de la rapide croissance des coûts qui exerçait encore une fois des pressions à la hausse sur les primes. En examinant l'augmentation des coûts à l'origine des pressions sur les primes en 2010, le gouvernement et le secteur estimaient que la fréquence élevée et en rapide croissance des activités frauduleuses constituait un important facteur. La prochaine section de ce rapport présente des renseignements sur les coûts et autres données qui expliquent clairement la raison pour laquelle ce point de vue était répandu.

Les autres mesures adoptées en novembre 2010 et de nouveau en juillet 2011 ont été prises dans ce contexte. Elles visaient à remédier à l'augmentation croissante du coût du système et à sa complexité.

Les réformes de septembre 2010 :

- ont mis en place toute une palette d'options afin de permettre aux consommateurs d'adapter les garanties à leurs besoins en matière d'assurance;
- prévoyaient une garantie minimale standard ou obligatoire de 50 000 \$ (auparavant de 100 000 \$) pour les frais médicaux et de réadaptation, comprenant les coûts d'évaluation en deçà de cette nouvelle limite (on peut souscrire une garantie de 100 000 \$ ou de un million de dollars en payant des frais additionnels);
- prévoyaient une nouvelle garantie minimale standard ou obligatoire de 36 000 \$ (auparavant de 72 000 \$) pour les soins auxiliaires;
- ont rendu facultative la garantie pour frais de soignants, travaux ménagers et entretien du domicile;
- ont plafonné les frais de chaque évaluation à 2 000 \$, qu'elle soit demandée par l'assureur ou le fournisseur de soins de santé;
- ont plafonné à 3 500 \$ la garantie pour le traitement d'une liste de blessures légères, tout en permettant de dépenser plus dans des cas limités;
- ont exigé que les assureurs fournissent tous les deux mois aux requérants un relevé qui indique le montant du reste des prestations pour certaines indemnités d'accident.

Les premières données sur l'incidence de ces réformes démontrent qu'elles semblent stabiliser les coûts et atténuer les hausses de primes. En outre, en septembre 2010, la CSFO a instauré deux processus importants qui sont toujours en cours et qui auront des répercussions marquées sur l'évolution du système d'assurance-automobile de l'Ontario.

D'une part, la CSFO a lancé un processus de consultation concernant la modification éventuelle fondée sur la science médicale de la définition de « déficience invalidante » énoncée dans l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL). Il s'agissait d'une autre tentative d'établir une ligne de démarcation appropriée et équitable entre l'indemnisation automatique en vertu de l'AIAL et le droit d'une personne blessée d'obtenir une indemnisation plus élevée en passant par les tribunaux. Un comité d'experts a été formé et ses membres ont commencé à se réunir en décembre 2010. Ce comité a remis ses recommandations au surintendant de la CSFO, qui rédige actuellement un rapport pour le ministre des Finances.

D'autre part, pour donner suite à l'examen quinquennal de mars 2009, le gouvernement a demandé à la CSFO de préparer un nouveau protocole de traitement des blessures légères qui met à jour la démarche ontarienne pour le traitement des blessures des tissus mous et qui s'inspire de la science médicale actuelle. On prévoit qu'une fois mis en place, ce protocole de traitement donnera aux assureurs et aux fournisseurs de soins de santé une orientation fondée sur des données probantes pour le traitement efficace des blessures légères. Une demande de propositions pour la réalisation de cette étude par un consultant a été publiée le 23 novembre 2011.

Autres mesures prises en 2011

En plus de former le Groupe de travail antifraude, le gouvernement a instauré d'autres mesures en 2011, dont les suivantes :

- La publication d'un bulletin de la CSFO en mars 2011 qui soulignait les droits et les responsabilités des assureurs en matière de contestation des demandes d'indemnités douteuses ou abusives.

Les modifications de l'AIAL qui sont entrées en vigueur en septembre 2010 ont donné aux assureurs d'autres moyens de gérer les demandes d'indemnités abusives ou frauduleuses, y compris des mesures permettant de vérifier les factures et les dépenses. Le bulletin a rappelé aux assureurs qu'il était nécessaire d'utiliser ces outils afin de verser les prestations d'assurance-automobile d'une façon efficace et efficiente.

- La modification de l'AIAL afin d'y inclure des dispositions améliorant la capacité des assureurs d'obtenir la confirmation des factures reçues pour les biens et services fournis aux requérants.

Avant ces modifications, les assureurs devaient payer toute facture présentée par un fournisseur de soins de santé dans les 30 jours suivant la réception de celle-ci. Dorénavant, un assureur peut demander à un fournisseur de biens et de services de lui fournir les renseignements additionnels dont il a besoin pour déterminer son obligation de paiement. Les factures relatives aux biens et aux services fournis aux personnes blessées dans un accident de la route peuvent être soumises par les cliniques sans que le fournisseur le sache. Le fait d'autoriser les assureurs à demander des renseignements additionnels leur permettra de déterminer si les biens et les services facturés ont été réellement fournis ou sont potentiellement frauduleux.

- La modification de la *Loi sur les assurances* dans le but de supprimer la possibilité de demander des indemnités d'accident pour des blessures subies à bord d'un véhicule de transport en commun qui n'était pas impliqué dans une collision.

Les personnes blessées à bord d'autobus ou de tramways de transport en commun municipaux sont admissibles aux indemnités d'accident légales. Les demandes d'indemnité résultent habituellement de chocs et de chutes qui surviennent au moment de monter dans un véhicule et d'en descendre, pendant qu'on se tient debout dans les allées et lorsqu'on prend place et qu'on quitte son siège. Ces blessures ne sont souvent pas signalées au moment de l'incident, mais peuvent l'être des jours ou des semaines plus tard. Le conducteur du véhicule n'a souvent pas connaissance de l'incident et les organismes de transport en commun sont incapables de vérifier si le requérant était dans le véhicule. Par conséquent, les organismes de transport en commun ont reçu de plus en plus de demandes de règlement douteuses ou frauduleuses. La Commission de transport de Toronto a déclaré une augmentation de 62,5 pour cent des versements d'indemnités d'accident entre 2004 et 2007. Pendant la même période, Mississauga Transit a déclaré une progression des versements d'indemnités d'accident de 133,3 pour cent.

- L'instauration de l'utilisation obligatoire du système de traitement des factures du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA).

Le Système DRSSAA est un système électronique central utilisé pour transmettre des formulaires particuliers de demande de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile de l'Ontario. Bien que ce système ne soit pas un moyen direct de prévention de la fraude, l'information qui y est stockée pourrait aider à détecter les activités frauduleuses. Dans son budget de 2011, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il collaborerait avec le secteur des assurances afin d'utiliser le Système DRSSAA pour détecter les activités potentiellement frauduleuses. Les progrès réalisés dans le cadre de cette initiative sont décrits plus loin dans ce rapport.

**Système de demandes de règlement pour soins de santé liés
à l'assurance-automobile (DRSSAA) – évolution de
la surveillance des coûts**

Le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile est un système électronique central financé par le secteur des assurances que l'on doit maintenant utiliser pour transmettre aux assureurs automobiles des formulaires particuliers de demande de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile de l'Ontario et obtenir l'approbation du paiement. Ce système est administré par HCAI Processing, un organisme sans but lucratif. Les fournisseurs de soins de santé doivent transmettre aux assureurs les formulaires de demande de règlement pour soins de santé énumérés ci-dessous par l'entremise du Système DRSSAA :

- Plan de traitement et d'évaluation (FDIO 18);
- Facture d'assurance-automobile standard (FDIO 21);
- Formulaire de confirmation du traitement (FDIO 23).

Le Système DRSSAA permet aux assureurs de consigner leurs décisions sur chacun des formulaires ci-dessus et aux fournisseurs de soins de santé de vérifier l'état des décisions des assureurs.

L'utilisation du Système DRSSAA est devenue obligatoire le 1^{er} février 2011 pour tous les fournisseurs et établissements de soins de santé qui participent au système d'assurance-automobile. L'utilisation de ce système permettra la création d'une base de données, la préparation de rapports de données standard et une meilleure compréhension des produits et des services médicaux et de réadaptation payés par les assureurs automobiles.

Évaluation et répercussions sur nos travaux

En réfléchissant à l'évolution du système d'assurance-automobile au cours des deux dernières décennies, nous avons fait quatre observations clés qui devraient à l'avenir orienter nos travaux.

1. Une dynamique claire est à l'origine des changements qui se produisent dans le système : l'augmentation des coûts des demandes de règlement exerce des pressions à la hausse sur les primes. Étant donné que l'assurance est obligatoire et que le gouvernement réglemente les taux, ces pressions entraînent des efforts pour maîtriser les coûts. Les changements modifieront inévitablement l'équilibre entre la diminution des pressions qui s'exercent sur les taux et la fourniture aux victimes d'accident d'une aide équitable et appropriée, en temps opportun.
2. Par conséquent, le système hybride a non seulement beaucoup évolué depuis son instauration il y a deux décennies, mais il continue aussi d'évoluer et est, à maints égards, très complexe. La conception du système ainsi que les règles et les procédures qui en régissent le fonctionnement créent des occasions de fraude.
3. Notre mandat est limité. Ce Groupe de travail n'examine pas le caractère adéquat ou approprié du système d'assurance-automobile actuel. En effet, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, d'autres initiatives sont actuellement menées en ce qui a trait aux blessures invalidantes et aux directives sur les blessures légères. De plus, la CSFO continuera de faire rapport sur le fonctionnement du système au moins tous les cinq ans. Nous nous concentrons sur la fraude, son ampleur et ses répercussions et sur ce que le gouvernement et les autres parties intéressées devraient faire pour y remédier. Comme nous l'expliquons ci-dessous, nous avons des raisons de croire que la fraude a récemment joué un rôle important dans les augmentations de coûts du système.
4. Finalement, bien que notre mandat soit limité, nous ne pouvons pas formuler de recommandations dans l'abstrait. Le contexte est crucial. Par conséquent, il importe que nous comprenions le système, les tensions qui l'habitent et les répercussions des mesures éventuelles sur les victimes d'accident qui ont réellement besoin de la protection et de l'aide qu'elles attendent du système. Nos recommandations doivent faire en sorte que les mesures prises pour minimiser la fraude dans le système ne pénalisent pas outre mesure les requérants légitimes et améliorent, dans la mesure du possible, l'accès à la protection et aux indemnités dont ils ont besoin.

Observations sur la fraude à l'assurance-automobile

Aperçu

Le Groupe de travail en est à ses débuts et, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas prêts à effectuer une estimation quantitative de l'ampleur ou de la répartition de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario. Cependant, nous avons jusqu'à maintenant examiné les tendances à partir des données sur les coûts des sinistres et des renseignements recueillis auprès des intervenants du secteur et des organismes de réglementation. La présente section de notre rapport présente des données de même que des preuves empiriques qui laissent entendre que la fraude – bien qu'elle ne puisse être quantifiée précisément – est répandue, connaît une recrudescence et a des répercussions importantes sur les primes d'assurance-automobile.

Principales observations présentées dans la présente section

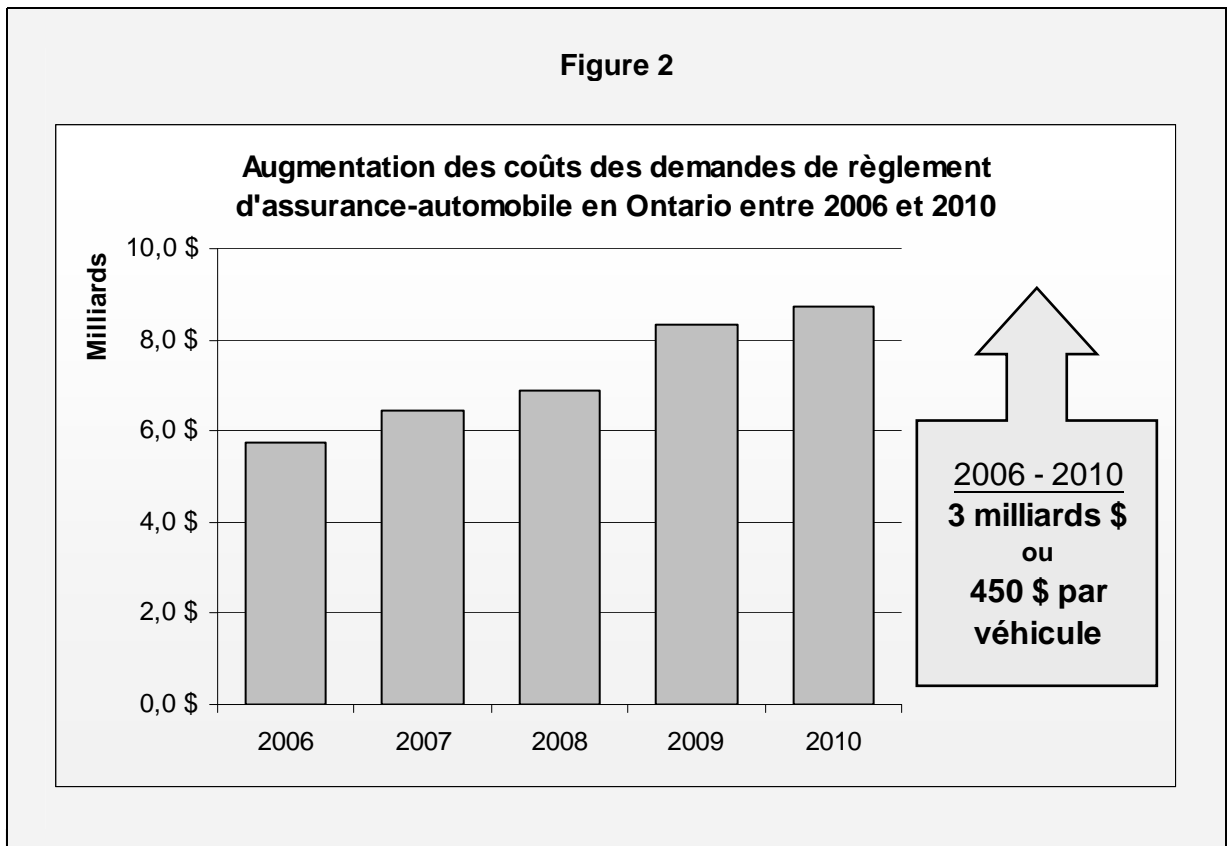
- Les coûts des demandes de règlement d'assurance-automobile, plus particulièrement ceux des demandes d'indemnités d'accident en vertu de l'AIAL, ont augmenté considérablement sur une très courte période.
- Un important écart encore inexpliqué existe entre les variations des coûts des demandes d'indemnités d'accident et l'évolution des facteurs qui devraient influencer sur ces coûts.
- L'augmentation de coûts la plus fulgurante s'est produite dans la région du grand Toronto (RGT).¹
- Les preuves empiriques fournies au Groupe de travail laissent entendre que les activités frauduleuses, et notamment la fraude « préméditée » et « organisée », sont en hausse.

¹ Le Groupe de travail a limité sa définition de la RGT à deux territoires statistiques qu'utilise l'Agence statistique d'assurance générale (ASAG). Ces territoires comprennent la ville de Toronto, la région de Peel ainsi que des parties de la région de York (dont Newmarket, Vaughan, Richmond Hill et Markham) et de la région de Durham (dont Pickering, Ajax, Whitby et Oshawa).

Coûts de l'assurance-automobile

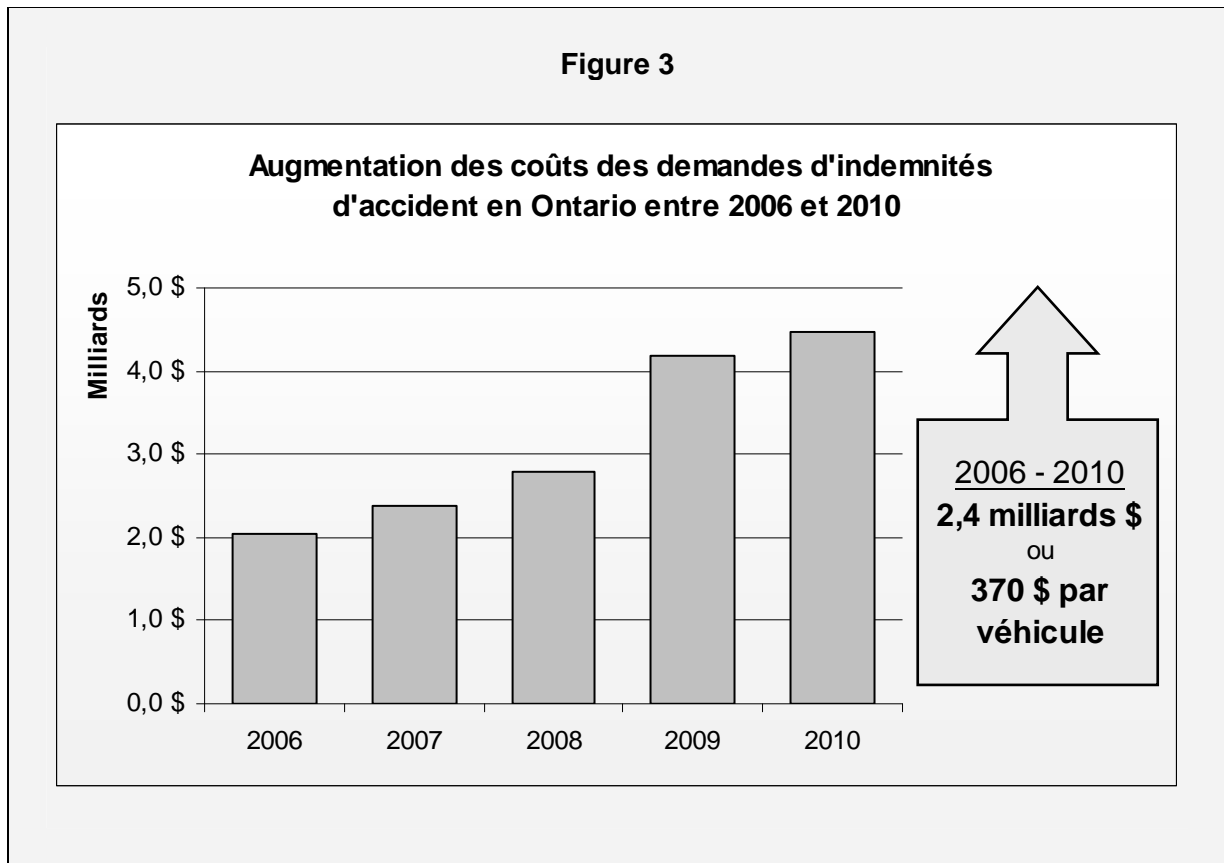
Remarque : Les définitions et les sources de toutes les données utilisées dans la présente section sont énoncées à l'annexe 3 du rapport.

Un examen des données accessibles sur les demandes de règlement d'assurance-automobile indique que les coûts financiers des sinistres augmentent à un rythme très rapide. La figure 2 montre la hausse des coûts globaux des demandes de règlement d'assurance-automobile en Ontario entre 2006 et 2010. Les données démontrent que les coûts globaux des sinistres ont augmenté de 3 milliards de dollars ou d'environ 450 \$ par véhicule immatriculé.



Comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, l'assurance-automobile en Ontario comporte plusieurs types différents de garantie, comme l'assurance de responsabilité civile et l'assurance-indemnités d'accident. Afin de comprendre les causes de l'importante augmentation de l'ensemble des sinistres, le Groupe de travail a examiné les coûts de ceux-ci pour chacun des types de garantie couverts par une police d'assurance-automobile en Ontario.

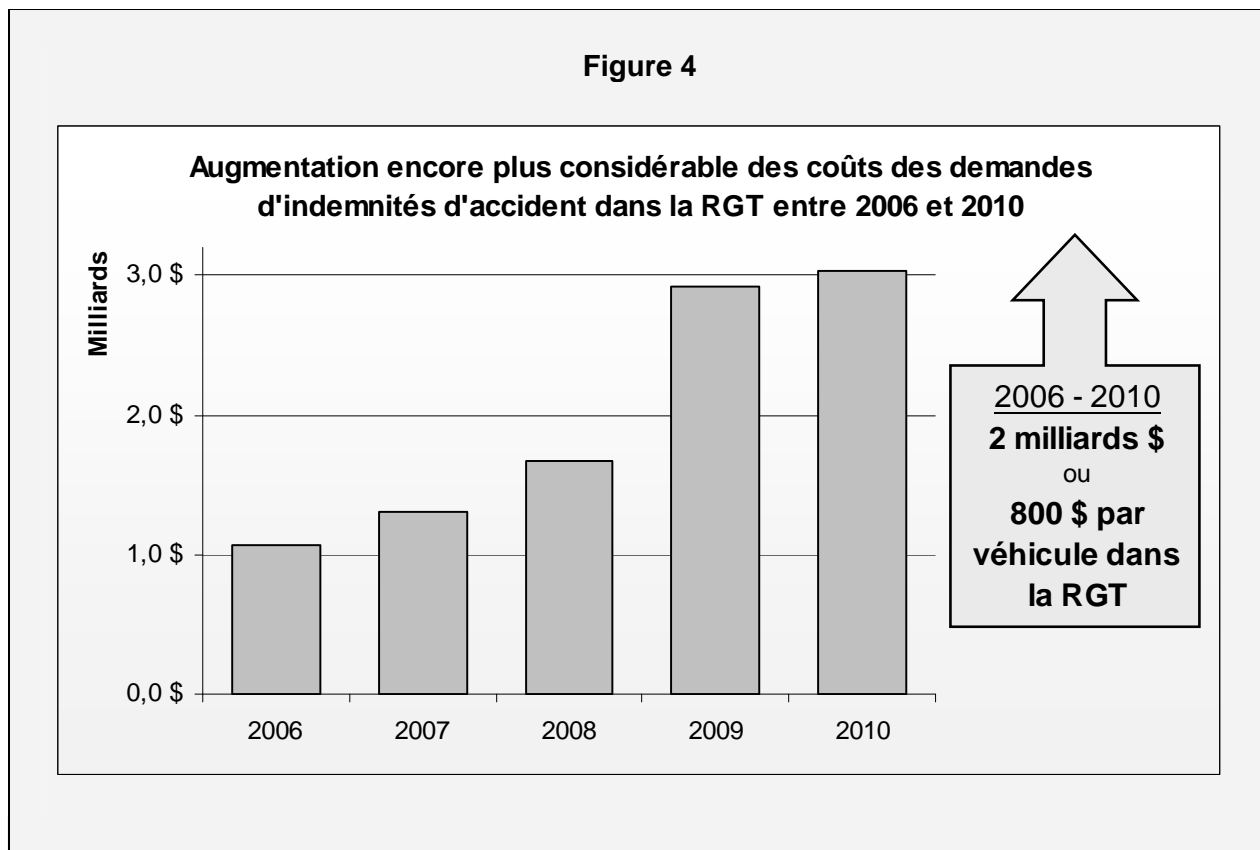
La garantie qui a affiché la croissance des coûts la plus fulgurante était l'assurance-indemnités d'accident.² La figure 3 présente l'augmentation des coûts des indemnités d'accident entre 2006 et 2010. Ces coûts ont plus que doublé entre 2006 et 2010, augmentant de 118 pour cent. Sur l'augmentation de 3 milliards de dollars des coûts totaux de sinistres, 2,4 milliards de dollars ou 80 pour cent proviennent des coûts des indemnités d'accident.



L'analyse des coûts des demandes d'indemnités d'accident à l'échelle régionale indique que la majorité de l'augmentation de 118 pour cent des coûts présentés à la figure 3 est attribuable à la RGT. En fait, bien que la RGT ne représente qu'un peu plus du tiers des véhicules assurés en Ontario, elle représentait plus de 80 pour cent de l'augmentation des coûts des demandes d'indemnités d'accident au cours des dernières années.

² La figure 16 compare les variations des coûts de certains types de demandes d'indemnités d'accident et celles des coûts des sinistres pour d'autres types de garanties d'assurance-automobile.

La figure 4 présente la hausse des coûts des demandes d'indemnités d'accident dans la RGT entre 2006 et 2010. Les montants « par véhicule » indiqués aux figures 2 et 3 ont été calculés en fonction des quelque 6,6 millions de véhicules assurés en Ontario, tandis que le montant « par véhicule » indiqué à la figure 4 est calculé en fonction des 2,4 millions de véhicules assurés dans la RGT.

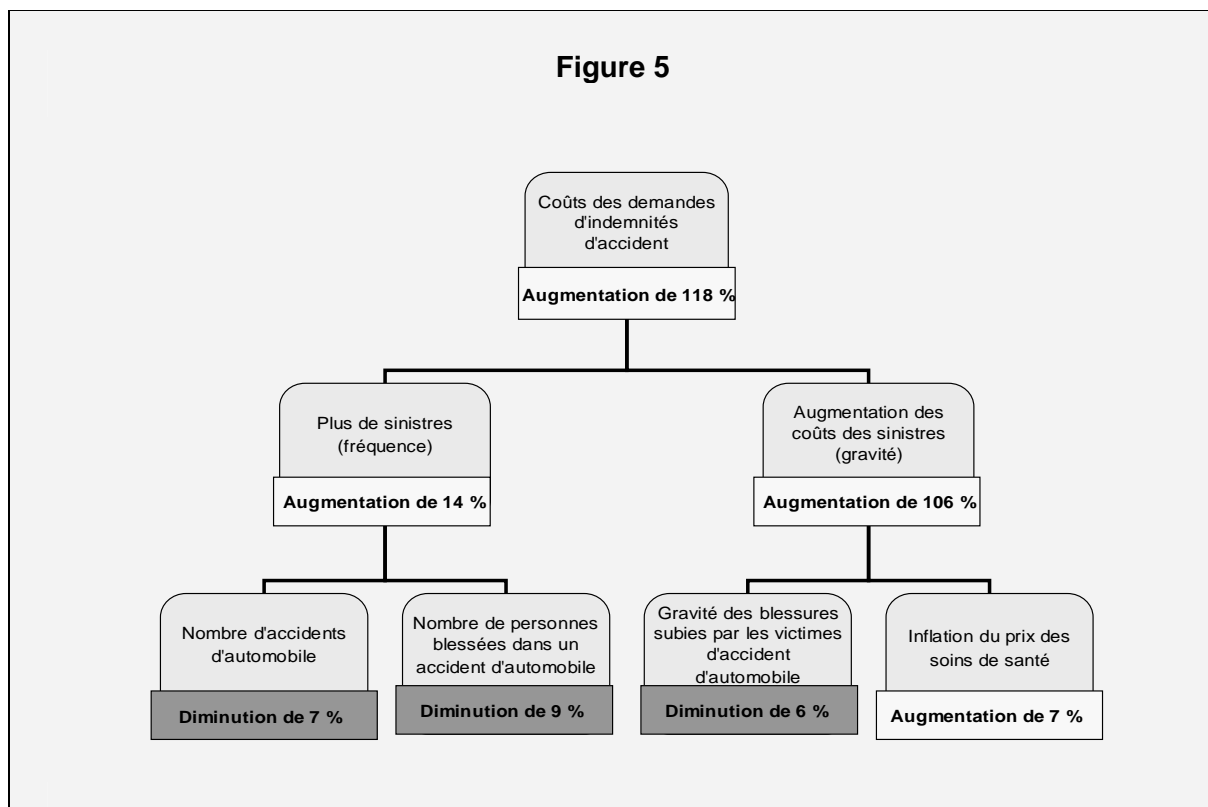


Sur l'augmentation de 2,4 milliards de dollars des coûts des demandes d'indemnités d'accident en Ontario pendant cette période, 2 milliards de dollars étaient attribuables à la RGT, soit 800 \$ par véhicule assuré dans cette région en 2010.

Les facteurs qui devraient habituellement entraîner une augmentation des coûts ne peuvent expliquer la hausse de 2,4 milliards de dollars des coûts des demandes d'indemnités d'accident survenue en Ontario entre 2006 et 2010. Le Groupe de travail a examiné plusieurs des facteurs qui devraient augmenter ou réduire les coûts des demandes de règlement d'assurance-automobile. La figure 5 présente un diagramme de ces « facteurs de coût » et la façon dont ils ont évolué entre 2006 et 2010.

Ce que l'on peut constater en examinant la figure 5 est qu'un élément entraîne la hausse des coûts des indemnités d'accident (et donc des coûts globaux des demandes de règlement d'assurance-automobile) à un rythme alarmant, alors que bon nombre des facteurs normaux qui influent sur ces coûts diminuent ou n'augmentent que légèrement. La majeure partie de l'augmentation des coûts indemnités d'accident provient de la « gravité » des coûts des sinistres, contrairement à la « fréquence » des sinistres. En conséquence, le coût d'une demande de règlement moyenne était considérablement plus élevé en 2010 qu'en 2006. Cependant, l'examen des facteurs qui influent sur la gravité, présentés à la figure 5, indique que la gravité des blessures subies par les victimes d'accident d'automobile a, en réalité, diminué de six pour cent entre 2006 et 2010.

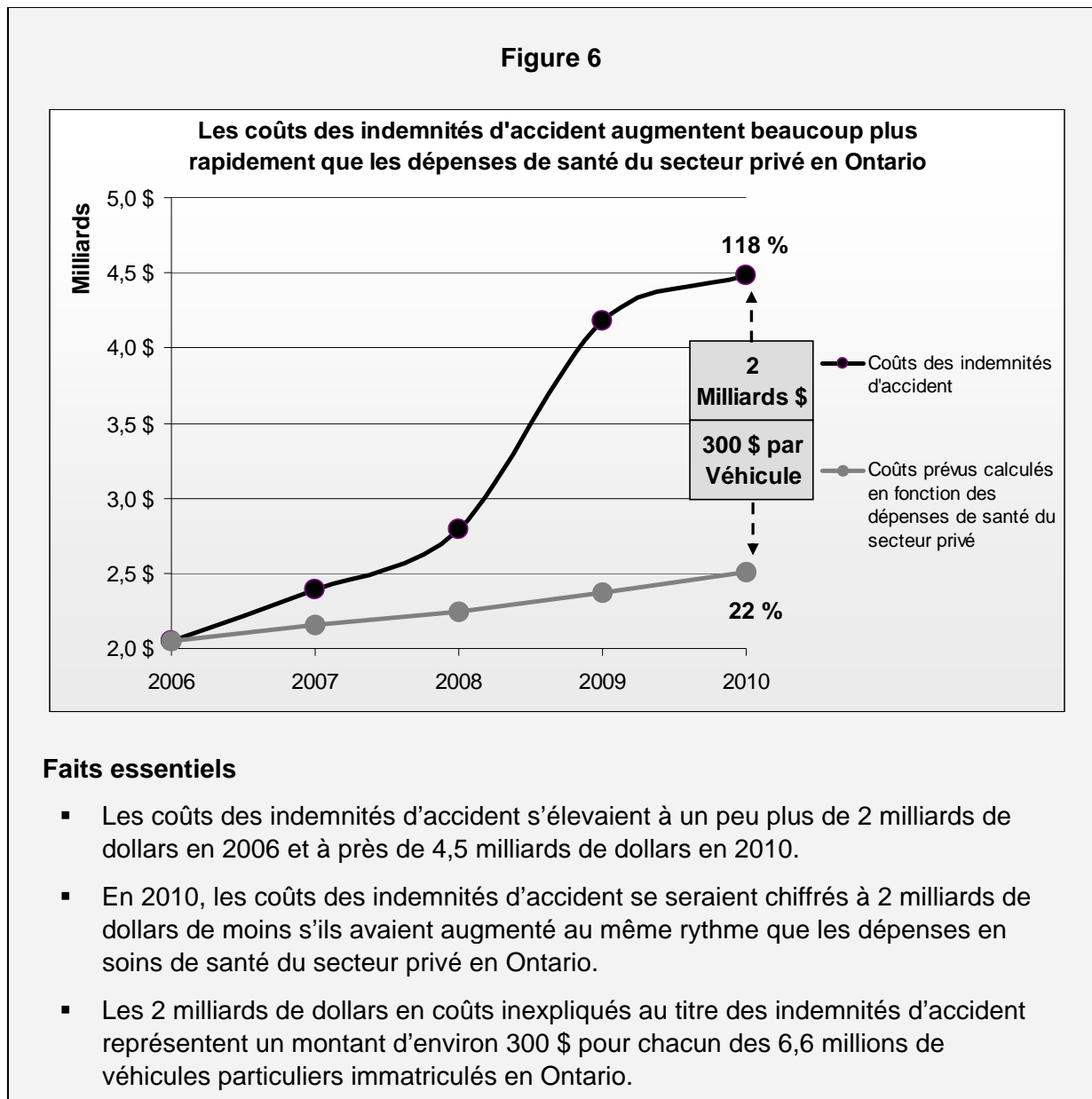
Le reste de la présente sous-section présente une étude plus approfondie de la relation entre les facteurs de coût cernés et des données plus détaillées sur les demandes d'indemnités d'accident.



La majeure partie des coûts de sinistres engagés en vertu de l'assurance-indemnités d'accident du système ontarien d'assurance-automobile couvrent soit le traitement, soit l'évaluation des blessures subies à la suite d'un accident de véhicule motorisé.

La figure 6 présente l'écart remarquable entre les variations des coûts des indemnités d'accident et celles des dépenses en soins de santé du secteur privé en Ontario. Elle compare plus précisément :

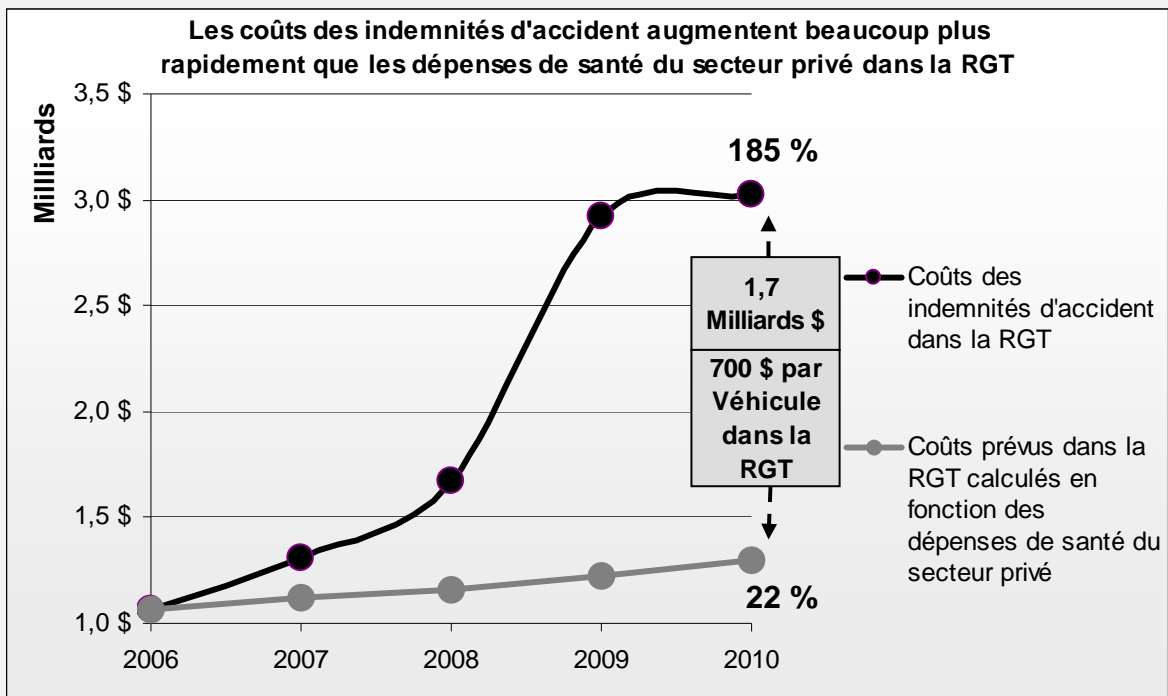
- la variation réelle des coûts des indemnités d'accident en Ontario;
- la variation des coûts des indemnités d'accident qui se serait produite si ceux-ci avaient évolué au même rythme que les dépenses en soins de santé du secteur privé en Ontario³.



³ Les dépenses du secteur privé comprennent les indemnités d'assurance-maladie versées par les sociétés d'assurance, les dépenses du secteur privé liées à la recherche en santé, au matériel et à la construction et les menues dépenses des particuliers en soins de santé.

Comme l'indiquent les figures 3 et 4, les hausses des coûts des indemnités d'accident entre 2006 et 2010 étaient concentrées dans la RGT. La figure 7, qui reprend le cadre de la figure 6 pour l'appliquer à la RGT, démontre que si les dépenses en soins de santé du secteur privé avaient varié au même rythme que dans l'ensemble de l'Ontario, la portion inexpliquée des coûts qui a augmenté plus rapidement que les dépenses en soins de santé du secteur privé s'élèverait à plus de 700 \$ par véhicule assuré dans la RGT.

Figure 7



Faits essentiels

L'écart illustré à la figure 7 indique la rapidité avec laquelle les coûts des indemnités d'accident ont augmenté dans la RGT comparativement aux dépenses en soins de santé du secteur privé dans l'ensemble de l'Ontario. Le Groupe de travail a en outre analysé les données des régions urbaines autres que la RGT et celles des régions rurales ontariennes. Le tableau suivant montre que, même si les coûts des indemnités d'accident ont augmenté plus rapidement que les dépenses en soins de santé du secteur privé dans l'ensemble de la province, les hausses les plus importantes sont concentrées dans la RGT.

Augmentation rapide des coûts des indemnités d'accident en Ontario entre 2006 et 2010

Région	Augmentation des coûts des indemnités d'accident (millions de dollars)	Augmentation prévue en fonction des dépenses en soins de santé du secteur privé (millions de dollars)	Écart par véhicule assuré dans la région
RGT	1 967 \$	236 \$	715 \$
Régions urbaines autres que la RGT	306 \$	113 \$	95 \$
Régions rurales	158 \$	106 \$	24 \$

Afin d'étudier plus en profondeur les raisons pour lesquelles il semble y avoir un si grand écart entre les coûts réels des indemnités d'accident et ceux qui pourraient être « normalement » prévus compte tenu des dépenses en soins de santé du secteur privé, le Groupe de travail a examiné les facteurs qui influent sur les coûts des demandes de règlement d'assurance.

Les coûts des demandes de règlement sont influencés par deux facteurs :

- la fréquence des sinistres ou le nombre de fois où ils surviennent. Plus la fréquence est grande, plus le nombre de demandes payées par les assureurs est élevé, augmentant par conséquent les coûts des sinistres et entraînant une hausse des primes pour les consommateurs;
- la gravité des sinistres ou leur importance. Une gravité accrue entraîne une augmentation du coût moyen, accroissant par conséquent les coûts des sinistres et entraînant une hausse des primes.

Les coûts peuvent en outre être influencés par les réformes gouvernementales du système d'assurance-automobile qui influent sur la fréquence ou la gravité des sinistres. Les graphiques de la présente section utilisent des données de 2006 à 2009 ou de 2006 à 2010. Les réformes de septembre 2010 ont vraisemblablement eu certaines répercussions sur les coûts au dernier trimestre de 2010. Outre ces réformes, le gouvernement n'a apporté aucune modification importante au système d'assurance-automobile entre 2006 et 2010. Les réformes de 2010 n'ont donc pas eu d'incidence majeure sur les renseignements présentés dans les figures qui suivent.

Le Groupe de travail a examiné plusieurs facteurs qui pourraient normalement accroître la gravité ou la fréquence des sinistres.

Fréquence des sinistres

La fréquence des sinistres est une mesure du nombre de fois qu'ils se produisent. Il va de soi que la fréquence des demandes de règlement d'assurance-automobile augmente en fonction de deux facteurs principaux :

- la hausse du nombre de collisions de véhicules automobiles causant des blessures dans une année donnée. Le ministère des Transports les définit comme étant des « collisions causant des lésions corporelles » dans son Rapport annuel sur la sécurité routière en Ontario (RASRO);
- la hausse du nombre de personnes blessées lors de collisions de véhicules automobiles dans une année donnée.⁴

Les demandes de règlement d'assurance-automobile comprennent les sinistres survenus en vertu de plusieurs types de garantie offerts par une police d'assurance-automobile standard, comme les indemnités d'accident. La fréquence des demandes d'indemnités d'accident est généralement mesurée en fonction du nombre de demandes d'indemnité par tranche de 100 véhicules assurés. Par exemple, s'il y a 100 véhicules assurés en Ontario et que cinq demandes d'indemnités d'accident sont présentées dans une année donnée, la fréquence des sinistres pour cette année-là sera de cinq par tranche de 100 véhicules.

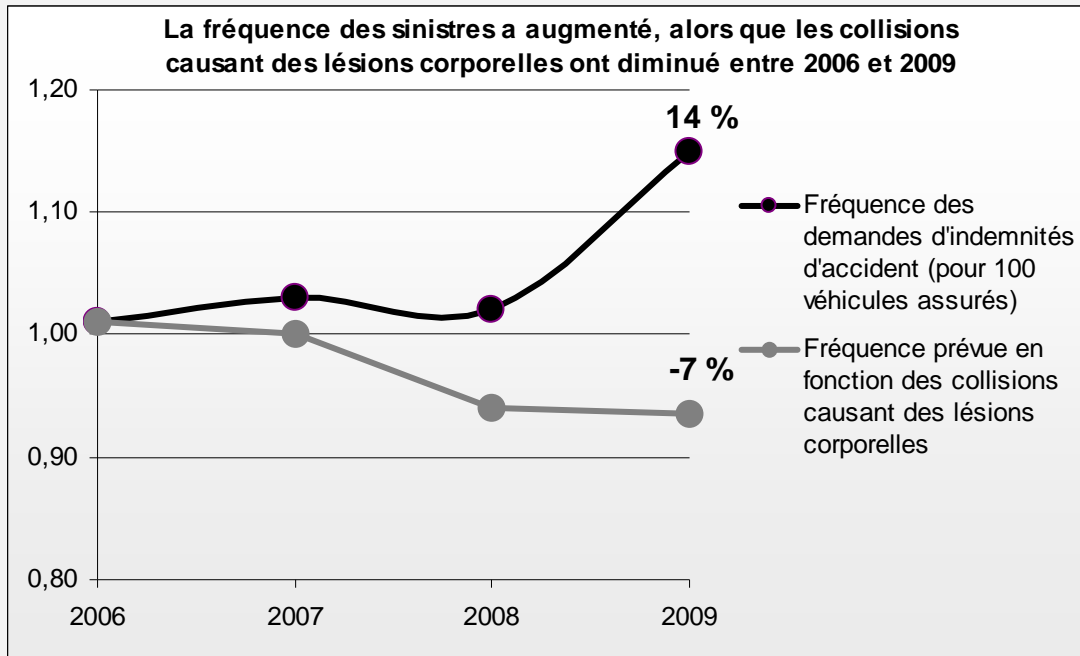
Les figures 8 et 9 montrent comment les facteurs de fréquence des sinistres sont liés à la fréquence des demandes d'indemnités d'accident en Ontario. Elles indiquent également les écarts entre la fréquence réelle des demandes d'indemnités d'accident et la fréquence prévue compte tenu des changements des principaux facteurs.

Les figures 8 et 9 tiennent en outre compte des données ontariennes de 2006 à 2009. Le Groupe de travail ne dispose pas des données nécessaires pour faire une comparaison régionale entre la fréquence des sinistres et les collisions causant des lésions corporelles ou les blessures découlant des collisions de véhicules automobiles. Nous avons cependant déterminé qu'il convenait de noter les tendances régionales en matière de fréquence des demandes d'indemnités d'accident dans le présent rapport :

- pour l'ensemble de l'Ontario : une hausse de 14 pour cent;
- pour la RGT : une hausse de 28 pour cent;
- pour les régions urbaines ontariennes autres que la RGT : aucun changement;
- pour les régions rurales ontariennes : diminution de 8 pour cent.

⁴ Le ministère des Transports fait état de ces deux « facteurs de fréquence » dans le RASRO. En raison de la nature complexe de certains types de blessures que peuvent subir les victimes de collisions de véhicules automobiles, le Groupe de travail ne s'attend pas à ce que ces données soient des indicateurs entièrement précis de la fréquence des demandes de règlement d'assurance-automobile. Cependant, il va de soi que la fréquence des demandes de règlement d'assurance-automobile est toujours étroitement et presque invariablement liée au nombre de collisions de véhicules automobiles causant des lésions corporelles ou au nombre de personnes blessées lors de ces collisions.

Figure 8

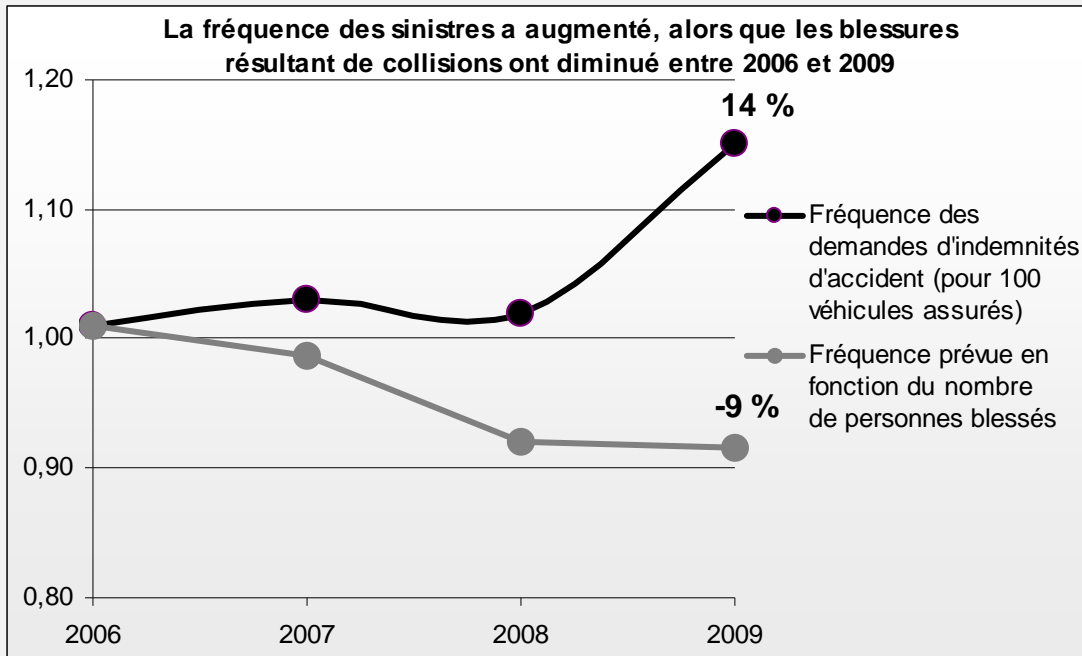


La figure 8 montre l'écart entre la fréquence réelle des demandes d'indemnités d'accident et les collisions causant des lésions corporelles. Les deux lignes commencent à la fréquence réelle des demandes d'indemnités d'accident en 2006, puis divergent selon le taux réel de changement de chaque variable entre 2006 et 2009.

Faits essentiels

- En 2009, il y a eu 3 500 collisions causant des lésions corporelles de moins qu'en 2006.
- Le nombre de demandes d'indemnités d'accident par tranche de 100 véhicules assurés en Ontario a augmenté de 14 pour cent au cours de cette même période.

Figure 9



La figure 9 montre l'écart entre la fréquence réelle des demandes d'indemnités d'accident et le nombre de personnes blessées dans des collisions de véhicules automobiles. Comme dans la figure 8, les deux lignes commencent à la fréquence des demandes d'indemnités d'accident en 2006, puis divergent selon le taux réel de changement de chaque variable entre 2006 et 2009.

Faits essentiels

- En 2009, 6 400 personnes de moins ont été blessées dans une collision de véhicules automobiles qu'en 2006.
- Comme l'indique la figure 8, le nombre de demandes d'indemnités d'accident par tranche de 100 véhicules a augmenté de 14 pour cent au cours de cette même période.
- Le nombre de collisions de véhicules automobiles et le nombre de lésions corporelles causées par celles-ci ont diminué entre 2006 et 2009. Cependant, la fréquence des demandes d'indemnités d'accident a augmenté de 14 pour cent.

Gravité des sinistres

La gravité des sinistres est une mesure du coût moyen des sinistres. Deux principaux facteurs influent sur le coût moyen des demandes d'indemnités d'accident :

- l'inflation ou l'augmentation du coût du traitement de la même blessure d'une année à l'autre;
- l'étendue ou la gravité de la blessure subie par la victime de la collision.⁵

La gravité des demandes d'indemnités d'accident est mesurée en fonction des coûts des sinistres par véhicule assuré. Par exemple, s'il y a 10 véhicules assurés en Ontario et que les assureurs paient une somme totale de 1 000 \$ en indemnités d'accident dans une année donnée, la gravité de ces demandes pour cette année-là est de 100 \$ par véhicule assuré.

Pour mesurer l'inflation, le Groupe de travail s'est servi de l'indice des prix à la consommation (IPC) pour les soins de santé en Ontario. L'IPC pour les soins de santé mesure la variation des prix de ceux-ci d'une année à l'autre.

Afin de mesurer l'étendue ou la gravité des blessures subies par les victimes de collisions de véhicules automobiles, le Groupe de travail a utilisé les renseignements sur la gravité des blessures tirés du RASRO, qui renferme des données sur les catégories de blessures suivantes :

- mortelles – la personne est tuée sur le coup ou dans les 30 jours suivant la collision de véhicules automobiles;
- graves – la personne a été admise à l'hôpital pour recevoir un traitement ou être mise en observation;
- mineures – la personne est allée à l'hôpital et a été traitée à la salle des urgences, mais n'y a pas été admise;
- minimales – la personne n'est pas allée à l'hôpital lorsqu'elle a quitté les lieux de la collision.

Le Groupe de travail s'est servi du nombre total de blessures qu'ont subies les victimes de collisions de véhicules automobiles qui sont allées à l'hôpital (blessures mortelles, graves et mineures) comme mesure de la gravité des blessures en Ontario.

Les figures 10 et 11 montrent comment les facteurs relatifs à la gravité des sinistres décrits ci-dessus sont liés à la gravité réelle des demandes d'indemnités d'accident en Ontario.

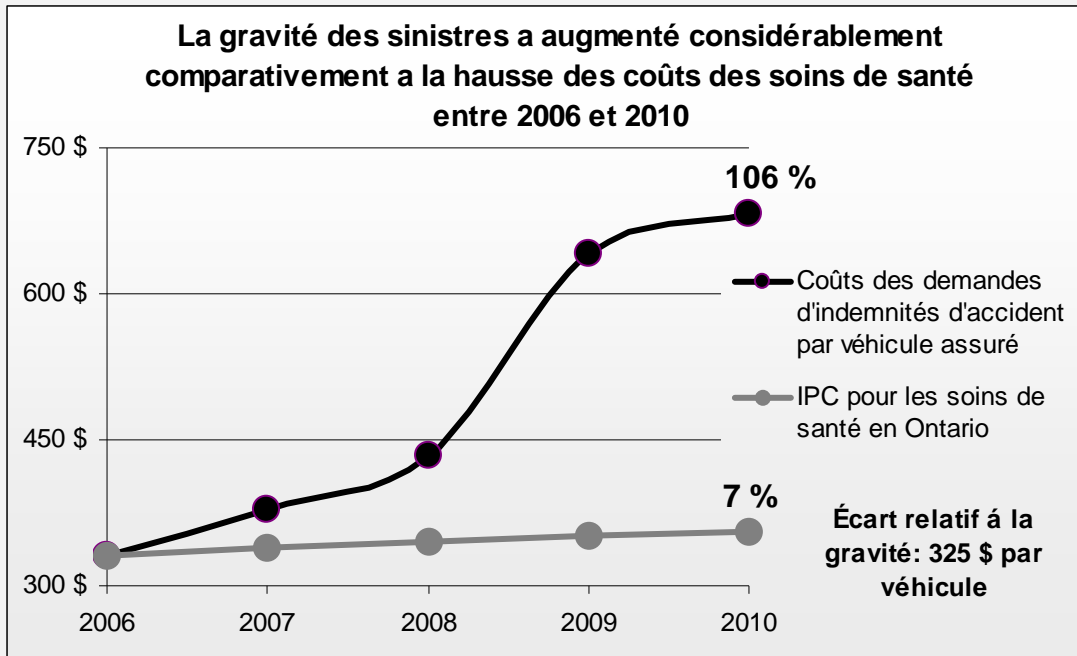
⁵ Comme pour les « facteurs de fréquence » décrits ci-dessus, le Groupe de travail ne s'attend pas à ce que ces « facteurs de gravité » prévoient parfaitement la gravité des demandes de règlement d'assurance-automobile. Nous sommes d'avis que les tendances générales relatives à ces facteurs devraient être relativement semblables à celles du système d'assurance-automobile.

Tout comme les figures relatives à la fréquence des sinistres ci-dessus, les figures 10 et 11 montrent les « écarts » entre ce qui s'est véritablement passé et ce à quoi on s'attendrait compte tenu de l'évolution des principaux facteurs.

Les graphiques des figures 10 et 11 tiennent compte des données ontariennes de 2006 à 2009 ou 2010. Le Groupe de travail ne dispose pas des données nécessaires pour faire une comparaison régionale entre la gravité des sinistres et les collisions causant des lésions corporelles ou les blessures découlant des collisions de véhicules automobiles. Nous avons cependant déterminé qu'il convenait de noter les tendances régionales en matière de gravité des demandes d'indemnités d'accident dans le présent rapport :

- pour l'ensemble de l'Ontario : une hausse de 106 pour cent;
- pour la RGT : une hausse de 168 pour cent;
- pour les régions urbaines ontariennes autres que la RGT : une hausse de 50 pour cent;
- pour les régions rurales ontariennes : une hausse de 26 pour cent.

Figure 10



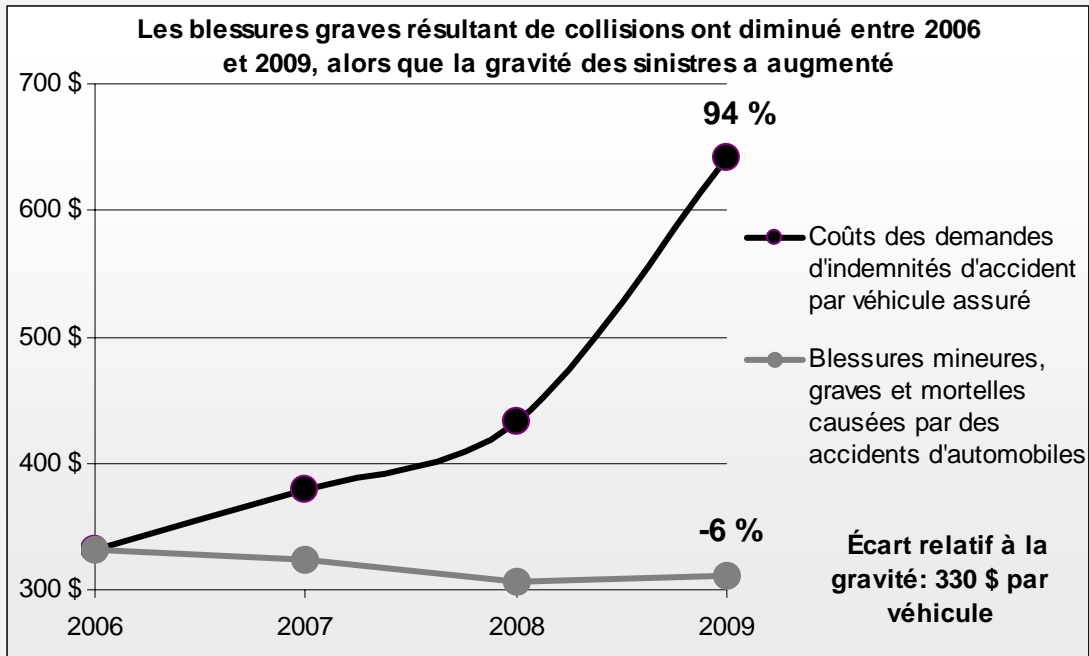
La figure 10 montre l'écart entre la gravité réelle des demandes d'indemnités d'accident et l'augmentation des prix des soins de santé payés par les consommateurs entre 2006 et 2010.

Les deux lignes commencent aux coûts des demandes d'indemnités d'accident par véhicule assuré en 2006, puis divergent selon le taux réel de changement de chaque variable entre 2006 et 2010.

Faits essentiels

- L'IPC pour les soins de santé de l'Ontario a augmenté de 7 pour cent entre 2006 et 2010, tandis que la gravité des demandes d'indemnités d'accident a augmenté de plus de 100 pour cent.
- Si la gravité des demandes d'indemnités d'accident avait suivi la même évolution que l'IPC pour les soins de santé de l'Ontario, les coûts des sinistres par véhicule assuré se seraient chiffrés à 325 \$ de moins en 2010.

Figure 11



La figure 11 montre l'écart entre la gravité réelle des demandes d'indemnités d'accident et la variation du nombre de blessures mineures, graves et mortelles causées par des collisions de véhicules automobiles entre 2006 et 2009.

Comme dans la figure 10, les deux lignes commencent aux coûts des demandes d'indemnités d'accident par véhicule assuré en 2006, puis divergent selon le taux réel de changement de chaque variable entre 2006 et 2009.

Faits essentiels

- Le nombre de blessures mineures, graves et mortelles causées par des collisions de véhicules automobiles en Ontario a diminué de 6 pour cent entre 2006 et 2009.
- La gravité des demandes d'indemnités d'accident a augmenté de 94 pour cent au cours de cette même période.
- Si la gravité des demandes d'indemnités d'accident avait suivi la même évolution que le nombre de blessures causées lors de collisions de véhicules automobiles et entraînant des visites à l'hôpital, les coûts des sinistres par véhicule assuré se seraient chiffrés à 330 \$ de moins en 2009.

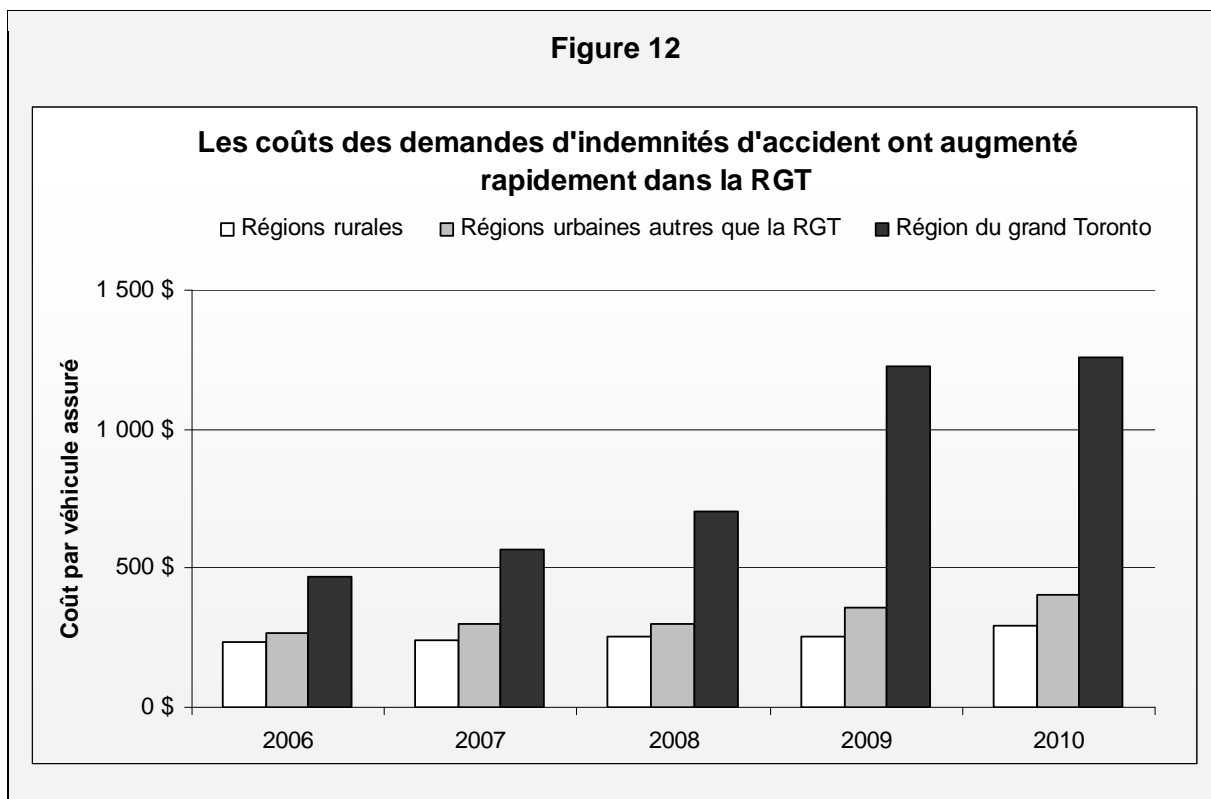
Différences géographiques : la RGT par rapport au reste de l'Ontario

Comme nous l'avons mentionné, il existe d'importants écarts entre les variations réelles de la fréquence et de la gravité des demandes d'indemnités d'accident et celles auxquelles on s'attendrait normalement en se fondant sur les données dont nous disposons.

Il existe des différences entre les coûts globaux des sinistres dans les diverses régions de l'Ontario. Les coûts dans la RGT sont généralement plus élevés que ceux des régions rurales de la province; on s'attend donc à ce que les coûts des demandes d'indemnités d'assurance suivent cette tendance et à ce qu'il y ait une différence entre ceux-ci d'une région à l'autre. Cependant, l'écart entre la RGT et le reste de l'Ontario s'est accru considérablement au cours des dernières années et, une fois de plus, l'ampleur de l'écart ne peut pas aisément s'expliquer à l'aide des données dont nous disposons, comme la croissance des différences de coûts.

En 2006, le coût des demandes d'indemnités d'accident par véhicule dans la RGT était un peu plus du double de celui des régions rurales ontariennes. En 2010, le coût par véhicule dans la RGT était plus de quatre fois supérieur à celui des régions rurales de l'Ontario.

La figure 12 montre les variations des coûts des demandes d'indemnités d'accident dans la RGT, les régions urbaines autres que la RGT et les régions rurales ontariennes. Afin que la croissance démographique n'ait pas d'incidence sur les données, les coûts des sinistres par véhicule assuré sont utilisés. Un écart croissant manifeste existe entre les coûts des indemnités d'accident dans la RGT et ceux des autres régions de l'Ontario.



Différences géographiques : l'Ontario par rapport aux autres provinces

Jusqu'à maintenant, notre analyse était axée sur ce qui est arrivé aux demandes d'indemnités d'accident en Ontario comparativement à ce à quoi on pourrait s'attendre, compte tenu de certains facteurs déterminés à l'origine des hausses de coûts.

Une autre façon de se pencher sur la situation ontarienne est d'examiner ce qui est véritablement arrivé ici comparativement aux autres provinces qui ont des régimes d'assurance-automobile semblables.

Les trois figures qui suivent donnent un aperçu de l'augmentation des coûts, de la gravité et de la fréquence des indemnités d'accident dans cinq provinces canadiennes où la couverture est assurée par des compagnies privées.

Même dans les provinces où l'assurance-automobile est offerte par des sociétés privées, la couverture des polices d'assurance-automobile varie considérablement. Par exemple, le plafond standard des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation sans égard à la responsabilité varie de 10 000 \$ à 50 000 \$ entre les provinces, ce qui signifie que les coûts de la garantie d'indemnités d'accident varieront eux aussi considérablement.

Les figures 13 à 15 suivent les variations des coûts des indemnités d'accident dans les « provinces assurées par le secteur privé ». Nous n'avons tenu compte que des provinces qui comptaient plus de 100 000 véhicules assurés en 2010 et qui avaient en outre des régimes d'assurance-automobile privés. Afin de n'indiquer que les variations de coûts, le point de départ pour chaque province a été établi à 100 en 2006 – le nombre change ensuite selon la variation annuelle en pourcentage dans chaque province. Les données révèlent des taux de croissance des coûts, de la gravité et de la fréquence des indemnités d'accident beaucoup plus élevés en Ontario que dans toute autre province ayant fait l'objet de l'examen.

Figure 13

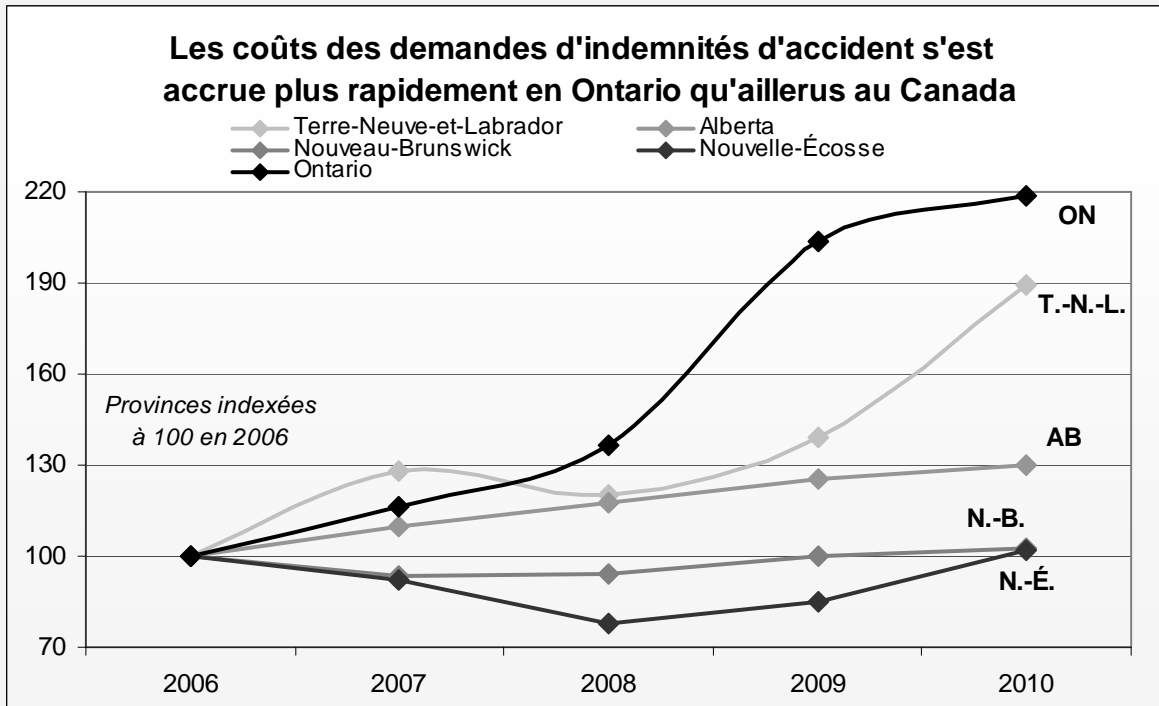


Figure 14

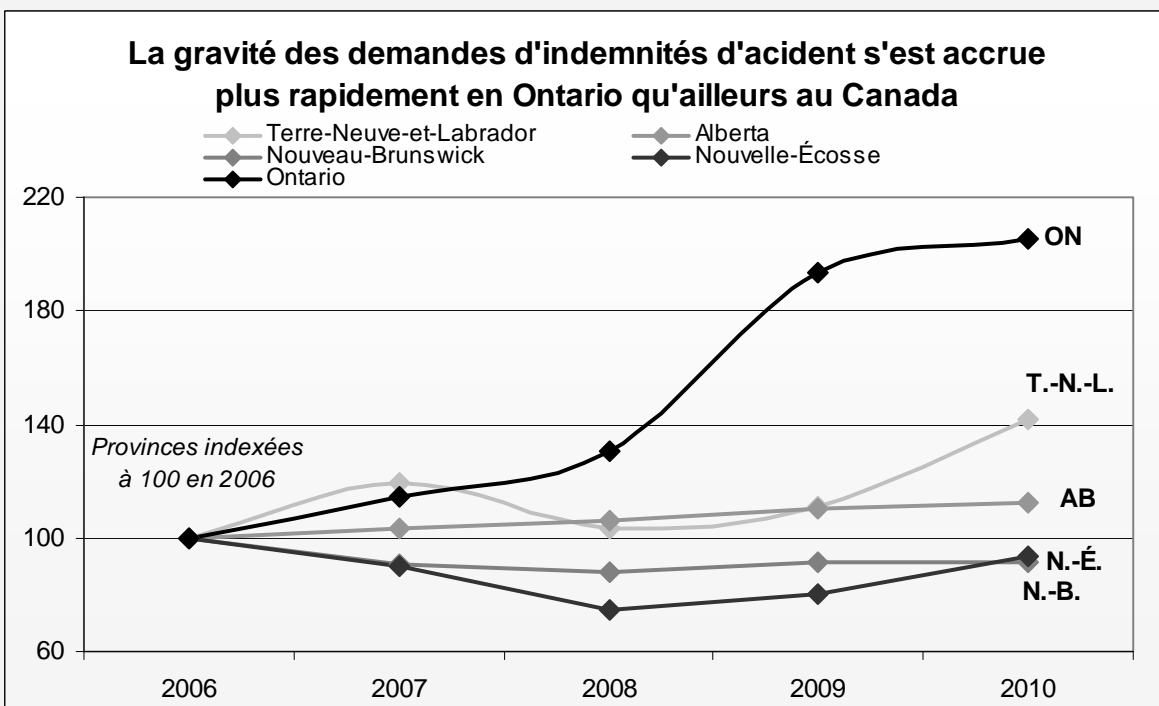
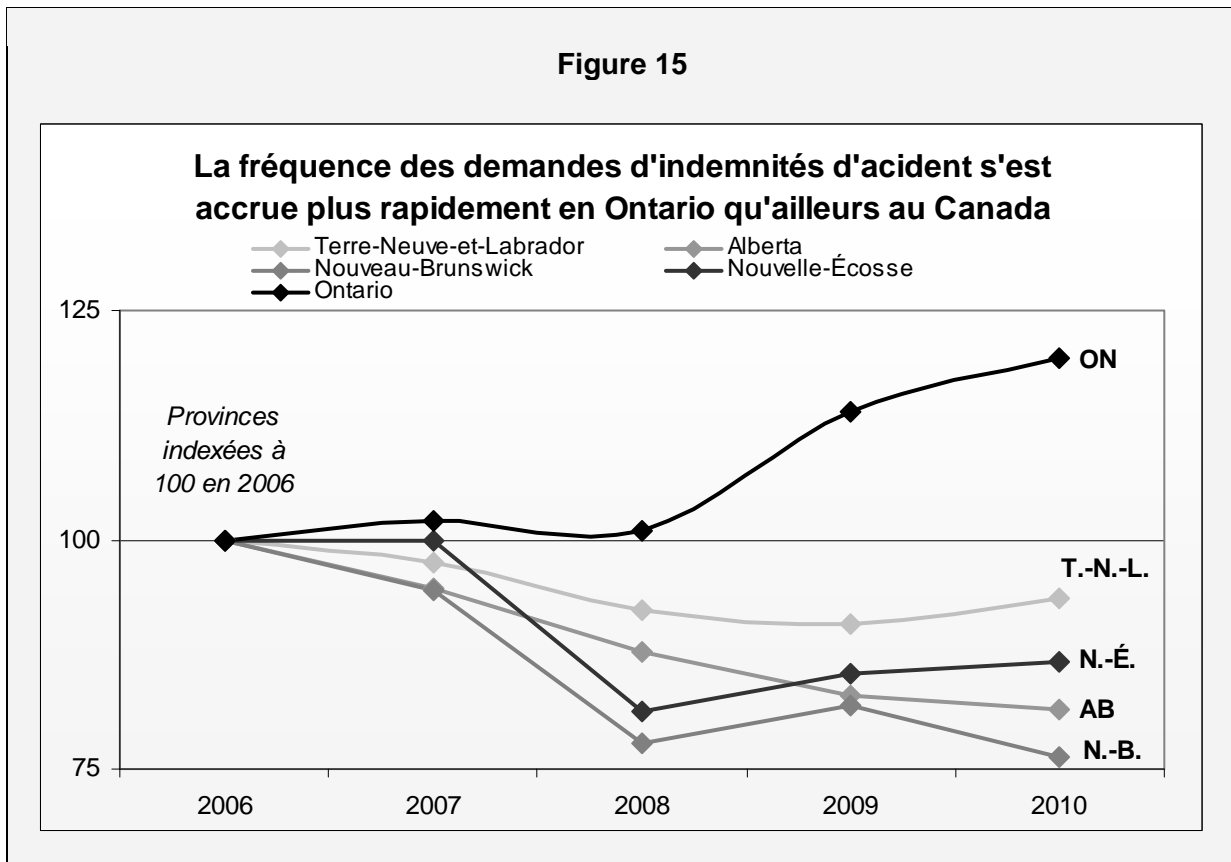


Figure 15



Tendances relatives à la garantie d'indemnités d'accident

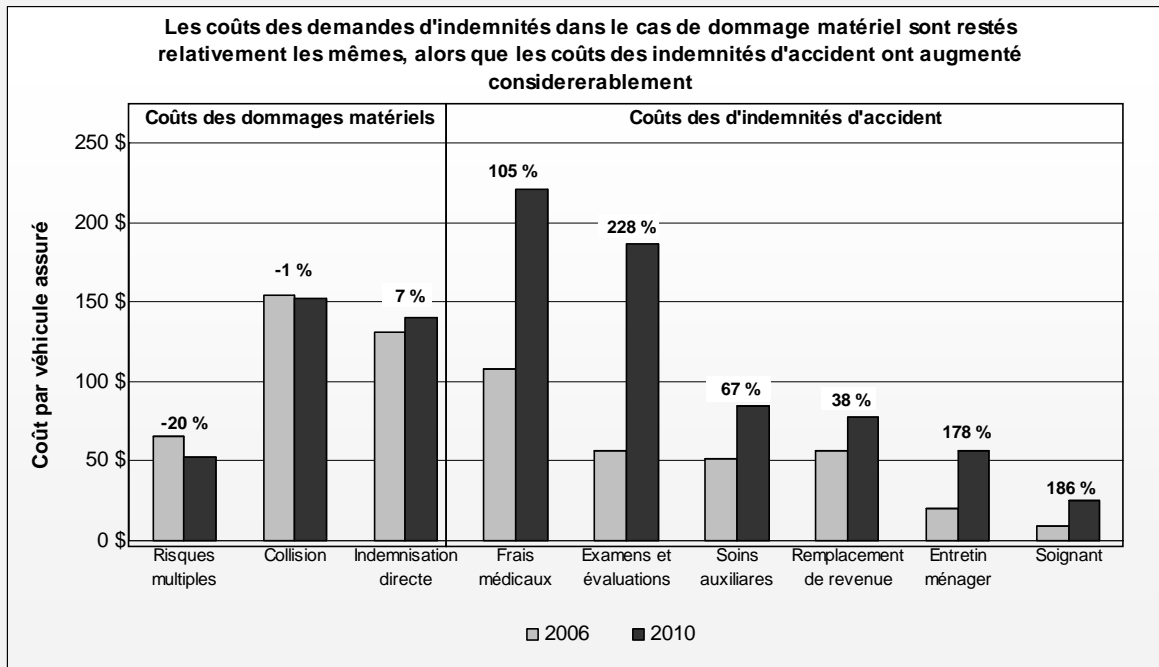
La garantie d'indemnités d'accident offre plusieurs indemnités différentes aux victimes de collisions de véhicules automobiles. Les indemnités suivantes faisaient toutes partie des indemnités d'accident de base offertes aux Ontariennes et aux Ontariens jusqu'aux réformes de septembre 2010 :

- indemnités pour frais médicaux et de réadaptation, qui couvrent le coût des dépenses raisonnables et nécessaires en matière de soins médicaux et de réadaptation, comme la physiothérapie;
- indemnités de soins auxiliaires, qui remboursent les coûts d'une aide pour prendre soin d'un assuré qui a été gravement blessé lors d'une collision de véhicules automobiles;
- indemnité de remplacement de revenu, qui remplace 70 pour cent du revenu à hauteur du plafond de la garantie si un assuré ne peut pas travailler à la suite d'une collision de véhicules automobiles;
- indemnité de soignant, qui rembourse les dépenses qu'une personne assurée engage afin d'embaucher quelqu'un pour prendre soin de ses personnes à charge si elle s'en occupait à temps plein et qu'elle ne peut plus le faire à la suite d'une collision de véhicules automobiles (il s'agit maintenant d'une indemnité facultative depuis les réformes de septembre 2010);

- frais de travaux ménagers et d'entretien du domicile, qui paient les dépenses additionnelles raisonnables et nécessaires pour embaucher quelqu'un qui assumera les tâches habituelles d'un assuré si ce dernier ne peut pas les accomplir à la suite d'une collision de véhicules automobiles (il s'agit maintenant d'indemnités facultatives depuis les réformes de septembre 2010).

En examinant les données relatives aux coûts de certains types d'indemnités offertes en vertu de la garantie d'indemnités d'accident au cours des dernières années, le Groupe de travail a relevé plusieurs tendances inexplicables. Il a également examiné la différence, sur le plan des tendances, entre les types de garantie d'indemnités d'accident et les types de garanties qui prévoient des indemnités pour les dommages subis par les véhicules assurés.

Figure 16



En examinant la figure 16, la différence entre l'augmentation des coûts des dommages matériels entre 2006 et 2010, comparativement à celle des coûts des indemnités d'accident, est frappante.

La figure 16 montre l'augmentation des coûts de certains types d'indemnités d'accident. Elle indique également que les coûts d'« examen et d'évaluation » ont progressé à un rythme beaucoup plus élevé que ceux du traitement médical des blessures.

(suite)

Faits essentiels

- Les coûts d'examen et d'évaluation comprennent ceux des examens exigés par l'assureur, ainsi que ceux qui font partie du plan de traitement préparé par un professionnel de la santé.⁶
- Depuis 2006, les coûts des indemnités pour frais médicaux ont augmenté de 105 pour cent, tandis que ceux des examens et des évaluations ont progressé de 288 pour cent.
- En 2006, les assureurs ont dépensé 1,90 \$ en frais de traitements médicaux et de réadaptation pour les victimes de collisions de véhicules automobiles pour chaque dollar dépensé en frais d'examen et d'évaluation de leurs blessures.
- En 2010, les assureurs ont dépensé moins de 1,20 \$ en frais de traitements médicaux et de réadaptation pour les victimes de collisions de véhicules automobiles pour chaque dollar dépensé en frais d'examen et d'évaluation de leurs blessures.
- Les réformes de septembre 2010 ont eu une grande incidence sur les types de garanties d'indemnités d'accident présentés à la figure 16. Par exemple :
 - les indemnités de soignant et les frais de travaux ménagers sont devenus facultatifs;
 - les montants minimaux de base ou obligatoires des indemnités de soins auxiliaires et des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation ont été réduits;
 - le coût des évaluations a été plafonné à 2 000 \$ par évaluation.

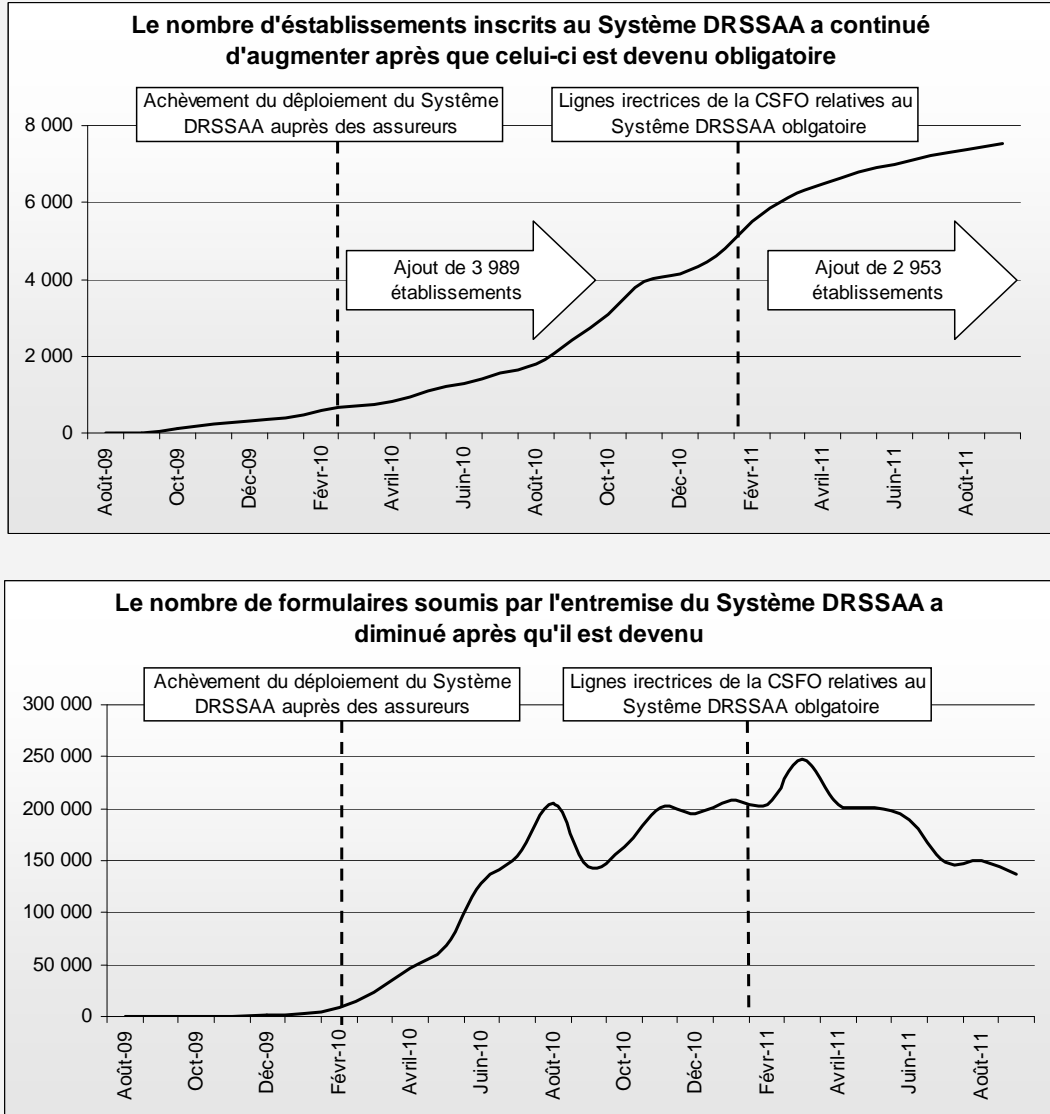
⁶ Les données dont disposait le Groupe de travail n'établissent pas de distinction entre ces deux types d'examens. Cependant, nous tenterons de trouver davantage de renseignements à ce sujet d'ici la fin de notre mandat.

Autres renseignements

Au cours des quatre derniers mois, le Comité directeur et ses comités d'études ont vu plusieurs présentations sur la fraude à l'assurance-automobile et bon nombre d'entre elles ont indiqué que la fraude présente un problème croissant en Ontario. Bien que nous ne disposions d'aucune mesure précise des répercussions de la fraude à l'assurance-automobile, les données empiriques laissent entendre qu'il existe effectivement un problème dans le système d'assurance-automobile de l'Ontario :

- Le système ontarien de règlement des demandes contestées exige que chacune fasse l'objet d'une médiation. De 2006 à 2010, le nombre de demandes de médiation qu'a reçues la CSFO a augmenté de 136 pour cent. Les modifications apportées au système d'assurance-automobile ont entraîné une augmentation appréciable du nombre de demandes de règlement d'assurance-automobile qui sont contestées.
- Le Groupe de travail a reçu des renseignements de nombreuses personnes représentant différents secteurs du système d'assurance-automobile (des fournisseurs de soins de santé aux experts en sinistres, en passant par les consommateurs). Les renseignements et les commentaires fournis comprenaient aussi bien des déclarations d'intérêt relativement au travail du Groupe de travail que des recommandations concernant des mesures antifraude précises. Certaines de ces communications provenaient de personnes qui formulaient des commentaires sur leur propre expérience en matière de fraude et leurs propres connaissances de l'étendue de la fraude au sein du système.
- Le nombre de poursuites civiles intentées par les assureurs contre des cliniques médicales de réadaptation et d'évaluation soupçonnées de participer à la fraude à l'assurance-automobile a augmenté considérablement à la fin de 2010 et en 2011.
- Les tendances relevées dans la base de données transactionnelle des demandes d'indemnités d'accident, le Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA), indiquent une hausse croissante inexplicquée du nombre d'établissements de soins de santé inscrits habilités à facturer les assureurs (voir la figure 17).

Figure 17



La figure 17 indique le nombre d'établissements de soins de santé de l'Ontario qui utilisent le Système DRSSAA. Ils se servent de ce dernier pour facturer aux assureurs les traitements fournis aux victimes blessées lors de collisions de véhicules automobiles.

Faits essentiels

- Depuis le 1^{er} février 2011, les assureurs et les établissements de soins de santé sont obligés d'utiliser le Système DRSSAA.
- Le nombre d'établissements inscrits qui sont habilités à facturer les assureurs au moyen du Système DRSSAA a augmenté de près de 40 pour cent depuis qu'il est devenu obligatoire.
- Le nombre de formulaires présentés par l'entremise du Système DRSSAA a diminué de 45 pour cent entre mars et septembre 2011. Les fournisseurs présentent moins de formulaires qui couvrent de plus longues périodes et davantage de traitements au fur et à mesure qu'ils se familiarisent avec le Système DRSSAA.

Premier stratagème de fraude à l'assurance : l'histoire d'Ariana

Une importante compagnie d'assurance-automobile a fait part au Groupe de travail d'un exemple de stratagème de fraude organisée. L'histoire est celle de l'une des titulaires de police de l'assureur qui s'est présentée pour avouer sa participation au stratagème frauduleux. Les noms des personnes en cause ont été changés pour des raisons de confidentialité.

La titulaire de police qui s'est présentée pour raconter son histoire est une étudiante universitaire qui s'appelle Ariana. Cette dernière a été abordée par Natalie, qu'elle a connue à l'école, qui lui a offert une voiture gratuite en échange de sa participation à un plan.

Organisation de la fraude

L'organisateur de la fraude est allé prendre Ariana à l'école et l'a emmenée souscrire une police auprès de l'assureur. Il a prétendu être son frère et a répondu à la plupart des questions afin de souscrire la police; il a utilisé sa carte de crédit pour payer la première prime d'assurance. On avait dit à Ariana qu'elle devait souscrire l'assurance avant qu'on lui remette la voiture.

Peu après la souscription de l'assurance, l'organisateur a communiqué de nouveau avec Ariana pour l'aviser que le véhicule avait été impliqué dans un accident et qu'elle devait se présenter au centre de déclaration des collisions afin de produire un rapport. Il a donné tous les détails de l'accident à l'agent du centre de déclaration des collisions, pendant qu'Ariana était assise en retrait.

Présentation de la demande de règlement

L'organisateur a ensuite conduit Ariana à une société de location de voitures où ils ont loué un véhicule à son nom. Après avoir pris le véhicule de location, il a conduit Ariana chez un médecin. Ariana n'avait été impliquée dans aucune collision, mais avant de rencontrer le médecin, on lui a montré comment répondre aux questions de celui-ci relativement aux « blessures » qu'elle avait subies.

Le médecin a aiguillé Ariana vers une clinique de physiothérapie qui, selon l'assureur, participait au stratagème. Ariana s'est présentée à la clinique à trois reprises et n'a reçu qu'un seul traitement de 15 minutes. Entre-temps, des factures pour services médicaux ont été envoyées à l'assureur au nom d'Ariana relativement aux traitements qu'elle avait soi-disant reçus.

De plus, deux autres occupants ont été déclarés comme passagers du véhicule d'Ariana au moment de l'accident. Ils ont en outre envoyé des demandes de règlement à l'assureur d'Ariana. Cette dernière a par la suite confirmé à son assureur qu'elle n'avait jamais rencontré l'un ou l'autre de ces passagers.

Conclusion

Ariana a pris la décision de dévoiler à son assureur le stratagème auquel elle avait involontairement contribué. Son histoire est un exemple de preuve empirique fournie au Groupe de travail concernant la nature des stratagèmes de fraude organisée à l'assurance-automobile en Ontario.

Deuxième stratagème de fraude à l'assurance : l'accrochage



Une importante compagnie d'assurance-automobile a donné au Groupe de travail un exemple de collision de véhicules automobiles apparemment mineure qui a donné lieu à la présentation de demandes de règlement de centaines de milliers de dollars en assurance-automobile. Cet exemple de fraude et d'abus du système a en outre été présenté au Symposium annuel sur les affaires réglementaires du Bureau d'assurance du Canada le 27 octobre 2011.

Le véhicule illustré ci-dessus a été impliqué dans une collision. Les dommages subis se limitaient à des égratignures sur le côté droit du pare-chocs arrière.

À la suite de la collision, deux personnes ont présenté plus d'une centaine de formulaires de demandes d'indemnités d'accident à l'assureur, dont 42 formulaires de demandes d'approbation d'évaluation et 66 plans de traitement.

Certains des formulaires présentés comprenaient des demandes de remboursement d'appareils médicaux fonctionnels. Le coût total demandé pour l'un de ces appareils était plus de dix fois supérieur à son prix de vente au détail.

Le coût total des demandes de règlement présentées à l'assureur s'élevait à 214 929,01 \$.

Estimation du coût de la fraude

Une partie du mandat du Groupe de travail est de déterminer la portée et la nature de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario.

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, bien que nous ayons été informés d'histoires de fraude isolées par de nombreuses personnes, d'autres nous ont dit que le secteur de l'assurance exagérait les allégations de fraude. On a plus particulièrement exprimé du scepticisme à l'égard des montants que les porte-parole du secteur attribuaient à la fraude.

Pendant un certain temps, on a estimé à 1,3 milliard de dollars le coût de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario. Nous avons tenté de comprendre les fondements de ce calcul et en avons conclu que cette somme ne peut pas être considérée comme une mesure vérifiable de l'ampleur de la fraude à l'heure actuelle.

À cette étape de son mandat, le Groupe de travail n'est pas en mesure d'indiquer précisément quel pourcentage des écarts de fréquence, de gravité et de coûts globaux des sinistres peut être attribué à la fraude. Il se pourrait même que le coût précis de la fraude en Ontario ne puisse être calculé en toute confiance. Afin de déterminer si ce coût peut être déterminé ou non, le Groupe de travail supervisera des travaux exhaustifs et objectifs de recherche et d'analyse sur la portée de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario.

Nous décrivons brièvement ces recherches dans la prochaine section du présent rapport. Nous nous attendons à des difficultés. La fraude, qui est extrêmement difficile à mesurer, peut prendre de nombreuses formes.

- Fraude organisée
 - Plusieurs participants jouant différents rôles au sein du système d'assurance-automobile de l'Ontario créent un stratagème organisé dans le but de générer des rentrées de fonds au moyen d'un modèle d'activités frauduleuses.
 - Le stratagème organisé peut comprendre la présentation de demandes de règlement relatives à des collisions truquées ou à des accidents inventés de toutes pièces à l'aide de documents frauduleux.
 - Les demandeurs ne sont pas les organisateurs de ces stratagèmes.
 - Des cols blancs dont la crédibilité est rarement mise en doute, ainsi que d'autres facilitateurs qui orientent les victimes vers certains participants au stratagème, peuvent y prendre part.

- Les stratagèmes organisés utilisent différentes méthodes pour frauder les compagnies d'assurance, notamment la simulation de collisions avec des conducteurs innocents et le vol d'identité de professionnels de la santé ou de victimes de collisions de véhicules automobiles.
- Les organisateurs d'un stratagème peuvent recourir à des techniques perfectionnées comme le blanchiment d'argent afin d'éviter les soupçons des autorités.

Exemple de fraude organisée

Les stratagèmes de fraude organisée à l'assurance-automobile peuvent fonctionner de nombreuses façons différentes. Certains peuvent être axés sur la présentation de demandes de règlement relativement à des accidents truqués, alors que d'autres sont axés sur le fait de tirer parti de demandeurs légitimes. Chaque stratagème fait intervenir plusieurs personnes ou organismes qui visent le même objectif – profiter du système ontarien d'assurance-automobile.

L'« histoire d'Ariana » dans la section intitulée « Observations sur la fraude à l'assurance-automobile » constitue un bon exemple de stratagème de fraude organisée à l'assurance-automobile.

- Fraude préméditée
 - Un participant au système d'assurance-automobile de l'Ontario facture systématiquement aux assureurs des biens ou des services qu'il ne fournit pas ou fournit et facture des biens et des services qui ne sont pas nécessaires.
 - Le participant prend part à un modèle d'activités frauduleuses, éventuellement aux dépens de victimes de collisions de véhicules automobiles ou avec leur complicité.
 - La fraude est commise de façon autonome et le participant n'est pas lié à un organisme plus important.

Exemple de fraude préméditée

La fraude préméditée à l'assurance-automobile est commise individuellement par un participant au système ontarien qui n'a pas de lien avec un stratagème plus vaste et mieux organisé.

L'atelier de réparation de véhicules et le professionnel de la santé mentionnés dans les exemples suivants ne participent à aucun stratagème frauduleux important. Cependant, ils tireront avantage de leur position au sein du système d'assurance-automobile en s'adonnant à des comportements frauduleux visant à augmenter le montant qu'ils peuvent facturer aux assureurs.

Exemple 1 – Atelier de réparation de véhicules

Un atelier de réparation de véhicules peut intentionnellement augmenter le volume de travail nécessaire pour réparer les véhicules qui y sont apportés après des collisions. Un véhicule peut être apporté à l'atelier en présentant des dommages mineurs, mais être présenté à un assureur comme ayant beaucoup plus de dommages.

En infligeant davantage de dommages au véhicule avant qu'il ne soit inspecté par un assureur, l'atelier accroît la valeur des biens et des services qu'il fournira au demandeur. Le coût de ces biens et services sera finalement payé par l'assureur du demandeur.

Exemple 2 – Professionnel de la santé

Une importante compagnie d'assurance-automobile a donné un exemple qui démontre comment ce type de fraude préméditée pourrait être commis par un professionnel de la santé au moment de l'évaluation des blessures subies par des victimes d'accidents.

Dans cet exemple, l'assureur a remarqué qu'un praticien envoyait la même demande d'évaluation sans modifier les renseignements, plutôt que de préparer une demande personnalisée pour chaque victime. Dans au moins un cas, le praticien a omis d'ajouter le nom de la victime dans la demande, laissant plutôt un espace vide. Sans en informer la victime, le praticien a présenté à l'assureur des demandes recommandant certains traitements.

- Fraude opportuniste
 - Une personne augmente la valeur de sa demande de règlement d'assurance-automobile en réclamant des indemnités ou d'autres biens et services qui sont inutiles ou n'ont aucun rapport avec la collision qui a entraîné la présentation de la demande.

Exemple de fraude opportuniste

La fraude opportuniste est commise lorsque des demandeurs gonflent la valeur de leur demande de règlement. Contrairement aux personnes qui participent à des stratagèmes organisés ou prémédités, la personne qui commet une fraude opportuniste ne se sert pas systématiquement d'un modèle de comportement frauduleux.

Par exemple, une personne qui présente une demande de règlement d'assurance-automobile peut augmenter la valeur des biens personnels endommagés lors d'une collision. Elle peut en outre continuer de s'absenter du travail pendant plusieurs jours après son rétablissement complet à la suite de la collision. Elle pourrait continuer de recevoir des indemnités de remplacement de revenu au titre de la garantie d'indemnités d'accident, malgré le fait qu'elle pourrait retourner travailler.

Dans le cadre de nos recherches, nous tenterons de déterminer l'ampleur relative de ces trois types de fraudes. Nous sommes d'avis que chaque type pourrait constituer un problème important au sein du système d'assurance-automobile de l'Ontario.

Observations finales

Même si nous ne sommes pas prêts à ce stade-ci à effectuer une estimation quantitative de l'étendue de la fraude dans le système ontarien d'assurance-automobile, l'augmentation rapide et inexplicquée des coûts des indemnités d'accident et les preuves empiriques qui nous ont été présentées nous ont convaincus que la fraude constitue un facteur important qui ne cesse de croître sur le marché ontarien. Compte tenu des données que nous avons vues, nous sommes également d'avis qu'il est raisonnable de conclure à l'heure actuelle :

- qu'il existe un écart inexplicqué qui s'accroît entre le coût des demandes d'indemnités d'accident et les montants qui devraient normalement varier parallèlement aux coûts des indemnités d'accident;

L'ampleur des différences entre les variations réelles des coûts et les facteurs qui devraient influencer sur ceux-ci (voir les figures 8 à 11) ne peut s'expliquer de façon satisfaisante à la lumière des données dont nous disposons. Nous espérons que nos recherches permettront d'apporter davantage de précisions relativement à ce qui cause l'écart au fur et à mesure de l'avancement de nos travaux.

- que l'augmentation des coûts semble se concentrer dans la RGT;

Bien que les données ne nous permettent pas d'analyser la répartition géographique avec autant de détails sur le plan de la « fréquence » et de la « gravité » que nous pouvons le faire à l'échelle provinciale, il ne fait aucun doute qu'une grande partie de l'augmentation inexplicquée des coûts des indemnités d'accident survient dans la RGT. L'écart « inexplicqué » par véhicule immatriculé dans la RGT, estimé à 700 \$ à la figure 7, est beaucoup plus élevé que les écarts « inexplicqués » de 300 \$ à 350 \$ par véhicule immatriculé dans l'ensemble de l'Ontario (voir les figures 6, 10 et 11).

- que la fraude à l'assurance-automobile qui connaît la croissance la plus rapide est de nature préméditée et organisée, plutôt qu'opportuniste.

Cette conclusion se fonde sur la forme de la courbe de croissance des écarts inexplicqués entre 2006 et 2010. Il sera extrêmement difficile d'estimer la fraude de façon précise et encore plus de la répartir entre ses éléments organisé, prémédité et opportuniste. Toutefois, il existe peu de raisons de croire que la fraude opportuniste aurait crû si rapidement en si peu de temps. Il existe beaucoup de données empiriques qui indiquent que les fraudes préméditées et organisées ont augmenté rapidement au cours des dernières années.

Mesures permanentes de lutte contre la fraude

Comme nous l'avons mentionné, le système d'assurance-automobile n'est pas passif. La fraude constitue un problème important et les responsables de l'intégrité du système passent à l'action. Nos trois comités d'études suivent de près un certain nombre d'initiatives qui ont été adoptées et sont en cours d'élaboration afin d'être mises en place à court terme.

Dans cette section, nous examinons brièvement certaines des initiatives qui ont été prises et recommandons des mesures additionnelles qui, selon nous, peuvent être mises en œuvre assez rapidement et qui favoriseraient et amélioreraient les efforts déployés pour diminuer la fraude.

Mesures en cours

Certaines mesures importantes ont été instaurées récemment. Nous reconnaissons et soutenons ces initiatives et croyons que nombre d'entre elles constitueront une base sur laquelle nous appuyer à mesure que nous progresserons.

Dans le domaine de la prévention, de la détection, des enquêtes et des mesures d'application :

- le Bureau d'assurance du Canada (BAC) a collaboré avec les services de police de la région de York pour concevoir une trousse d'apprentissage en ligne facultative relative aux enquêtes sur les accidents truqués destinée aux policiers;
- le Groupe de travail a créé un comité d'études spécial chargé d'examiner l'utilisation du Système DRSSAA à des fins de validation, qui permettrait aux professionnels de la santé d'accéder au système par l'entremise de leur ordre afin de vérifier si on a utilisé leur numéro d'identification de facturation sans leur autorisation. Ce comité d'études, présidé par la CSFO, est composé de représentants du Système DRSSAA, du secteur des assurances, de ministères, des professionnels de la santé réglementés et des ordres de réglementation des professionnels de la santé;
- un groupe d'assureurs a élaboré un projet pilote antifraude qui regroupe leurs données sur les demandes de règlement et les analyse au moyen d'un outil très perfectionné afin de détecter les tendances suspectes en utilisant la modélisation prédictive. Ce projet pilote, qui a été conçu comme un exercice de validation, promet d'être très efficace.

Dans le domaine des méthodes de réglementation :

- le surintendant de la CSFO a publié une ligne directrice sur le Système DRSSAA afin de régler divers problèmes de facturation, y compris la fréquence de la facturation, les factures incomplètes, l'émission de factures en double et la présentation de factures pour des biens et services non approuvés;
- le surintendant a également publié, le 19 octobre 2011, une version révisée de la Ligne directrice sur les blessures légères qui clarifie les problèmes de facturation concernant ces blessures;
- le surintendant a publié un bulletin pour demander qu'à compter du 1^{er} juillet 2012, le numéro du plan de traitement soit inscrit sur toutes les factures relatives aux traitements afin d'aider les experts d'assurance à effectuer le rapprochement des factures avec les plans de traitement et à repérer plus facilement les factures émises en double ou les factures relatives à un traitement non approuvé;
- depuis le 14 octobre 2011, le surintendant requiert que les chefs de la direction des compagnies d'assurance-automobile attestent personnellement et annuellement, au moyen d'un document officiel, que les mesures de contrôle des coûts de l'AIAL qu'ils ont mises en place, y compris les mesures de lutte contre la fraude et les abus, sont efficaces, sont examinées régulièrement et font en sorte que les demandeurs légitimes soient traités équitablement et conformément à la loi.

Dans le domaine de la participation et de la sensibilisation des consommateurs :

- la CSFO a reconçu sa page Web sur la lutte contre la fraude en plus de créer et de distribuer de la documentation à ce sujet, dont une brochure spécialement destinée aux professionnels de la santé;
- des compagnies et des courtiers d'assurance ont créé des applets pour appareils mobiles conçus pour fournir de l'information pertinente aux titulaires de police en cas d'urgence;
- l'Insurance Brokers Association of Ontario (IBAO) et le BAC ont redoublé d'efforts pour élaborer de l'information sur la lutte contre la fraude et la distribuer directement aux consommateurs par l'entremise de divers médias.

Mesures à prendre maintenant

Bon nombre de problèmes portés à notre attention sont complexes et nécessitent une analyse et une enquête plus approfondies. Nous en décrivons certains dans la prochaine section afin de donner un aperçu de l'orientation que nous prévoyons prendre. Cependant, nous croyons que certaines mesures additionnelles peuvent et devraient être prises aussi rapidement que possible. Elles ont été déterminées et recommandées par les comités d'études.

Dans le domaine de la prévention, de la détection, de l'intervention et des mesures d'application :

- la trousse d'apprentissage en ligne conçue par le BAC et les services de police régionaux de York devrait être mise à la disposition des autres services de police par l'entremise du Réseau canadien du savoir policier;
- de la documentation écrite sur les collisions truquées et la fraude à l'assurance-automobile devrait être élaborée et incluse dans le matériel de formation de base des agents de police;
- on pourrait améliorer le cours de perfectionnement en circulation routière donné au Collège de police de l'Ontario en favorisant la participation d'experts en collisions truquées dans le cadre des séminaires et en mettant davantage l'accent sur les collisions truquées et la fraude à l'assurance-automobile;
- le comité d'études spécial qui examine les questions relatives au Système DRSSAA, évoqué précédemment, devrait envisager d'autres manières d'utiliser ce système pour en surveiller le comportement dans le but de repérer des tendances pouvant être associées à la fraude.

Dans le domaine des méthodes de réglementation :

- le surintendant de la CSFO devrait préparer une ligne directrice visant à remédier au problème de facturation aux assureurs de dispositifs médicaux à des prix beaucoup plus élevés que leur valeur normale au détail;
- le gouvernement devrait accorder au surintendant le pouvoir d'imposer des pénalités administratives pécuniaires en cas de contravention aux lois et à la réglementation, comme le mentionne le budget de l'Ontario de 2011.

Dans le domaine de la participation et de la sensibilisation des consommateurs :

- le secteur peut intensifier ses efforts pour sensibiliser les consommateurs à la fraude en utilisant des stratégies de communication ciblées sur toutes les plateformes médiatiques, y compris la promotion active de la distribution et de l'utilisation d'applets pour appareils mobiles fournissant de l'information clé aux titulaires de police en cas d'urgence;
- le Groupe de travail a l'intention de mener des sondages et de tenir des groupes de discussion en collaboration avec le secteur afin de mesurer l'état actuel de la participation et de la sensibilisation des consommateurs et d'établir des critères de mesure de référence pour évaluer les progrès réalisés.

Ce que nous proposons de faire d'ici la fin de notre mandat

Recherche

Un élément clé du mandat du Groupe de travail est de fournir au gouvernement les résultats de ses recherches sur la fraude à l'assurance-automobile. Nous effectuerons le plus efficacement possible toutes les recherches nécessaires pour appuyer les recommandations que le Groupe de travail entend présenter au gouvernement. Afin que le processus soit transparent, nous collaborerons avec le gouvernement afin de mettre les études à la disposition du public.

Les recherches que mène actuellement le Groupe de travail portent sur deux domaines principaux :

- la portée et la nature de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario;
- les stratégies efficaces de prévention de la fraude à l'assurance-automobile dans d'autres territoires de compétence ayant des systèmes d'assurance-automobile semblables.

À mesure que les travaux du Groupe de travail progresseront et que de nouveaux problèmes seront cernés, d'autres études pourraient être réalisées.

Portée et nature de la fraude

L'un des principaux objectifs du Groupe de travail est de déterminer la portée et la nature de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario. Pour nous, l'aspect le plus important de la portée et de la nature de la fraude est son incidence sur les Ontariens. La fraude peut avoir des répercussions financières se traduisant par une augmentation des coûts et des primes, des conséquences en matière de sécurité publique du fait d'accidents truqués mettant en danger les conducteurs et une incidence sur l'état de santé en raison d'un traitement inapproprié ou excessif.

En plus des répercussions directes de la fraude sur les consommateurs, il y a un problème d'application de la loi qui influe indirectement sur les Ontariens. Si la fraude à l'assurance-automobile en Ontario est d'une ampleur et d'une nature aussi importantes que l'affirment certaines personnes ayant fait une présentation devant le Groupe de travail, il pourrait alors s'agir d'une entreprise criminelle lucrative qui finance probablement d'autres activités criminelles.

Le Groupe de travail tentera également de recueillir de l'information sur des aspects plus précis de la portée et de la nature de la fraude, notamment :

- les coûts de la fraude organisée, préméditée et opportuniste;
- l'estimation des divers types de fraude, y compris non seulement les indemnités d'accident dont les coûts ont considérablement augmenté, mais aussi la fraude liée aux dommages matériels aux véhicules;
- la répartition géographique de la fraude en Ontario;
- l'ampleur de la migration des réseaux d'accidents truqués en Ontario et les répercussions de ceux-ci sur les conducteurs ontariens.

Étant donné que la fraude prend de nombreuses formes et est menée en dehors de l'économie licite de l'Ontario, il est très difficile d'en déterminer la nature et la portée. L'évaluation de la portée de ce problème est en cours et se poursuivra.

Les tentatives antérieures de mesure du coût de la fraude à l'assurance-automobile reposaient sur des « études des sinistres clos ». Dans une étude de ce genre, l'enquêteur doit examiner des centaines de sinistres d'assurance-automobile pour déterminer s'ils comportaient ou non des éléments de fraude organisée ou opportuniste. Les résultats de l'examen sont ensuite extrapolés à l'ensemble des demandes de règlement présentées en Ontario.

Bien que cette méthodologie puisse fournir des observations précieuses, les études des sinistres clos donnent beaucoup d'importance au jugement subjectif des enquêteurs. Tout bien considéré, nous croyons qu'il y a de nouvelles méthodes à privilégier pour évaluer l'ampleur de la fraude.

Le Bureau d'assurance du Canada collabore avec KPMG et IBM, des sociétés expérimentées dans l'analyse poussée de données et la mesure du coût d'autres activités clandestines, dans le but d'évaluer le coût de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario. Les travaux du BAC pourraient également aborder d'autres problèmes liés à la portée et à la nature de la fraude, comme la prévalence de la fraude organisée comparativement à la fraude préméditée et opportuniste.

Le Groupe de travail considère favorablement ce projet qui pourrait s'avérer utile. Le Bureau d'assurance du Canada, qui a accès à l'information sur les demandes de règlement recueillie auprès de la majorité des compagnies d'assurance-automobile en Ontario, est particulièrement en mesure de mener une étude exhaustive sur le coût de la fraude dans la province.

Cependant, le Groupe de travail est conscient des défis à surmonter pour tenter d'établir le coût exact de la fraude et des craintes du public à l'égard de la partialité du secteur des assurances concernant l'évaluation de l'ampleur du problème de la fraude. Le Groupe de travail retiendra donc les services d'un tiers indépendant qui examinera l'intégrité de la méthodologie et des conclusions du BAC et en fera rapport.

Ce tiers indépendant examinera de quelle manière le BAC, KPMG et IBM ont l'intention d'évaluer le coût de la fraude. Il fera part de ses observations au BAC et présentera au Comité directeur du Groupe de travail un rapport sur la méthodologie proposée. Cette façon de procéder vise à faire en sorte que l'évaluation finale soit aussi exacte et impartiale que possible. À la fin du projet mené par le BAC, KPMG et IBM, le tiers indiquera au Groupe de travail si, selon lui, le coût estimé de la fraude est exhaustif et objectif.

En plus d'informer le Groupe de travail sur la méthode du BAC pour évaluer le coût de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario, le tiers effectuera d'autres études en vue notamment de :

- déterminer tout aspect de la portée et de la nature de la fraude à l'assurance-automobile qui n'a pas été traité de manière satisfaisante dans le rapport du BAC;
- fournir un résumé des méthodes utilisées dans le cadre d'études sur la nature et la portée de la fraude à l'assurance-automobile réalisées dans d'autres territoires de compétence.

Stratégies adoptées dans d'autres territoires de compétence

De nombreux territoires de compétence à l'extérieur de l'Ontario sont eux aussi confrontés au problème de la fraude à l'assurance-automobile. Les démarches que ces territoires de compétence ont adoptées pourraient fournir au Groupe de travail des indications précieuses sur les stratégies antifraude qui pourraient être efficaces en Ontario.

Le Groupe de travail mènera trois projets de recherche afin de mieux comprendre les stratégies antifraude adoptées par d'autres territoires de compétence. Chaque projet abordera le domaine attribué aux trois comités d'études du Groupe de travail :

- la prévention, la détection, les enquêtes et les mesures d'application;
- les répercussions sur la vie privée;
- la participation et la sensibilisation des consommateurs.

Cette recherche relative aux autres territoires de compétence permettra d'enrichir les connaissances du Groupe de travail et de fournir aux comités d'études des idées à débattre et à analyser.

Questions importantes à prendre en compte

Le présent rapport a présenté plusieurs mesures qui ont été prises pour lutter contre la fraude à l'assurance-automobile et recommandé d'autres initiatives qui, selon nous, peuvent être mises en œuvre assez rapidement et avoir des effets bénéfiques.

D'ici la fin de notre mandat, nous avons l'intention de mener un certain nombre d'autres initiatives qui, à notre avis, pourraient grandement contribuer à réduire la fréquence de la fraude à l'assurance-automobile, mais qui sont complexes et nécessitent une analyse, des données et un examen plus poussés que ce nous avons pu faire au cours des quatre derniers mois.

Nous indiquons ci-dessous certaines des questions importantes qui ont attiré notre attention et qui, selon nous, méritent un examen plus approfondi. Nous n'avons tiré aucune conclusion sur ces questions, mais nous espérons qu'en les présentant à ce stade-ci, nous alimenterons un dialogue qui nous aidera à progresser dans le cadre de leur évaluation.

Nous avons demandé aux comités d'études d'examiner plus en profondeur les cinq grandes questions suivantes :

1. La délivrance de permis aux cliniques ou la réglementation de celles-ci

Certains autres territoires de compétence exigent que les cliniques qui fournissent des services de soins de santé, y compris celles qui traitent les victimes d'accidents de la route, soient réglementées ou autorisées (propriétaires et [ou] exploitants) à divers degrés. Par exemple, en septembre 2011, le comté de Hillsborough, en Floride, a adopté un arrêté qui exige l'obtention d'un permis par toute clinique médicale qui fournit un traitement ou une thérapie à des patients qui demandent des indemnités à la suite de blessures résultant d'un accident de la route. En Ontario, où il n'existe pas de telle exigence, le nombre de cliniques qui présentent des formulaires par l'entremise du Système DRSSAA a considérablement augmenté au cours des 18 derniers mois (voir la figure 17). Actuellement, on sait peu de choses sur ces établissements. Nous avons l'intention d'examiner s'il serait bon d'instituer un régime de délivrance de permis et (ou) de réglementation et, le cas échéant, le type de régime qui conviendrait le mieux à l'Ontario.

Il y a tout un éventail de solutions possibles à cette question : le statu quo, la délivrance de permis uniquement, la délivrance de permis et une certaine forme de réglementation et, finalement, la délivrance de permis, la réglementation et des vérifications périodiques. De plus, il y a la question de savoir qui aurait le pouvoir et la responsabilité de délivrer les permis ou d'appliquer la réglementation et de quelle manière s'exerceraient ce pouvoir et cette responsabilité.

Nous avons demandé au comité d'études sur les méthodes de réglementation d'examiner cette question au cours des mois à venir.

2. Autres lacunes possibles de la réglementation

La réglementation peut comporter d'autres lacunes qu'il convient d'examiner. Par exemple :

- Devrait-il y avoir un régime de réglementation plus strict et plus complet pour les conducteurs de dépanneuse?
- Existe-t-il des manières efficaces de remédier au problème des « frais d'aiguillage » qui ressemblent fort à des « pots-de-vin » et qu'on a porté à notre attention?
- La CSFO a-t-elle un pouvoir légal ou réglementaire suffisant pour imposer des sanctions en cas d'infractions aux règles, y compris la capacité d'infliger des amendes aux compagnies d'assurance (qu'elle réglemente actuellement)?
- La CSFO devrait-elle avoir un pouvoir légal ou réglementaire additionnel pour régir d'autres intervenants du système (qu'elle ne réglemente actuellement pas)?
- Les lois et (ou) les sanctions ne relevant pas du pouvoir de la CSFO comportent-elles des lacunes ou des points faibles dont la correction permettrait de prévenir la fraude de façon importante?
- Les compagnies d'assurance ont-elles les outils nécessaires pour lutter contre la fraude, y compris la possibilité de gérer de manière appropriée leurs relations avec les demandeurs d'indemnisation? L'examen plus approfondi de cette question portera sur les aspects suivants des relations entre la compagnie d'assurance et le demandeur :
 - les obstacles à la communication entre le demandeur et l'assureur pendant le processus d'indemnisation;
 - les outils dont dispose l'assureur pour obtenir une évaluation médicale objective des blessures subies par le demandeur;
 - la manière dont les règles qui régissent le traitement des demandes de règlement d'assurance-automobile (p. ex., la manière de traiter les déclarations erronées des faits) peuvent influencer sur le traitement des demandes de règlement.

Le comité d'études sur les méthodes réglementaires examinera également ces questions.

3. La création d'une unité d'enquête spéciale sur la fraude

Aux États-Unis et au Royaume-Uni, il existe des organismes d'enquête spéciaux en matière de fraude à l'assurance. Nous avons assisté à une présentation du National Insurance Crime Bureau des États-Unis et avons été impressionnés par sa démarche de lutte contre la fraude à l'assurance et les progrès réalisés. Nous espérons que la recherche auprès d'autres territoires de compétence décrite ci-dessus nous aidera à en apprendre davantage sur l'expérience vécue au Royaume-Uni.

Nous déterminerons si l'Ontario pourrait bénéficier d'une unité d'enquête spéciale et, le cas échéant, quelle en serait la meilleure structure et le meilleur mode de fonctionnement. Notre examen devra porter sur un certain nombre de points, dont les suivants :

- nos conclusions sur la portée et l'ampleur de la fraude à l'assurance-automobile;
- la relation entre cette unité et le secteur des assurances;
- la structure de gouvernance, la transparence et l'obligation de rendre des comptes d'une telle unité;
- les relations entre une unité d'enquête et les autorités d'application de la loi;
- les répercussions sur la vie privée;
- l'obligation de rendre des comptes et les ressources.

Nous avons demandé au comité d'études sur la prévention, la détection, les enquêtes et les mesures d'application d'examiner ces questions au cours des mois à venir. La recommandation finale sera fondée sur l'évaluation des besoins ainsi que la faisabilité.

4. Définition d'une stratégie de participation et de sensibilisation des consommateurs

Les consommateurs qui connaissent peu ou pas le système d'assurance-automobile de l'Ontario sont victimes des fraudeurs. Ils peuvent compromettre leur propre sécurité en participant à une collision truquée de véhicules automobiles pour une petite somme d'argent ou simplement se faire voler leur identité après avoir accepté de signer les demandes de règlement qu'on leur a fournies. La sensibilisation active de ces consommateurs aux conséquences de la fraude et au rôle qu'ils peuvent jouer pour la prévenir sera un élément important de toute stratégie antifraude.

Nous espérons en apprendre davantage sur les stratégies fructueuses de participation et de sensibilisation des consommateurs en Ontario et dans d'autres territoires de compétence tout en examinant :

- l'utilité de définir une stratégie coordonnée, appuyée par plusieurs participants au système d'assurance-automobile;
- les obstacles qui empêchent actuellement une communication efficace entre les compagnies d'assurance et les demandeurs;

- les possibilités d'intégrer des messages antifraude aux initiatives existantes de participation des consommateurs dans le cadre et hors du cadre du système d'assurance-automobile de l'Ontario;
- la meilleure façon de prendre contact avec les différentes communautés qui composent la diversité culturelle de l'Ontario.

5. Créer un seul portail Web pour les demandeurs d'indemnités d'assurance-automobile de l'Ontario

Un seul portail pourrait efficacement fournir de l'information sur la participation et la sensibilisation des consommateurs aux conducteurs et aux demandeurs blessés dans un accident de la route en Ontario.

Un tel portail pourrait plus précisément fournir à tous les demandeurs d'indemnités d'assurance-automobile de l'Ontario de l'information claire et utile sur le type de traitements auxquels ils devraient s'attendre en ce qui a trait à leur blessure. Par exemple :

- le portail serait pour les consommateurs une source d'information et de sensibilisation sur les protocoles approuvés de traitement pour des blessures particulières découlant d'un accident de la route;
- ces protocoles seraient approuvés par les ordres régissant les professionnels de la santé en cause; leur élaboration nécessitera une étroite collaboration avec les professionnels de la santé, le secteur des assurances et les ministères ontariens concernés;
- en ayant facilement accès à de l'information validée sur les protocoles, les conducteurs ontariens blessés dans un accident seraient mieux informés au sujet des services que dispensent les professionnels de la santé;
- en outre, le portail faciliterait la coordination des initiatives de participation et de sensibilisation des consommateurs entre les divers intervenants du système d'assurance-automobile, particulièrement entre les assureurs, les professionnels de la santé et les ministères ontariens.

Nous avons demandé au comité d'études sur la participation et la sensibilisation des consommateurs de se pencher sur ces questions au cours des mois à venir.

Aucune de ces questions n'est simple. Elles sont toutes importantes. Et d'autres seront soulevées dans le cadre de nos travaux ou portées à notre attention. La liste ci-dessus n'est donc pas exhaustive. Cependant, en donnant un aperçu des questions de premier plan que nous prévoyons examiner, nous espérons inciter les parties intéressées à fournir de l'information qui pourra nous aider à tirer des conclusions judicieuses et efficaces.

Collecte de renseignements

Le Groupe de travail et ses comités d'études ont bénéficié d'un certain nombre de présentations informatives et instructives de la part des parties intéressées et des discussions avec celles-ci sur la fraude à l'assurance-automobile. Les présentateurs comprenaient des responsables de l'application des lois ontariennes, des représentants de compagnies d'assurance, des enquêteurs spécialisés en fraude à l'assurance, des fournisseurs de soins de santé et des personnes qui s'occupent de programmes communautaires de sensibilisation dans la RGT.

Ces présentations ont été très utiles pour le Groupe de travail. L'information présentée et les discussions qu'elle a engendrées nous ont beaucoup aidé à comprendre la fraude à l'assurance-automobile et le système global d'assurance-automobile en Ontario. D'ici la fin de son mandat, le Groupe de travail continuera de rencontrer les parties intéressées afin d'obtenir plus d'information et de discuter des stratégies antifraude possibles.

Pour communiquer avec le Groupe de travail

Nous avons aussi reçu des commentaires de nombreuses personnes œuvrant ou non dans le secteur des assurances, par l'entremise de notre adresse courriel. Nous apprécions recevoir de tels commentaires et invitons les personnes intéressées à nous faire parvenir de l'information par courriel à l'adresse autoinsurance@ontario.ca.

Annexe 1 : Cadre de référence du Comité directeur

Contexte

Le gouvernement de l'Ontario a annoncé la création du Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile (le « Groupe de travail ») dans son budget de 2011. Le gouvernement a établi les deux principaux objectifs du Groupe de travail :

- déterminer la portée et la nature de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario;
- formuler des recommandations sur les sujets suivants :
 - la prévention, la détection, les enquêtes et les mesures d'application;
 - les méthodes de réglementation du système d'assurance-automobile;
 - la participation et la sensibilisation des consommateurs.

Objet du Comité directeur

Le Comité directeur fera de la recherche sur la fraude à l'assurance-automobile et conseillera le ministre des Finances à ce sujet. Pour ce faire, il collaborera avec les comités d'études composés d'intervenants du secteur de l'assurance-automobile, d'organismes de réglementation et de représentants du gouvernement dans le but de formuler des recommandations relativement à la définition d'une stratégie antifraude globale.

Le Comité présentera ses rapports et ses recommandations au sous-ministre des Finances, qui les communiquera au sous-ministre de la Sécurité communautaire, au sous-ministre des Services correctionnels et au sous-procureur général.

Les recommandations du Comité se concentreront sur la prévention et la détection de la fraude à l'assurance-automobile, les enquêtes et les mesures d'application, ainsi que les méthodes de réglementation et la sensibilisation des consommateurs au système d'assurance-automobile de l'Ontario. Le Comité pourrait aussi formuler des recommandations à propos d'autres questions qui seront définies au fur et à mesure de ses travaux de recherche.

Les rapports et les recommandations du Comité ne porteront pas sur des cas précis ou présumés de fraude à l'assurance-automobile.

Fonctions du Comité directeur

Le président du Comité :

- rendra compte au sous-ministre des Finances de toutes les questions dont le Groupe de travail est responsable, y compris :
 - les rapports et les recommandations du Comité directeur;
 - les rapports et les recommandations des comités d'études du Groupe de travail;
- dirigera les travaux de recherche et d'analyse sur la portée et la prévention de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario et dans d'autres territoires de compétence, qui aboutiront à la préparation des rapports provisoires et finaux du Comité;
- après avoir consulté le sous-ministre des Finances, créera les comités d'études du Groupe de travail, préparera les documents énonçant le cadre de référence qui régira le travail de ces comités et nommera la présidente ou le président de chacun de ces comités;
- rédigera un rapport provisoire résumant les progrès réalisés par les comités d'études du Groupe de travail et le Comité directeur vers la formulation de recommandations antifraude définitives;
- présentera un rapport final contenant les recommandations du Comité accompagnées des commentaires des comités d'études du Groupe de travail.
 - Le rapport final comprendra les conclusions quantitatives ou qualitatives concernant la fraude à l'assurance-automobile en Ontario résultant des études sur la fraude à l'assurance-automobile réalisées par le Comité.

L'annexe A indique en détail les résultats proposés attendus et les échéances possibles.

Composition du Comité directeur

Le Comité se composera d'un maximum de cinq membres, dont un président, nommés par le ministre des Finances. Le président établira l'ordre du jour des réunions du Comité en collaboration avec les autres membres.

Délibérations du Comité directeur

Le Comité se réunira régulièrement et aussi souvent que le ministre des Finances le jugera nécessaire afin de présenter ses rapports et ses conseils au gouvernement selon l'échéancier établi par le ministre.

Les représentants du gouvernement pourront, à leur discrétion, assister et participer aux réunions du Comité directeur et des comités d'études du Groupe de travail.

Rémunération et dispositions administratives

Le ministère des Finances fournira au Comité les services administratifs et de soutien dont il aura besoin.

Le président et certains membres du Comité recevront une indemnité quotidienne; en outre, les frais de déplacement et accessoires raisonnables leur seront remboursés conformément au décret O.C. 1316/2011.

Confidentialité

Tous les documents produits par le Comité directeur et les comités d'études du Groupe de travail, y compris les rapports et les recommandations, demeureront la propriété du ministère des Finances; ils resteront confidentiels et ne seront publiés qu'avec l'autorisation du ministre des Finances.

Le ministère des Finances publiera les rapports de recherche dont le Comité se servira dans le cadre de ses travaux.

Communications

Le ministère des Finances publiera tous les communiqués de presse et toutes les déclarations et autres communications au nom du Comité directeur.

Cadre de référence du Comité directeur : Annexe A

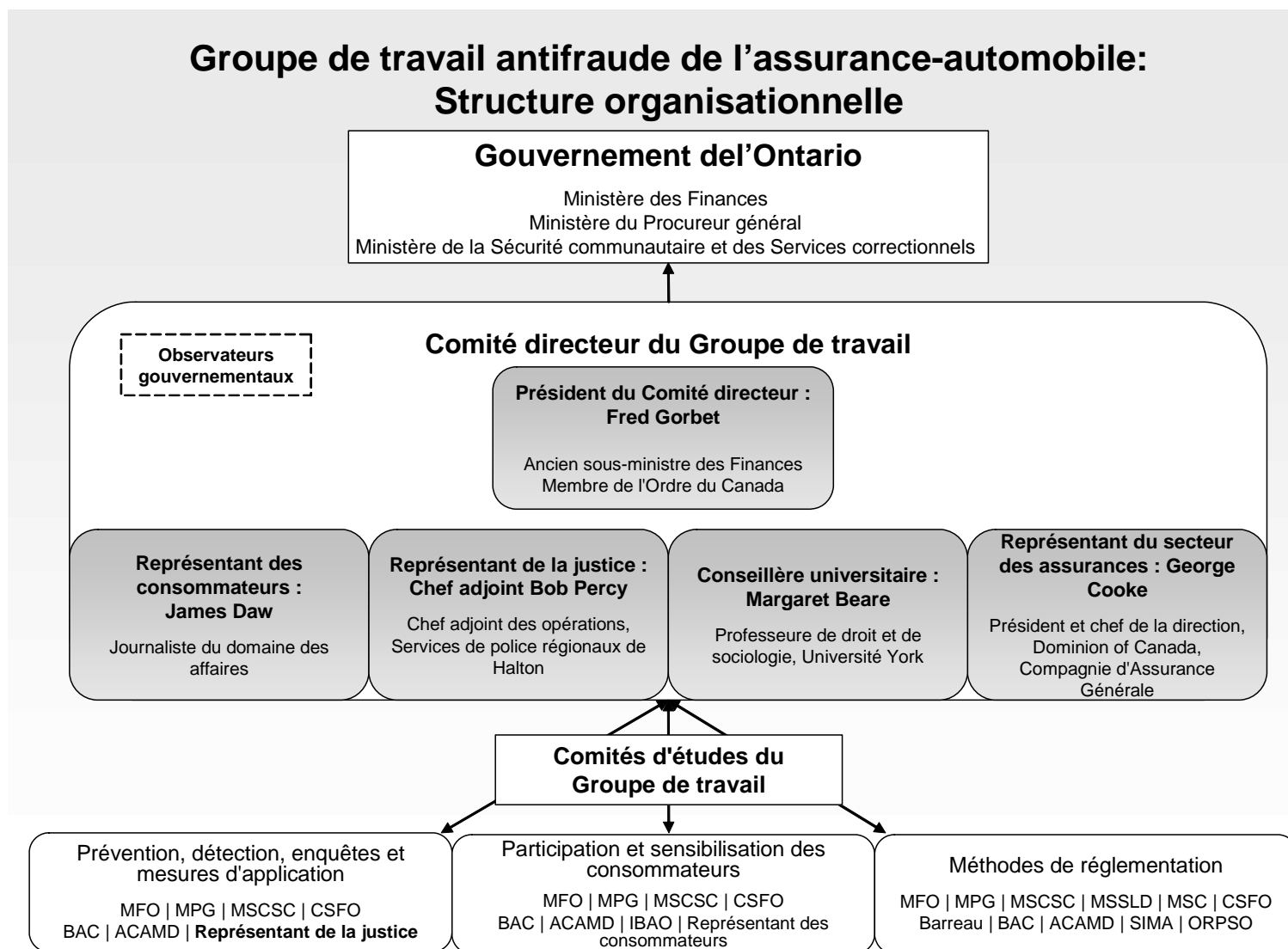
Résultats attendus du Comité directeur et échéancier

- Le Comité directeur rendra compte au sous-ministre des Finances de toutes les questions qui relèvent de ses attributions et de celles des comités d'études du Groupe de travail. Les rapports seront confidentiels et ne seront publiés qu'avec l'autorisation du ministre des Finances.
- Le ministre des Finances pourra modifier les dates indiquées ci-dessous de concert avec le président du Comité.

Résultats attendus	Date
Rapport de recherche provisoire	Fin de l'automne 2011
Rapport de recherche final	Printemps 2012
Rapport provisoire	Été 2012
Rapport final comprenant les recommandations	Automne 2012

Cadre de référence du Comité directeur : Annexe B

Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile : Structure proposée



Acronyme	Nom complet
ACAMD	Association canadienne des assureurs par marketing direct
BAC	Bureau d'assurance du Canada
Barreau	Barreau du Haut-Canada
CSFO	Commission des services financiers de l'Ontario
IBAO	Insurance Brokers Association of Ontario
MFO	Ministère des Finances
MPG	Ministère du Procureur général
MSC	Ministère des Services aux consommateurs
MSCSC	Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
ORPSO	Ordres de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario
SIMA	Société d'indemnisation en matière d'assurances IARD

Annexe 2 : Cadre de référence des comités d'études

Contexte

Le gouvernement de l'Ontario a créé le Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile (le « Groupe de travail »). Le Groupe de travail est chargé de déterminer l'ampleur de la fraude à l'assurance-automobile en Ontario et de formuler des recommandations au gouvernement de l'Ontario dans les domaines suivants :

- la prévention, la détection, les enquêtes et les mesures d'application;
- les méthodes de réglementation du système d'assurance-automobile;
- la participation et la sensibilisation des consommateurs.

Le Groupe de travail sera dirigé par un Comité directeur composé d'intervenants externes. Le président du Comité directeur sera indépendant du secteur des assurances et du gouvernement de l'Ontario.

Le Comité directeur présentera ses rapports et ses recommandations au sous-ministre des Finances. Une Table des sous-ministres adjoints (la « Table des SMA »), composée de hauts fonctionnaires du ministère des Finances (« MFO »), du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (« MSCSC ») et du ministère du Procureur général (« MPG »), observera et consultera le Comité directeur.

Des comités d'études, composés d'intervenants et de représentants du gouvernement de l'Ontario, aideront le Comité directeur à formuler des recommandations sur la prévention de la fraude à l'assurance-automobile.

Objet des comités d'études

Les comités d'études du Groupe de travail antifraude de l'assurance-automobile (les « comités d'études ») formuleront des recommandations en matière de politiques dans le but de diminuer la fraude à l'assurance-automobile en Ontario tout en maintenant l'équité et la compétitivité du marché de l'assurance-automobile. Chaque comité d'études se concentrera sur un domaine distinct (voir l'annexe A).

Le Comité directeur étudiera les recommandations des comités d'études lorsqu'il préparera ses rapports et ses recommandations pour le sous-ministre des Finances.

Fonctions des comités d'études

Le Comité directeur, en consultation avec le sous-ministre des Finances, nommera le président de chaque comité d'études. Les présidents des comités d'études (les « présidents ») remettront au Comité directeur un rapport final présentant des recommandations sur la prévention de la fraude fondées sur les délibérations de chaque comité d'études.

De plus, les présidents remettront au Comité directeur des rapports périodiques sur les progrès réalisés par chaque comité d'études.

Les comités d'études pourront aussi faire des commentaires officiels pour le rapport du Comité directeur sur les mesures de lutte contre la fraude qui peuvent être mises en œuvre rapidement.

Composition des comités d'études

Le Comité directeur demandera aux intervenants et aux organismes gouvernementaux concernés de participer aux comités d'études. Ces organismes peuvent nommer une personne à chaque comité d'études approprié, sous réserve de l'approbation du Comité directeur.

Avec le consentement préalable du président du comité d'études approprié, un représentant suppléant peut assister aux réunions du comité d'études de temps en temps au nom de la personne nommée.

Le Comité directeur peut en tout temps décider d'ajouter ou de retirer un organisme ou un intervenant des comités d'études.

Les présidents peuvent créer des sous-comités chargés d'analyser des politiques particulières.

Rapport final des comités d'études

Le rapport final des comités d'études comprendra, sans toutefois s'y limiter, des recommandations concernant toute information applicable présentée dans le rapport de recherche final du Comité directeur.

Les membres du comité d'études approprié se prononceront par voie de vote sur les recommandations avant que celles-ci soient présentées au Comité directeur. Les recommandations seront transmises dans un rapport final des comités d'études si les membres de ces comités les approuvent par consensus. On considère qu'il y a consensus lorsqu'une recommandation est approuvée par 80 pour cent des membres du comité d'études approprié. Même si une recommandation n'est pas approuvée par la totalité des membres, elle doit être présentée comme ayant reçu un soutien unanime dans le rapport final remis au Comité directeur.

On pourra présenter au Comité directeur des recommandations multiples ou modifiées uniquement lorsque les membres ne parviennent pas à s'entendre sur une certaine question.

Seuls le président et les membres d'un comité d'études ou leurs suppléants peuvent voter. Les membres du Comité directeur ne participeront pas aux votes tenus par les comités d'études.

Délibérations des comités d'études

Les comités d'études se réuniront régulièrement afin que leurs conseils puissent être transmis au Comité directeur conformément à l'échéancier établi par le ministre.

Les représentants désignés de la Table des SMA et les membres suppléants des comités d'études peuvent aussi assister aux réunions.

Les membres du Comité directeur peuvent assister aux réunions des comités d'études s'ils le jugent utile.

Ententes administratives

Le MFO, en collaboration avec le MPG, le MSCSC et la CSFO, fournira aux comités d'études les services administratifs et les services de soutien connexes dont ils ont besoin.

Communications

Le MFO, en collaboration avec le Comité directeur, le MPG, le MSCSC et la CSFO, publiera tous les communiqués de presse et toutes les déclarations et communications au nom du comité d'études.

Confidentialité

Tous les documents produits par le comité d'études, y compris les rapports et (ou) les recommandations, demeureront la propriété du MFO; ils resteront confidentiels et ne seront publiés qu'avec l'autorisation du ministre des Finances.

Les membres des comités d'études et leurs suppléants qui assistent aux réunions en leur nom signeront une entente de confidentialité sous la forme fournie par le ministre des Finances.

Annexe 3 : Sources de données

La présente annexe fournit une liste des sources utilisées pour chaque figure apparaissant dans cette section. La principale source de données que le Groupe de travail a utilisée est l'Agence statistique d'assurance générale (ASAG). L'ASAG agit à titre d'agent statistique auprès de huit organismes de réglementation participants du Canada, y compris la CSFO.

On peut trouver de plus amples renseignements sur l'ASAG sur son site Web à l'adresse <http://www.gisa.ca>.

Figure 2 Agence statistique d'assurance générale (ASAG) : Coût total des sinistres et des frais de rajustement encourus, 2006 à 2010

Figure 3 ASAG : Coût des demandes d'indemnités d'accident et des frais de rajustement encourus, 2006 à 2010

Figure 4 ASAG : Coût des demandes d'indemnités d'accident et des frais de rajustement encourus, 2006 à 2010 (territoire statistique 717 : communauté urbaine de Toronto et districts de Markham, Richmond Hill, Vaughan et Peel, et territoire statistique 710 : districts d'Oshawa, Aurora, Newmarket et Orangeville)

Figure 5 Données tirées d'autres figures

Figure 6 ASAG : Coût des demandes d'indemnités d'accident et des frais de rajustement encourus, 2006 à 2010

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Dépenses de santé du secteur public en Ontario, 2006 à 2010. L'information sur les dépenses de santé du secteur public pour 2009 et 2010 est fondée sur les valeurs prévues par l'ICIS.

Figure 7 ASAG : Coût des demandes d'indemnités d'accident et des frais de rajustement encourus, 2006 à 2010 (territoire statistique 717 : communauté urbaine de Toronto et districts de Markham, Richmond Hill, Vaughan et Peel, et territoire statistique 710 : districts d'Oshawa, Aurora, Newmarket et Orangeville)

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Dépenses de santé du secteur public en Ontario, 2006 à 2010. L'information sur les dépenses de santé du secteur public pour 2009 et 2010 est fondée sur les valeurs prévues par l'ICIS.

- Figure 8** Données de la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) : Fréquence des sinistres par 100 véhicules acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2009
- RASRO : Collisions avec lésions corporelles, 2006 à 2009
- Figure 9** Données de la CSFO : Fréquence des sinistres par 100 véhicules acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2009
- RASRO : Nombre de personnes tuées et blessées, 2006 à 2009
- Figure 10** ASAG : Coût des sinistres par véhicule acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2010
- Statistique Canada : Indice des prix à la consommation pour les soins de santé en Ontario, 2006 à 2010
- Figure 11** ASAG : Coût des sinistres par véhicule acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2010
- RASRO : Nombre de personnes ayant subi des blessures légères, graves et mortelles d'après les données sur les collisions avec lésions corporelles, 2006 à 2010
- Figure 12** Données de la CSFO : Coût des sinistres par véhicule acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2010
- Figure 13** ASAG : Demandes d'indemnités d'accident et frais de rajustement encourus, 2006 à 2010 (Alberta, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Ontario)
- Figure 14** ASAG : Coût des sinistres par véhicule acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2010 (Alberta, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Ontario)
- Figure 15** ASAG : Fréquence des sinistres par 100 véhicules acquis (indemnités d'accident), 2006 à 2010 (Alberta, Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Ontario)
- Figure 16** Données de la CSFO : Coûts des sinistres par type de garantie, 2006 à 2010
- Figure 17** Système DRSSAA : Nombre total de formulaires présentés et d'établissements de soins de santé participants, 2006 à 2010