

ARSF

Autorité ontarienne de réglementation
des services financiers



www.fsrao.ca/fr



Rapport d'étape de 2025 sur la surveillance de l'assurance-automobile

28 octobre 2025

25 Sheppard Avenue West
Suite 100
Toronto ON
M2N 6S6
Telephone: 416 250 7250
Toll free: 1 800 668 0128

25, avenue Sheppard Ouest
Bureau 100
Toronto (Ontario)
M2N 6S6
Téléphone : 416 250 7250
Sans frais : 1 800 668 0128

Résumé

L'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (ARSF) protège les intérêts de plus de dix millions d'Ontariens et d'Ontariennes qui dépendent de l'assurance-automobile. Pour remplir ce mandat, l'ARSF réglemente les assureurs de façon à veiller à ce qu'ils respectent des normes de conduite élevées qui garantissent le traitement équitable des consommateurs, et l'exercice transparent et responsable de leurs activités.

En décembre 2023, l'ARSF a publié son premier [Plan de surveillance de l'assurance-automobile](#), qui établit des priorités de surveillance axée sur la conduite pour les compagnies d'assurance-automobile. Guidée par ce plan fondé sur les risques, l'ARSF a effectué des examens sur place entre janvier 2024 et mars 2025, pour inspecter les activités de cinq assureurs. Chaque examen a donné lieu à des recommandations et à des engagements formels de la part des assureurs à mettre en œuvre des mesures correctives conformes à l'approche du Conseil canadien des responsables de la réglementation d'assurance en matière de traitement équitable des clients dans le domaine de l'assurance.

Les examens ont permis de cerner deux aspects qui pourraient être améliorés chez plusieurs assureurs :

- **Contrôles de surveillance** – Surveillance limitée de la qualité de l'information fournie aux clients lors des ventes par l'intermédiaire des courtiers; lacunes dans les données, l'analyse et la déclaration des exceptions à l'appui des interventions de souscription; et manque d'uniformité dans la collecte et l'examen des données sur les annulations et les non-renouvellements à l'initiative des assureurs.
- **Documentation** – Dossiers incomplets à l'appui des modifications apportées aux règles de souscription; preuves insuffisantes des communications de renseignements obligatoires et du consentement écrit au moment du renvoi des auteurs d'une déclaration de sinistre vers les réseaux de fournisseurs privilégiés; et omission de fournir une lettre de position finale pour certaines plaintes renvoyées à l'ombudsman.

Ces conclusions soulignent la nécessité de renforcer les contrôles, d'améliorer la documentation et d'augmenter la surveillance pour garantir des résultats équitables pour les consommateurs et la conformité aux exigences réglementaires. L'ARSF effectuera d'autres examens des assureurs et prendra les mesures qui s'imposent. Il est attendu des assureurs qu'ils tiennent compte de ces observations et mettent à jour leurs pratiques de travail pour assurer qu'ils respectent leurs obligations réglementaires et les attentes en matière de traitement équitable des consommateurs de produits d'assurance-automobile en Ontario.

Contexte et processus

Les examens sur place de l'ARSF ont été effectués entre janvier 2024 et mars 2025, guidés par le Plan de surveillance de l'assurance-automobile, qui a dressé, par ordre de priorité, une liste des domaines qui posaient le plus de risques de préjudice pour les consommateurs. Ces domaines d'intérêt ont été choisis pour évaluer la façon dont les assureurs respectent leurs obligations de conduite dans toutes les étapes clés du cycle de vie de l'assurance. Les domaines suivants ont été examinés :

1. **Ventes et distribution** – Bien que les ventes et la distribution comportent un grand éventail d'activités, le Plan a cerné deux domaines prioritaires :
 - **Développement de produits** – La loi exige que les assureurs n'appliquent que des règles de souscription approuvées par l'ARSF lorsqu'ils déterminent l'admissibilité à une garantie. Les examens ont permis de déterminer si les assureurs avaient mis en place des contrôles capables d'assurer que seules des règles approuvées sont utilisées pour refuser des propositions d'assurance, refuser la couverture d'un sinistre ou annuler des polices.
 - **Divulgarion aux clients** – Le principe du traitement équitable des consommateurs signifie que les assureurs et les intermédiaires doivent fournir aux clients, au point de vente, des renseignements qui leur permettront de prendre une décision informée avant de conclure un contrat. L'ARSF a examiné si les assureurs disposaient de processus efficaces, dans tous les canaux de distribution, pour garantir que les clients recevaient des renseignements

pertinents, comme les montants des primes, les prestations, la durée du contrat, les limitations de couverture, les conflits, et les droits et obligations des clients.

2. **Tarification** – Les assureurs utilisent des processus manuels ou automatisés pour évaluer les demandes et déterminer l'admissibilité à la couverture en fonction des renseignements fournis dans ses demandes standard. Lorsque les critères d'admissibilité sont remplis, une couverture est offerte, sinon les demandes peuvent être refusées. L'ARSF s'est concentrée sur les environnements de souscription automatisés, en particulier les cas où les demandes qui répondaient aux critères d'admissibilité étaient renvoyées à un examen manuel.
3. **Gestion des polices** – Les assureurs et les intermédiaires sont tenus d'assurer le suivi des polices jusqu'à ce que toutes les obligations soient réglées. Cette obligation entraîne la gestion des aspects suivants :
 - **Changements apportés aux polices** – Changements à l'initiative de l'assureur/intermédiaire ou du client, comme des annulations, des renouvellements, des avenants ou des changements de couverture. L'ARSF a mis l'accent sur les annulations et les non-renouvellements émanant de l'assureur.
 - **Déclarations de sinistre** – L'ARSF a évalué si les assureurs avaient mis en œuvre des processus de traitement des réclamations équitables et transparents, du rapport d'accident initial à la résolution, en veillant à ce que les demandeurs soient traités équitablement tout au long du processus.
 - **Plaintes** – Les assureurs sont tenus de mettre en œuvre des protocoles de traitement des plaintes qui sont communiqués aux assurés. Comme des déclarations de sinistre rejetées ou refusées sont des motifs courants de plaintes d'assurés contre des assureurs, l'ARSF a examiné les processus mis en œuvre par les assureurs pour favoriser le traitement rapide et équitable des plaintes.
 - **Confidentialité/Protection des renseignements des clients** – Les assureurs et les intermédiaires sont tenus d'avoir des politiques et des procédures pour la protection des renseignements sur les clients. Les examens ont mis l'accent sur

les protocoles que suivent les assureurs pour assurer la collecte, l'utilisation et l'entreposage adéquats des renseignements personnels.

Processus

Le programme d'examen repose sur une approche de surveillance conçue pour assurer une application juste, transparente et cohérente des attentes réglementaires chez tous les assureurs. Cette approche définit la portée de l'évaluation des principaux secteurs d'activité des assureurs et sert de base à l'évaluation de la conformité des assureurs aux exigences réglementaires fondamentales et favorisent des résultats logiques des pratiques de l'industrie.

Une évaluation de la portée fondée sur les risques a été effectuée pour chaque assureur afin d'adapter l'examen à son profil de risque particulier. Elle a nécessité l'analyse des données du marché, des plaintes des consommateurs et des données antérieures de surveillance pour pouvoir se concentrer sur les domaines présentant le plus grand risque de préjudice pour les consommateurs et respecter les priorités énoncées dans le Plan.

Chaque examen a suivi une méthodologie normalisée pour évaluer la conformité à la législation applicable, aux directives réglementaires et aux principes de traitement équitable des clients. Les évaluations se sont fondées sur un mélange d'examens de documents et d'entrevues avec des représentants des assureurs dans le but d'évaluer l'efficacité des processus internes.

Les conclusions et recommandations d'amélioration ont été présentées à la direction de la compagnie d'assurance. Elles ont été suivies par un rapport écrit décrivant les observations et recommandations pour combler les lacunes et améliorer les pratiques en matière de conformité. Les assureurs ont soumis leurs réponses écrites à l'ARSF, en détaillant les mesures correctives qu'ils envisagent et les calendriers de mise en œuvre de ces mesures, le cas échéant.

Résultats des examens de surveillance

Voici un résumé des conclusions des examens effectués entre le 1^{er} janvier 2024 et le 31 mars 2025 auprès de cinq assureurs.

1. Ventes et distribution

- **Développement de produits** – Les examens ont révélé que la plupart des assureurs suivaient des protocoles de mise à l'essai avant de mettre en œuvre des changements aux règles. L'approche d'un assureur était différente et, bien qu'il n'y ait aucune preuve de règles incorrectes programmées dans ses systèmes, l'ARSF lui a fait des recommandations visant à améliorer le processus de modification des règles de souscription, en :
 - i. documentant formellement les politiques, procédures et flux de travail pour assurer la continuité et réduire les risques de perturbations en cas de changements;
 - ii. mettant en œuvre une piste d'audit pour prouver les approbations, les résultats des essais et la communication des changements chaque fois que les règles de souscription sont modifiées.

- **Divulgence aux clients** – Les assureurs qui distribuent de l'assurance-automobile par des voies directes et par l'intermédiaire d'agents avaient mis en place des procédures pour évaluer la qualité des renseignements fournis aux clients potentiels. Cependant, les assureurs avaient une visibilité limitée sur les informations communiquées lors de la soumission et de l'achat de la couverture pour les clients passant par des courtiers. Les raisons invoquées allaient de la confiance accordée aux obligations réglementaires des courtiers à des priorités concurrentes en matière de ressources internes.

En l'absence d'une surveillance adéquate, les assureurs ne peuvent pas confirmer si les clients ont été suffisamment informés sur leurs produits. La surveillance des activités des courtiers en matière de divulgation d'information

est essentielle pour détecter et prévenir les pratiques potentiellement trompeuses ou déloyales.

2. Tarification

Les cinq assureurs disposent de processus de souscription automatisés intégrés à leurs systèmes de soumission et de tarification qu'ils soient internes ou fournis par des tiers. Les examens n'ont révélé aucune preuve de refus de police pour des motifs autres que ceux déposés auprès de l'ARSF. Toutefois, deux situations ont été relevées où des étapes manuelles ont été ajoutées pour certains risques :

- **Dérogations en matière de souscription** – Les souscripteurs disposant d'une autorité désignée pouvaient outrepasser les décisions automatisées. Bien que chaque dérogation ait été consignée, aucun système n'était en place pour regrouper ou analyser les tendances — telles que les motifs ou la fréquence — qui pourraient éclairer l'amélioration des processus ou le changement futur des règles.
- **Règles en matière de renvoi** – Certains risques nécessitaient un examen manuel avant la conclusion du contrat ont été relevés même s'ils respectaient les critères d'admissibilité. Bien que ces renvois n'aient pas entraîné de refus automatiques, ils ont causé des retards de traitement susceptibles d'avoir une incidence sur l'expérience consommateur. Les données disponibles étaient insuffisantes pour évaluer le nombre de renvois, les taux d'abandon après un renvoi, les retards causés ou les répercussions potentielles sur les consommateurs.

3. Gestion des polices

- **Changements apportés aux polices** – Les assureurs ont satisfait aux exigences législatives en émettant des avis indiquant les motifs des annulations et des non-renouvellements. Cependant, ils n'ont pas suivi de manière uniforme le nombre de ces décisions initiées par les assureurs, ce qui a limité leur capacité à analyser les tendances ou à détecter les anomalies.
- **Déclarations de sinistre** – Les pratiques de traitement des réclamations variaient d'un assureur à l'autre, selon que l'assureur fait appel à des experts internes, à des experts tiers et à des réseaux de fournisseurs privilégiés (RPP) dans le secteur de la santé. Bien que les processus aient généralement été documentés et communiqués aux parties prenantes concernées, deux problèmes de transparence ont été relevés :
 - i. Les assureurs recourant à des réseaux de fournisseurs privilégiés n'avaient pas de contrôles en place pour veiller à ce que les demandeurs reçoivent les renseignements exigés par le par. 46 (2) du Règl. de l'Ont. 34/10 et signaient des formulaires de consentement avant un traitement. En conséquence, il n'y avait aucun document pour prouver la conformité.
 - ii. Les assureurs qui sous-traitaient les services d'experts d'assurance pour le règlement des indemnités d'accident n'ont pas informé les demandeurs qu'ils seraient contactés par un expert tiers. Bien qu'il n'y ait aucune preuve de traitement injuste, le fait de fournir ce renseignement dès le départ renforce la transparence.
- **Plaintes** – Les assureurs avaient des procédures similaires de traitement des plaintes, y compris l'accueil des plaintes, le triage, la transmission aux échelons supérieurs et la production de rapports. Les plaintes transmises à l'ombudsman faisaient l'objet d'une réponse officielle par écrit. Les assureurs vérifiaient le respect des normes de service, expliquaient aux plaignants la procédure suivie et tenaient les plaignants au courant de l'état de leurs plaintes.

Cependant, certains assureurs n'ont pas envoyé de lettres de position finales pour les plaintes renvoyées à l'ombudsman, surtout lorsqu'ils estimaient que le problème avait été résolu à la satisfaction du plaignant. Quel que soit le résultat ou la résolution, l'envoi d'une lettre de position finale est crucial, car cette lettre officialise la conclusion du processus de plainte, fournit des éclaircissements au plaignant et garantit que l'assureur a communiqué tous les renseignements et décisions pertinents de manière transparente. Cette conclusion écrite informe également les clients de leur droit de porter l'affaire à un échelon supérieur s'ils estiment que la résolution n'est pas satisfaisante.

- **Confidentialité/Protection des renseignements des clients** – Tous les assureurs avaient établi des politiques et des procédures claires régissant la collecte, l'utilisation et le stockage des renseignements personnels des titulaires de police et des demandeurs. Ces pratiques étaient documentées de manière uniforme et conformes aux exigences applicables en matière de protection de la vie privée.

Prochaines étapes

À ce jour, le travail de surveillance de l'ARSF a mis en évidence des possibilités significatives pour les assureurs de renforcer les processus internes et d'améliorer les pratiques de documentation et de surveillance qui ont une incidence directe sur les résultats pour les consommateurs. Un programme de conformité bien conçu et appliqué de manière uniforme demeure essentiel pour favoriser un traitement équitable, atténuer les risques liés à la conduite et maintenir la confiance dans le secteur de l'assurance-automobile de l'Ontario.

Les examens ont permis de cerner deux grands domaines d'amélioration chez plusieurs assureurs.

1. Contrôles de surveillance

- **Divulgarion aux clients** – Les assureurs ont fait preuve d'une visibilité limitée sur la qualité des renseignements communiqués aux clients pendant le processus de soumission et de conclusion d'un contrat, en particulier ceux

qui recourent à des courtiers. Les renseignements communiqués au point de vente étaient souvent incomplets, inexacts et vagues. Même si les courtiers obtiennent leur permis indépendamment de l'assureur, il est de la responsabilité de l'assureur de veiller à ce que ses partenaires de distribution respectent des normes de service qui favorisent des résultats équitables pour les consommateurs.

- **Tarification** – Les examens ont relevé un manque de communication de renseignements, d'analyse et de notification des exceptions pour appuyer les interventions de souscription manuelle dans les processus de souscription automatisés. Bien que ces interventions ne soient pas, en elles-mêmes, non conformes, elles comportent des risques tels que des retards inutiles qui pourraient amener les consommateurs à chercher une couverture ailleurs. L'ARSF continue de surveiller ces pratiques afin d'assurer un équilibre entre la souplesse des affaires et l'équité envers les consommateurs.
- **Changements apportés aux polices** – Les assureurs ne recueillaient pas ou n'analysaient pas de façon uniforme les données sur les annulations et les non-renouvellements émanant de l'assureur. L'accès à ces données est essentiel pour identifier les tendances, détecter les anomalies et évaluer l'impact potentiel sur les consommateurs.

2. Documentation

- **Développement de produits** – La documentation à l'appui des modifications apportées aux règles de souscription était incomplète ou insuffisante, en particulier dans des domaines tels que les pistes d'audit, les approbations et la continuité des activités.
- **Déclarations de sinistre** – Les assureurs qui renvoyaient les demandeurs vers des réseaux de fournisseurs privilégiés ne disposaient souvent pas de documents démontrant que les renseignements requis avaient été communiqués et que le consentement écrit avait été obtenu, comme l'exigent les règlements.

- **Plaintes** – Les assureurs n'ont pas émis de lettres de position finale dans tous les cas où les plaintes sont renvoyées à l'ombudsman.

Prochaines étapes

L'ARSF salue la participation constructive des assureurs tout au long du processus d'examen. La volonté de l'industrie de collaborer et de répondre aux recommandations en matière de surveillance est un pas positif vers une plus grande responsabilisation et une confiance accrue des consommateurs dans le secteur. Sur la base des observations faites à ce jour, des mesures supplémentaires sont nécessaires pour garantir un traitement équitable des consommateurs. Plus précisément :

- L'ARSF s'attend à ce que les assureurs examinent les points à améliorer décrits dans le présent rapport et mettent à jour leurs pratiques, au besoin, afin d'assurer la conformité aux exigences réglementaires et aux attentes.
- L'ARSF a prolongé l'application du Plan jusqu'au 31 mars 2026. Elle effectuera d'autres examens des assureurs et prendra des mesures nécessaires, au besoin.
- L'ARSF publiera un rapport final à la fin des examens supplémentaires menés auprès des assureurs dans le cadre du Plan prolongé.

Compte tenu de la nature collaborative des examens à ce jour, l'ARSF est optimiste à l'égard de l'engagement de l'industrie d'améliorer les pratiques en vue de renforcer la conformité réglementaire et de favoriser le traitement équitable des consommateurs. Les résultats des efforts de l'ARSF sensibiliseront l'industrie aux exigences réglementaires et éclaireront les priorités futures en matière de surveillance.