

# Mémoire présenté à L'Autorité des marchés financiers

## Deuxième consultation réglementaire sur le traitement des plaintes et le règlement des différends dans le secteur financier

Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes  
février 2023



## Sommaire exécutif

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) remercie l'Autorité d'avoir pris en compte certains commentaires fournis lors de la première consultation sur le projet de règlement sur le traitement des plaintes et le règlement des différends (« Projet de règlement ») et de nous offrir une deuxième occasion de nous exprimer sur ce sujet.

Nous apprécions les efforts de l'Autorité à trouver un équilibre entre la charge administrative imposée aux assureurs et le traitement équitable des plaintes formulées par les consommateurs. Des améliorations apportées dans cette deuxième version permettront aux assureurs de maintenir en place les moyens et structures dans lesquels ils ont investi pour assurer la satisfaction de leurs clientèles.

Toutefois, nous craignons que la définition de plainte proposée, qui est la pierre angulaire du Projet de règlement, soit toujours trop large, et manque de clarté. Elle complexifiera les échanges avec les clients insatisfaits et augmentera de manière importante la charge de conformité liée au traitement des plaintes.

Enfin, bien que la présente consultation ne traite pas de la déclaration des plaintes à l'Autorité, nous croyons qu'il est important d'aborder les conséquences d'adopter au Québec une définition de plainte qui s'éloigne de celle actuellement utilisée aux fins de consignation et de déclaration des plaintes à l'Autorité et au CCRRA à l'échelle nationale.

Nous présentons ci-dessous nos commentaires détaillés selon les sujets abordés dans l'Avis de consultation.

## À propos de l'ACCAP

Les assureurs de personnes jouent un rôle clé dans l'économie du Québec. Elles emploient plus de 32 000 Québécois et ont versé, en 2021, 2,1 milliards de dollars en contribution fiscale au Québec. La vaste majorité des fournisseurs d'assurances vie et maladie sur le marché canadien sont habilités à mener des activités au Québec et treize d'entre eux y ont leur siège social.

Les assureurs accompagnent les familles québécoises à différentes étapes de leur vie (naissance, études, voyages, retraite, maladie, décès). Que ce soit lors d'évènements heureux ou malheureux, notre industrie fournit une large gamme de produits essentiels à la sécurité financière de 7,5 millions de Québécois, comme l'assurance vie, les rentes et l'assurance maladie complémentaire qui inclut l'assurance-médicaments.



### Ils protègent **7,5 millions de Québécois**

**6,1 millions** ont une assurance maladie complémentaire (médicaments, soins dentaires, etc.)

**6,5 millions** ont une assurance vie (protection moyenne de 168 000 \$ par assuré)

**2,8 millions** ont une protection du revenu en cas d'invalidité



### Ils versent aux Québécois **24,2 milliards de dollars**

**12,9 milliards** sous forme de rentes

**8,3 milliards** de prestations maladie et invalidité, dont 3,3 milliards de prestations d'assurance médicaments

**3 milliards** de prestations d'assurance vie



### Leur contribution fiscale : **2,1 milliards de dollars**

**140 millions** en impôt sur le revenu des sociétés

**384 millions** en cotisations sociales + autres taxes et impôts

**570 millions** en taxes sur les primes

**977 millions** en taxes de vente perçue



### Ils investissent au Québec

**186 milliards de dollars** au total, dont **97 %** à long terme

## Harmonisation

La majorité des assureurs font affaire dans plusieurs juridictions canadiennes. Ils se sont dotés de systèmes nationaux de consignation et de gestion des plaintes.

Une définition de plainte différente au Québec du reste du Canada résulterait en une asymétrie dans la gestion des plaintes par les assureurs et l'appréciation des données par les régulateurs.

Les plaintes qui doivent être déclarées dans l'ensemble du Canada sont l'expression d'un des trois éléments suivants, qui subsiste après avoir été considéré et traité au niveau opérationnel compétent pour rendre une décision :

- un reproche à l'endroit de l'entreprise;
- le signalement d'un préjudice potentiel ou réel qu'aurait subi ou pourrait subir un consommateur;
- une demande de mesure corrective.

Ainsi, ne constitue pas une plainte une première manifestation d'insatisfaction de la part d'un consommateur, qu'elle soit écrite ou non, lorsque cette insatisfaction se règle dans le cours normal des activités de l'entreprise. Par contre, dans l'éventualité où le consommateur demeure insatisfait et que son insatisfaction doit être prise en charge par la personne responsable du traitement des plaintes et désignée comme telle dans la politique de l'entreprise, il s'agit alors d'une plainte.

Au niveau national, une distinction claire est donc faite entre une simple insatisfaction et une plainte. À des fins de cohérence, il est souhaitable qu'une distinction soit aussi faite dans le Projet de règlement en ajoutant des éléments de proportionnalité dans la définition de plainte.

De plus, une asymétrie des définitions et du traitement des plaintes dans les différentes juridictions fera en sorte qu'il sera difficile pour l'assureur de traiter les plaintes de tous ses clients équitablement dans l'ensemble du Canada. Par exemple, certaines insatisfactions de nature opérationnelle au Québec (qui sont actuellement traitées dans le cours normal des affaires) devront être traitées prioritairement à d'autres plaintes à l'extérieur du Québec à cause des délais prescrits, nonobstant leur nature ou la gravité des reproches des clients.

Comme indiqué dans notre premier mémoire, nous privilégions l'inclusion de la définition de plainte actuellement utilisée aux fins de déclaration annuelle par les assureurs à l'Autorité et au CCRRA dans le Projet de règlement à des fins de cohérence.

## Insatisfaction ou plainte ?

Sous réserve de ce qui précède, voici nos commentaires concernant la définition de plainte proposée au Projet de règlement.

La définition de plainte proposée énumère des conditions cumulatives qui font qu'une communication devrait être consignée au registre des plaintes, soit :

- elle exprime une insatisfaction ou un reproche à l'égard d'un service ou d'un produit offert par une institution financière ou un intermédiaire financier;
- elle lui est communiquée par une personne faisant partie de sa clientèle; et
- une réponse finale est attendue.

Cette définition comprend toutes les insatisfactions des clients, peu importe leur nature, leur gravité, ou leur pertinence. Aucun élément de proportionnalité n'est inclus pour différencier une simple

insatisfaction, par exemple opérationnelle, d'une plainte. Peu importe si le client n'a subi aucun préjudice ou qu'il ne demande aucune mesure correctrice ou action réparatrice, son insatisfaction est qualifiée de plainte et sa demande sera traitée comme telle, ce qui n'est peut-être pas son intention.

C'est le cœur du problème.

Les obligations réglementaires concernant la consignation, le délai de traitement, la procédure et les communications prescrites s'appliqueront sans distinction dès la réception d'une insatisfaction ou d'un reproche du client, dès lors qu'il s'attend à une réponse.

### **Unités de services à la clientèle**

La mission première des unités de service à la clientèle des assureurs est de voir à la satisfaction de la clientèle. Cette satisfaction assure de longues relations avec les clients, la bonne réputation de l'entreprise, sa viabilité et sa pérennité. D'importantes ressources y sont dédiées dans le secteur de l'assurance.

Il est essentiel de permettre à ces unités de continuer à remplir leur rôle important qui permettra entre autres à l'assureur de prendre en considération les suggestions critiques pour améliorer les produits et services offerts.

### **Compétence des employés**

Il faut distinguer les insatisfactions des plaintes, notamment puisque seules les personnes qui ont les compétences nécessaires peuvent traiter les plaintes en vertu du Projet de règlement<sup>1</sup>.

Le profil et la formation des employés assignés au service à la clientèle sont différents de ceux des personnes embauchées pour traiter les plaintes. Si tous les employés ayant contact avec les clients devaient traiter toutes les insatisfactions comme des plaintes, les assureurs auraient à embaucher et former beaucoup plus de personnel. Ceci n'est pas réaliste, surtout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Il est préférable de permettre aux personnes chargées du service à la clientèle de traiter les simples insatisfactions des clients en leur donnant des balises claires pour déterminer quand il s'agit d'une plainte devant être transférée à une personne chargée du traitement des plaintes dans l'entreprise.

### **Une réponse finale est attendue**

L'expression « pour laquelle une réponse est attendue » est une condition pour qu'une insatisfaction se qualifie de plainte. Il est difficile de comprendre à quoi elle réfère. Un client qui lirait cette définition dans une politique sur le traitement des plaintes pourrait difficilement distinguer s'il est dans l'attente d'une réponse ou d'une réponse finale.

De plus, les insatisfactions pour lesquelles on peut répondre au client par une simple explication (p. ex. : client insatisfait de l'augmentation des primes au renouvellement de sa police d'assurance) ou l'envoi de renseignements comme l'envoi d'un relevé, ou de modifications à son dossier, ne devraient pas être visées par la définition de plainte, même lorsqu'une réponse est attendue. En effet, il n'est pas toujours possible pour des raisons pratiques de fournir une rétroaction satisfaisante au client sans un

---

<sup>1</sup> Art. 24, Projet de règlement

retour d'appel ou des vérifications. Il faut parfois faire appel à un secteur d'affaires ou à un tiers, consulter un système en particulier, etc.

Les simples insatisfactions doivent être clairement exclues de la définition de plainte.

### De véritables plaintes

Pour se qualifier de plainte, la situation devrait impliquer que le client pourrait avoir subi un préjudice (ex. : traité injustement lors du traitement d'une réclamation) ou qu'il ait une attente de mesure corrective ou d'action réparatrice (par ex. : demande de dédommagement ou de remboursement, demande d'excuses). Celui-ci devrait s'attendre vraisemblablement à un traitement plus formel de son insatisfaction et à ce qu'une réponse motivée lui soit fournie.

Sans précision au Projet de règlement pour assurer plus de clarté et une interprétation uniforme de la définition de plainte au fil du temps, plusieurs situations pourraient à tort être considérées comme des plaintes. En voici quelques exemples :

- « Je suis insatisfait de ma prime » ne serait pas une plainte, mais « Je suis insatisfait de ma prime, je demande des explications » serait une plainte s'il doit attendre une réponse.
- Un client insatisfait du service demande le transfert de son REER à son institution financière et demande comment procéder. On le rappelle pour lui donner la marche à suivre.
- Un client insatisfait du refus de sa réclamation d'assurance, et qui demanderait que l'on révise sa réclamation.
- Un client est mécontent, car sa prime a été prélevée deux fois. Il demande d'être remboursé. Il s'attend à ce qu'on lui confirme lorsque ce sera fait. Ceci implique des vérifications de systèmes et une communication avec la banque du client avant de pouvoir revenir officiellement.
- Un client insatisfait téléphonant afin de comprendre pourquoi sa réclamation pour l'achat de lunettes a été refusée. Il attend une réponse de l'assureur qui l'informe finalement que les soins de la vue ne sont pas couverts par son assurance collective.
- Le client est insatisfait, car il a demandé un changement d'adresse qui n'a pas été bien effectué. Il exige une confirmation écrite que le changement a été effectué.
- Un client dit être insatisfait parce qu'il y a une erreur dans son nom de famille, et demande à ce que ce soit corrigé. Il demande un document confirmant la correction.
- Un client croit que, de façon générale, les primes d'assurance sont trop élevées et dit : « Qu'est-ce que les assureurs comptent faire pour régler ce problème ? » Il s'attend à une réponse.
- Un client dit : « Les assureurs font affaire avec des fournisseurs de services qui ne répondent pas aux demandes des clients assez rapidement... Qu'est-ce que vous comptez faire à ce sujet ? »
- Un client est insatisfait de son utilisation de la technologie mise à sa disposition par l'assureur. Il attend une réponse.

Il en résulterait des conséquences indésirables pour les clients qui ne bénéficieraient plus d'un processus fluide et centré sur l'expérience client pour gérer leurs simples insatisfactions, demandes de correctifs ou simplement leurs incompréhensions. Les unités de service à la clientèle n'auraient plus leur raison d'être. Si telle n'est pas l'intention de l'Autorité, il est essentiel de circonscrire la définition de plainte.

## Définition de plainte - autres précisions

### *Personne faisant partie de sa clientèle*

Pour les assureurs, nous comprenons qu'il s'agit de la définition donnée dans la Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales, soit tant le client actuel de l'institution financière que le client éventuel, et peuvent également inclure, par exemple, une personne ayant un intérêt dans le produit vendu, telle que le bénéficiaire d'une police d'assurance, lorsque le contexte s'y prête.

Il serait utile d'assurer une uniformité dans l'ensemble des secteurs à l'aide d'une définition commune.

### *Réclamation d'assurance*

La nouvelle Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales qui est entrée en vigueur le 17 novembre 2022 prévoit les attentes de l'Autorité envers les assureurs en matière de traitement des réclamations (indemnités) et de traitement des plaintes. À la lecture de la section 5.9 de cette ligne directrice, nous comprenons que la demande de révision d'une réclamation fait partie intégrante du processus de règlement des réclamations et que le client peut s'il en est insatisfait s'adresser au service de traitement des plaintes. Ces deux processus sont donc distincts.

Nous sommes toutefois d'avis qu'il est souhaitable d'ajouter une précision au Projet de règlement, indiquant que la définition de plainte ne s'applique pas à une demande de révision d'une réclamation d'assurance.

### *Affaires litigieuses*

Comme expliqué dans notre premier mémoire, lorsque des poursuites sont en cours, que des dossiers deviennent litigieux ou qu'il est raisonnablement anticipé qu'ils le deviennent, certaines dispositions du projet de règlement pourraient devenir problématiques. Par exemple, l'article 14 exige que l'assureur continue à gérer les échanges additionnels avec l'auteur de la plainte. Ceci pourrait aller à l'encontre de l'intérêt des clients et avoir des conséquences indésirables comme créer d'éventuels « aveux extrajudiciaires » de part et autre. Alors, nous croyons que ces affaires devraient être clairement exclues de la définition de plainte.

Par ailleurs, toute question visée par des privilèges juridiques ne devrait pas être communiquée à l'Autorité (par ex. via le registre des plaintes) afin de respecter les protections juridiques existantes.

## Suivi des risques liés au traitement équitable des clients

L'Autorité dit vouloir que les assureurs identifient les problématiques récurrentes liées au traitement équitable des clients (TEC) dans leurs activités et qu'ils prennent les mesures adéquates pour y remédier. Or, cet objectif fait déjà l'objet d'attentes dans la Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales. Les assureurs doivent « développer une vision d'ensemble des plaintes reçues afin d'identifier les causes communes et les enjeux à résoudre pour permettre un traitement équitable des clients. »<sup>2</sup>. Une obligation similaire est prévue pour les cabinets à l'article 9 du Projet de règlement.

Nous comprenons que l'intention de l'Autorité est d'identifier les enjeux constituant de réelles menaces au TEC. Les attentes actuelles de la Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales et l'article 9 du Projet de règlement atteignent cet objectif si la définition de plainte est circonscrite.

Autrement, les assureurs suivent la satisfaction de leur clientèle de différentes manières : données tirées du service à la clientèle, systèmes de gestion de la clientèle, mécanismes de gestion des risques munis d'indicateurs, sondages clients, unités spéciales dédiées à l'expérience client, etc. Ces

<sup>2</sup> Section 5.10, Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales, Autorité des marchés financiers, Novembre 2022

outils leur permettent d'identifier les problématiques récurrentes liées à la satisfaction de la clientèle en général et d'améliorer leurs produits et services en continu.

#### Recommandations :

- Inclure au Projet de règlement la définition de plainte actuellement utilisée aux fins de déclaration des plaintes à l'Autorité et au CCRRA;
- Alternativement, bonifier la définition de plainte comme suit pour circonscrire les plaintes qui sont visées par le Projet de règlement :

« plainte » : **L'expression de tout reproche ou préjudice ou toute insatisfaction** à l'égard d'un service ou d'un produit offert par une institution financière ou un intermédiaire financier, ou à l'égard d'une pratique d'un agent d'évaluation du crédit, par une personne faisant partie de sa clientèle, ou, dans le cas d'un agent d'évaluation du crédit, par une personne concernée sur qui il détient un dossier, pour lequel **une mesure correctrice et la communication d'une conclusion motivée<sup>3</sup> sont attendues par le client.**

**Ne constitue pas une plainte, une demande d'indemnité ou toute autre réclamation d'assurance ou demande de révision qui en découle.**

**Est également exclue de la définition de plainte, une question qui fait l'objet d'une poursuite civile ou d'un arbitrage ou qui devient litigieuse.**

En anglais, cette définition se lirait :

“Complaint” means the **expression** of any reproach or **prejudice dissatisfaction** in respect of a service or product offered by a financial institution or financial intermediary, or in respect of a practice of a credit assessment agent, that is communicated by a person who is a member of the clientele of the financial institution or financial intermediary, or, in the case of a credit assessment agent, by a person concerned by a record held by the credit assessment agent, for which a corrective action **and the communication of a reasoned conclusion as defined in Section 12) is are** expected by the client.

**Does not constitute a complaint, an indemnity request, a claim or any other request for review arising therefrom.**

**Also excluded from the definition of complaint is a matter that is the subject of a civil suit or arbitration or that becomes contentious.**

## Section IV – Traitement de certaines plaintes

Cette section respecte le processus en deux étapes qui existe actuellement dans l'industrie pour le traitement des plaintes. Il s'agit du traitement des insatisfactions et des plaintes d'abord par les unités d'affaires et par le secteur des plaintes par la suite si le client demeure insatisfait. Dans l'ensemble, nous accueillons favorablement l'ajout de cette section dans le Projet de règlement.

<sup>3</sup> Au sens de l'alinéa 3 de l'article 22 et de l'alinéa 1 de l'article 25

## Délai de 10 jours

La majorité des plaintes des clients est résolue dans un délai de 30 jours au sein de la première ligne de défense qui offre un service fluide et de proximité aux clients, sans alourdir ou compliquer les processus pour ces derniers.

Le délai de 10 jours proposé est trop court pour permettre aux structures en place de régler un grand nombre de plaintes. Il est d'autant plus court s'il s'agit de jours civils.

Il n'est pas rare que le traitement d'une plainte à la satisfaction du client puisse prendre plus de 10 jours, car son analyse peut impliquer de communiquer avec d'autres personnes en interne ou avec des tiers ou d'obtenir des documents de tiers, de consulter des systèmes, de faire des vérifications juridiques, etc. Il n'est pas rare non plus que le client tarde à fournir des informations importantes pour le traitement de sa plainte, ce qui a pour impact d'allonger les délais.

Il serait plus approprié d'offrir un délai de 30 jours pour permettre aux plaintes qui sont en bonne voie d'être réglées de cheminer dans les structures actuelles sans exiger du client de recommencer le processus auprès d'une tierce personne au bout d'une semaine.

Le délai de 30 jours généralement octroyé aux unités d'affaires dans l'industrie pour traiter et tenter de régler une plainte atteindrait l'objectif de l'Autorité de rehausser et niveler les standards dans l'industrie tout en offrant aux clients un processus fluide et optimal. Ceci permettrait de :

- Favoriser les règlements des plaintes à la satisfaction des clients.
- Favoriser le TEC en habilitant les employés à tous les niveaux à gérer les insatisfactions des clients plutôt qu'à les escalader automatiquement après un court délai.
- Permettre au personnel dédié au traitement des plaintes de se concentrer sur les dossiers plus complexes.
- Adapter plus facilement les attentes de l'AMF aux structures actuelles tout en atteignant les objectifs communs de protection des clients.
- Limiter l'augmentation de la charge de conformité des assureurs.

## Transfert au secteur des plaintes

L'alinéa 3 de l'article 25 porte à confusion. Il semble manquer une étape pour compléter le processus:

- le client pourrait demander le transfert de son dossier au secteur des plaintes au 59<sup>e</sup> jour, ne laissant plus les délais prévus pour traiter la plainte et nécessitant de demander l'accord du client pour un prolongement de 30 jours; ou
- le dossier de plainte demeurerait ouvert indéfiniment si le client qui demeure insatisfait ne donne pas suite à la conclusion communiquée.

Puisque le délai prescrit de traitement des plaintes court à partir de la réception initiale d'une plainte, ce délai pourrait être interrompu ou suspendu à partir du jour où la décision motivée est communiquée au client jusqu'au jour où le plaignant demande le transfert de sa plainte au secteur de traitement des plaintes. En l'absence d'une demande du client dans un délai raisonnable, le dossier de plainte pourrait être fermé.

**Recommandations :**

- **Prévoir un délai de 30 jours pour traiter une plainte à l'aide du processus simplifié prévu à la section IV du Projet de règlement.**
- **Interrompre ou suspendre le délai prescrit de 60 jours à partir du jour où la décision motivée est communiquée au client jusqu'au jour où le plaignant demande le transfert de sa plainte au secteur de traitement des plaintes.**

**Délai de traitement d'une plainte**

Même si nous croyons toujours qu'un délai de base de 90 jours est souhaitable, nous apprécions la possibilité de prolonger le délai de traitement prescrit de 60 jours à 90 jours dans certains cas pour permettre le traitement équitable des plaintes.

Considérant que l'article 31 du Projet de règlement prévoit une sanction administrative pécuniaire en cas de défaut d'envoyer au plaignant une réponse finale conformément à l'article 22 du Projet de règlement, il serait souhaitable que le client puisse accepter un prolongement de délai au-delà de 90 jours lorsque les circonstances le justifient ou qu'elles sont hors du contrôle de l'assureur/du cabinet.

**Recommandations :**

- **Ajouter à l'alinéa 5 de l'article 12 une mention qu'un autre délai additionnel peut être consenti par le client.**

**Consignation et déclaration des plaintes****Registre des plaintes**

Les registres des plaintes des assureurs font partie de bases de données nationales informatisées contenant toutes les informations requises aux fins de déclaration annuelle des plaintes à l'Autorité et au CCRRA. Les assureurs extraient de leurs systèmes les données nécessaires pour déclarer les plaintes à l'Autorité et au CCRRA et les soumettre sous forme d'un fichier Excel.

Les politiques de traitement des plaintes des assureurs prévoient une définition de plainte qui satisfait les critères prévus aux fins de déclaration. Ceci permet une gestion des plaintes fluide et cohérente.

**Un nouvel outil de déclaration**

L'Autorité a récemment lancé un nouveau processus pour la consignation et la déclaration des plaintes. Le nouvel outil sur son portail des Services en ligne (SEL) devra être utilisé dès maintenant par les assureurs et les cabinets pour consigner et déclarer les plaintes à l'AMF ou au CCRRA au niveau national.

Chacune des plaintes à rapporter doit être entrée manuellement une à la fois et codée par la sélection manuelle parmi des listes déroulantes dans le nouvel outil. Bien que ce nouvel outil soit convivial et permette la déclaration des plaintes dans un environnement sécurisé, il n'offre pas la possibilité de télécharger un fichier contenant toutes les informations requises à partir d'une source externe.

C'était un défaut de l'ancien processus SRP/CRS qui avait été corrigé lors de la mise en place de la déclaration annuelle sur les pratiques commerciales du CCRRA il y a maintenant de cela plusieurs années.

Le nouvel outil mis en place par l'Autorité sera utile pour les petits et moyens cabinets qui n'ont peut-être pas les moyens technologiques pour consigner et suivre l'information sur leurs plaintes de manière efficace. Mais pour les assureurs (y compris les assureurs-cabinets), il constitue somme toute un retour en arrière pour l'ensemble des plaintes au Canada. Le nouveau système résultera en une importante augmentation de la charge de conformité reliée au suivi des plaintes puisque la consignation des plaintes devra être faite en double.

Étant donné que le processus nécessitera désormais la journalisation, la mise à jour et la fermeture des plaintes dans plusieurs systèmes, à l'interne et à l'externe, le fardeau de conformité accru n'est pas seulement sur le temps requis pour la saisie des données, mais crée en fait un nouveau risque sur l'intégrité des données en plus du risque de processus. En effet, la saisie manuelle est intrinsèquement sujette à un certain degré d'erreur et c'est sur cette base, en plus de la réduction du fardeau de la conformité, que pouvoir continuer à transmettre un rapport Excel serait largement souhaité.

Enfin, pour passer au nouvel outil en ligne, les assureurs devront réaffecter des ressources, gérer les accès aux SEL, offrir de la formation et créer de nouveaux processus.

Tel que discuté, il serait utile de développer une passerelle sécurisée ou autre moyen permettant aux assureurs de transmettre à l'Autorité, par exemple sur un fichier Excel formaté, les informations sur les plaintes tirées des systèmes des assureurs, comme c'est le cas actuellement pour l'ensemble du Canada. L'industrie aimerait poursuivre sa discussion avec l'Autorité afin de trouver des solutions qui permettront d'optimiser la charge de conformité de l'Autorité et des assureurs.

### **Plaintes déclarables**

Dans le cadre de cette consultation, rien n'indique quelle définition de plainte sera utilisée aux fins de consignation dans le nouvel outil de l'Autorité et aux fins de déclaration à l'Autorité et au CCRRA par l'intermédiaire des SEL. Les modalités applicables aux rapports de plaintes sont déterminées par l'Autorité.<sup>4</sup> Or, la définition de plainte qui sera retenue aux fins de déclaration des plaintes aura un impact important sur la charge de conformité des assureurs et la cohérence de leurs actions.

Puisque les intentions de l'Autorité à cet égard ne sont pas connues à ce point-ci, voici nos commentaires selon différents scénarios.

### **Consignation et déclaration de toutes les insatisfactions**

Si l'Autorité exige des assureurs de consigner à leur registre toutes les plaintes telles que définies actuellement dans le Projet de règlement, de les transcrire une à une dans l'outil de suivi sur les SEL et de les déclarer annuellement, elle créera une énorme charge de conformité sans grande valeur pour les raisons suivantes :

- À tout le moins quatre fois plus de plaintes devront être consignées au registre de l'assureur, sur l'outil des SEL et déclarées annuellement.
- Puisque chaque plainte devra être inscrite individuellement sur l'outil des SEL, et considérant que le nombre de plaintes à déclarer selon la nouvelle définition pourrait être augmenté de manière importante, la charge de conformité des assureurs sera disproportionnée vis-à-vis l'utilité de l'information consignée et déclarée.
- Inclure toutes les insatisfactions des clients sans distinction ne pourra pas permettre à l'Autorité d'atteindre son objectif que les assureurs puissent identifier les problématiques récurrentes liées au TEC et prennent les mesures adéquates pour y remédier. Au contraire, l'information pertinente au sujet des plaintes sera noyée dans un bassin de données plus ou moins pertinentes. Les assureurs devront créer des indicateurs pour segmenter les

<sup>4</sup> Art. 58 Loi sur les assureurs, et art. 103.7 Loi sur la distribution de produits et services financiers

insatisfactions qui sont pertinentes de celles qui ne le sont pas aux fins de suivi des risques pour le TEC et de reddition de compte interne. Il serait nécessaire de faire ces distinctions en amont (dans la définition de plainte contenue au Projet de règlement) pour éviter une charge de conformité additionnelle et inutile.

- L'outil sur les SEL s'ajoutera aux moyens déjà mis en place par les assureurs pour faire le suivi de la satisfaction de leurs clients, sans y apporter plus de valeur. Il y aura dédoublement du travail.

### Application de différentes définitions

Si l'intention de l'Autorité est de consigner au registre des plaintes de l'assureur les plaintes selon la définition proposée au Projet de règlement, mais d'utiliser la définition adoptée par le CCRRA ou une autre définition aux fins de suivi dans les SEL et de déclaration annuelle, nous y voyons aussi plusieurs enjeux:

- L'incohérence des données mènerait à des incompréhensions de ce qui doit être traité de la manière prescrite, consigné au registre de l'assureur, consigné au nouveau système sur les SEL et déclaré à l'Autorité et au CCRRA.
- L'ampleur des efforts consacrés aurait peu de valeur vu le peu d'utilité des données consignées.
- Les assureurs devraient prévoir deux ou même trois définitions dans leur politique et leurs systèmes ou à tout le moins départager les insatisfactions des plaintes, des plaintes « déclarables » à l'aide d'indicateurs.
- Si les plaintes sont définies différemment au Québec que dans le reste du Canada, une segmentation additionnelle devra être faite pour les plaintes québécoises.

Avoir à gérer plusieurs définitions à différentes fins dans le cadre de la politique sur le traitement des plaintes porterait à confusion et serait très compliqué.

Les informations qui doivent être consignées au registre des plaintes de l'assureur devraient être cohérentes avec celles qui doivent être divulguées annuellement à l'Autorité et au CCRRA. Ainsi, les plaintes traitées en vertu de la section IV devraient être consignées au registre des plaintes et déclarées annuellement à l'Autorité uniquement lorsque les clients qui demeurent insatisfaits en demandent la révision par le secteur des plaintes en vertu de l'alinéa 3 de l'article 25 du Projet de règlement.

De cette façon, l'Autorité encadrerait plus étroitement le traitement des plaintes de premier niveau qui sont actuellement traitées dans les unités d'affaires, avec des obligations quant au processus de traitement des plaintes et de communication aux plaignants, sans toutefois perturber un système de suivi des plaintes par les assureurs et les régulateurs qui fonctionne bien et qui leur permet de surveiller efficacement les risques liés au TEC.

Nous apprécions que l'Autorité soit disposée à trouver des moyens d'améliorer les processus et les outils en place afin d'optimiser la gestion des plaintes. Nous demeurons disponibles pour poursuivre cette discussion.

### Recommandations :

- **Développer une passerelle sécurisée ou autre moyen permettant aux assureurs de transmettre à l'Autorité les déclarations des plaintes, par exemple sur un fichier Excel, à l'aide d'information tirée des systèmes des assureurs pour l'ensemble du Canada, comme c'est le cas actuellement pour les assureurs.**
- **Uniformiser la définition de plaintes aux fins de consignation et déclaration dans l'outil sur les SEL de l'Autorité avec la définition adoptée par le CCRRA à cette fin OU exiger que seules les plaintes traitées par le secteur des plaintes (directement ou en vertu de**

la section IV lorsque les clients qui demeurent insatisfaits en demandent la révision par le secteur des plaintes).

## Autres commentaires et demandes de précisions

**Délais réglementaires** – Tous les délais prévus au Projet de règlement devraient référer à des jours « ouvrables » puisque c'est sur cette base que le traitement des plaintes pourra être effectué par les entreprises.

**Art. 4** - le terme « réponse » est utilisé alors que le terme « réponse finale » est utilisé ailleurs dans le Projet de règlement. Les attentes quant à une réponse devraient être clarifiées.

**Art. 7** – Cet article réfère à la supervision fonctionnelle du responsable des plaintes. Nous comprenons que cette supervision peut s'étendre à des personnes assignées au traitement des plaintes qui sont à l'extérieur du secteur de traitement des plaintes, pourvu que la supervision puisse être effectuée. Si ce n'est pas le cas, veuillez-nous en informer.

**Art. 11** – Veuillez préciser « remédier », à quoi ?

**Art. 14** – L'assureur ne devrait pas être obligé de communiquer avec l'auteur de la plainte lorsque le dossier devient judiciairisé ou qu'il a été transféré à l'Autorité à la demande du client. Aussi, dans certaines situations où une réponse finale est communiquée au plaignant, certains plaignants démontrent des comportements quérulents, vexatoires voire parfois agressif. L'assureur devrait pouvoir mettre un terme aux communications dans de telles circonstances. Si l'intention de l'Autorité est de permettre au client de soumettre de nouveaux faits au soutien de sa demande, nous proposons le libellé suivant :

**14. Après avoir communiqué une réponse finale visée à l'article 22 ou les renseignements visés à l'article 25, l'institution financière, l'intermédiaire financier ou l'agent d'évaluation du crédit devrait, selon les circonstances, permettre à l'auteur de la plainte de soumettre, s'il y a lieu, de nouveaux faits pertinents au soutien de sa demande.**

Par ailleurs, les personnes qui traitent les plaintes sont plus susceptibles de subir de l'intimidation, de la violence ou des comportements dérogatoires (discriminatoire) de la part de certains clients tout au long de la période de traitement d'une plainte. Il serait souhaitable d'inclure au Projet de règlement des mesures pour protéger les professionnels de l'assurance (ex. : une section sur la quérulence ou la possibilité de l'assureur de fermer une plainte à la suite de comportement dérogatoire du client).

**Art. 15** – La portée de cet article est trop large. Il devrait être modifié comme suit :

15. Dans le cas où une institution financière, un intermédiaire financier ou un agent d'évaluation du crédit constate qu'une plainte qu'il a reçue concerne plusieurs institutions, intermédiaires ou agents, il doit en informer son auteur en lui expliquant dans quelle mesure elle les concerne. Il doit également l'informer de son droit de formuler une plainte à leur égard et lui fournir les renseignements qu'il détient permettant à l'auteur de **communiquer avec eux.**

**Art. 16, alinéa 2** – devrait se lire « une copie de l'accusé de réception visé à l'article 19 transmis à l'auteur de la plainte, **le cas échéant** », car dans les situations prévues à la section IV il n'est pas requis de transmettre un accusé de réception.

**Art. 18** – L'expression « sans délai » porte à confusion quant aux attentes de l'Autorité, car en réalité il est possible qu'une plainte doive être rapportée à une autre unité de l'entreprise pour

être consignée. Il y aura donc un certain délai. Il serait préférable d'exiger que la plainte soit consignée au registre « sans délai indu » ou d'indiquer « dans un délai raisonnable ».

**Art. 20, alinéa 2** – Quoique cette information pourrait être utile à l'Autorité advenant qu'on lui transfère le dossier, il ne semble pas pertinent pour un client de connaître les différentes dates proposées (de réception, consignation). Cela pourrait plutôt porter à confusion pour le client.

D'un point de vue de traitement équitable des clients, l'inclusion de plusieurs dates différentes ne satisfait pas les critères de langage clair et simple. Il serait plus clair de simplement référer aux dates importantes pour le plaignant.

**Art. 21, alinéa 4 et art. 22** – Si l'intention est d'inclure le nom et les coordonnées de la personne responsable du dossier, vaut mieux utiliser une autre terminologie.

Si l'intention est de communiquer le nom du répondant officiel de l'entreprise auprès de l'Autorité, nous croyons que la communication d'un nouveau nom au client ne ferait que causer de la confusion et de la frustration chez le client qui pourrait penser qu'il y a une autre instance ou il peut s'adresser au sein de l'assureur, alors que ce n'est pas le cas.

**Art. 26** – Cet article prévoit que l'assureur « peut » consigner au dossier de plainte un document résumant les éléments communiqués à l'auteur de la plainte. Toutefois, l'alinéa 6 de l'article 31 prévoit une sanction administrative pécuniaire pour défaut de le faire. Nous y voyons une incohérence. Il est souhaitable de clarifier l'intention de l'Autorité.

**Art. 29** – Cet article exige que l'assureur envoie une copie du dossier de la plainte à l'Autorité dans les 15 jours suivant le moment où elle reçoit une telle demande d'un plaignant. Or, 15 jours civils pourraient ne pas être suffisants selon la situation. Par exemple, si un client demande que sa plainte soit transférée à l'Autorité au tout début de l'analyse de la plainte, il peut encore être nécessaire d'obtenir des documents, parfois d'un tiers avant l'envoi du dossier à l'Autorité. Un délai de 30 jours serait plus approprié.

## Entrée en vigueur

Le Projet de règlement nécessitera des modifications importantes aux systèmes, politiques et procédures des assureurs. Ils devront aussi faire l'embauche et la formation de personnel, le tout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

Bien qu'ils se préparent à faire les changements envisagés, les assureurs doivent attendre que la réglementation soit définitive et que les attentes soient claires pour investir temps et ressources dans la mise en œuvre de leurs nouvelles obligations.

Si l'on considère que l'adoption du Projet de règlement est prévue pour juin 2023, une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 n'est pas réaliste pour permettre à nos membres d'apporter les changements nécessaires pour se conformer à leurs nouvelles obligations. Une période transitoire d'au moins 18 mois est nécessaire pour mettre en œuvre le nouveau règlement.

## Recommandations :

- **Prévoir une période de transition d'au moins 18 mois pour l'entrée en vigueur du Projet de règlement.**

## Conclusion

La satisfaction des clients est au cœur de la mission des assureurs et la pierre angulaire de la santé de notre industrie qui est très compétitive. Bien que toute chose soit perfectible, les structures et moyens mis en place par les assureurs fonctionnent bien en général.

L'ACCAP souhaite poursuivre les discussions avec l'Autorité pour mettre en place des solutions visant à améliorer le traitement des insatisfactions et les plaintes des clients. Comme l'Autorité, nous croyons qu'il est souhaitable de mettre en place une réglementation qui favorisera le développement du secteur de l'assurance de personnes, le traitement équitable des consommateurs et l'optimisation de la charge de conformité.

Pour optimiser les efforts de nos membres et le traitement équitable des consommateurs, une définition uniforme de plainte au niveau national devrait être privilégiée pour le traitement, la consignation et la déclaration des plaintes. Si l'Autorité estime qu'une définition de plainte différente devrait être utilisée aux fins de traitement au Québec, celle-ci devrait être essentiellement cohérente avec la définition de plainte utilisée dans le reste du Canada.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur nos propositions ou organiser une rencontre afin d'en discuter davantage, n'hésitez pas à communiquer avec Lyne Duhaime, Présidente, ACCAP-Québec, par téléphone en composant le [REDACTED] ou par courriel à l'adresse suivante : [REDACTED]



1001, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 630  
Montréal (Québec) H3A 3C8  
514-845-9004  
info@clhia.ca