

Rapport de l'intervention transversale en assurance invalidité collective

Mars 2019

Le présent rapport est la propriété de l'Autorité des marchés financiers et toute utilisation à des fins commerciales est strictement interdite.

TABLE DES MATIÈRES

Contexte	3
Constats globaux	4
Recommandations	6
1. Information destinée au consommateur	6
1.1 Rôles et responsabilités de l'assureur et du preneur	6
1.2 Clarté et simplicité de l'information	8
2. Traitement et règlement des demandes de prestations	9
2.1 Formation en invalidité psychologique offerte au personnel responsable du traitement des demandes de prestations	9
2.2 Consultation d'un professionnel de la santé	10
2.3 Décision de refus, de cessation ou de suspension	11
2.4 Révision d'une décision	12
3. Traitement des plaintes et règlement des différends	13
4. Gouvernance	14
4.1 Information de gestion	14
4.2 Assurance qualité	16
5. Protection des renseignements personnels	18
Conclusion	19

CONTEXTE

L'Autorité des marchés financiers (l'Autorité) a lancé, en avril 2018, une intervention transversale sur le traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective (régimes employé-employeur)¹ portant entre autres sur les invalidités liées à des facteurs psychologiques.

Les informations dont disposait l'Autorité à cette période ne révélaient pas l'existence d'une problématique particulière. Toutefois, l'Autorité souhaitait obtenir un portrait global plus détaillé des pratiques commerciales ayant cours dans l'industrie et s'assurer que celles-ci étaient adéquates et permettaient un traitement équitable du consommateur.

Cette intervention s'est effectuée principalement par :

- une requête d'information transmise aux dix principaux assureurs actifs en assurance collective de personnes au Québec, lesquels représentent près de 90 % des parts de marché dans le domaine de l'assurance invalidité collective;
- des entrevues menées au cours de l'été et de l'automne 2018 auprès de la majorité de ces assureurs.

Ces travaux ont été effectués par l'Autorité dans le cadre de son mandat de surveillance des assureurs.

Afin d'établir le caractère adéquat des pratiques commerciales et leur niveau d'équité envers le consommateur, l'Autorité s'est appuyée sur plusieurs volets de la *Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales*² (la « Ligne directrice ») publiée en juin 2013, qui s'applique à tous les assureurs régis par la *Loi sur les assurances*, RLRQ, c. A-32 (la « Loi sur les assurances »)³.

L'analyse effectuée ciblait principalement les aspects relatifs au traitement des demandes de prestations et ne visait pas l'ensemble des éléments énoncés à la Ligne directrice.

Par cette Ligne directrice, l'Autorité énonce ses attentes en matière de saines pratiques commerciales, lesquelles visent notamment à permettre la réalisation des objectifs suivants :

- assurer le traitement équitable des consommateurs, lequel constitue un élément central de la culture d'entreprise des assureurs;
- veiller à ce que les consommateurs disposent d'une information qui leur permet, avant, pendant et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant au produit;
- faire en sorte que les demandes d'indemnités et les plaintes soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants.

1 Les résultats de cette intervention n'incluent pas les régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA) et les produits vendus selon un mode de distribution sans représentant (DSR).

2 https://lautorite.qc.ca/fileadmin/lautorite/reglementation/lignes-directrices-assurance/ligne-directrice-saines-pratiques-commerciales_fr.pdf

3 L'article 222.2 de la Loi sur les assurances, prévoit que tout assureur doit suivre de saines pratiques commerciales et qu'il doit notamment informer adéquatement les personnes à qui il offre un produit ou un service et agir équitablement dans ses relations avec celles-ci. Cette loi sera remplacée à partir du 13 juin 2019 par la *Loi sur les assureurs* (L.Q. 2018, c. 23, a. 3), dont le chapitre IV traitera des pratiques commerciales.

CONSTATS GLOBAUX⁴

En 2017, 1,776 milliard \$ a été perçu en primes, dont près de 408 millions \$ en invalidité de courte durée (« ICD ») et 1,368 milliard \$ en invalidité de longue durée (« ILD »)⁵.

Quant au versement des prestations, en 2017 les assureurs avaient versé plus de 1,447 milliard \$, soit 360 millions \$ en prestations d'ICD et 1,087 milliard \$ en prestations d'ILD.

L'Autorité a pu constater que, de 2015 à 2017, une moyenne annuelle de 86 % des primes souscrites en assurance invalidité collective de courte durée étaient versées en prestations, tandis qu'en assurance invalidité de longue durée cette moyenne était de 77 %.

La moyenne annuelle du nombre de demandes de prestations reçues entre 2015 et 2017 était d'environ 97 000. Les demandes de prestations en invalidité à caractère psychologique représentaient environ 30 % des demandes totales de prestations.

Le taux moyen annuel de demandes de prestations acceptées de 2015 à 2017 était de 95 % en assurance de courte durée et de 88 % en assurance de longue durée.

Ainsi, globalement, cette analyse n'a pas révélé une problématique systémique dans la gestion de l'assurance invalidité collective par l'industrie.

Cependant, l'Autorité a observé des pratiques qui nécessitent des correctifs afin de répondre à ses attentes et d'assurer le traitement équitable des consommateurs, en particulier quant :

- › à l'information qui est communiquée à l'adhérent sur les protections offertes par le contrat-cadre et les motifs possibles de refus d'une demande de prestation. Cette information n'est pas toujours suffisante, transmise en temps opportun et exprimée dans un langage clair;
- › au processus de révision d'une demande de prestation qui, d'une part, n'est pas toujours présenté explicitement à l'adhérent et, par ailleurs, compte souvent de nombreuses étapes, ce qui rend la tâche lourde pour l'adhérent;
- › au processus de traitement d'une plainte, pour lequel l'information n'est pas toujours aisément accessible pour l'adhérent; et
- › aux critères permettant de déterminer le besoin, ou non, de faire appel à un professionnel de la santé, qui n'étaient pas toujours formellement documentés.

4 Les données mentionnées au présent document sont basées sur les informations transmises par les assureurs sondés en mai 2018 et sont basées sur les années 2015 à 2017. Elles n'ont pas fait l'objet d'une vérification.

5 La durée maximale de l'invalidité de courte durée et le moment où commence l'invalidité de longue durée sont établis au contrat-cadre et peuvent différer selon le contrat.

Néanmoins, cette analyse a également fait ressortir de bonnes pratiques observées chez les assureurs, dont certaines concernant le traitement des dossiers d'invalidités à caractère psychologique.

L'Autorité a jugé opportun de préciser davantage, par les recommandations énoncées ci-dessous, les bonnes pratiques attendues en matière de traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective, en vue notamment d'assurer la mise en place des meilleures pratiques dans l'ensemble de l'industrie.

L'Autorité porte également une grande attention aux situations particulières qui lui sont partagées par les consommateurs dans le cadre de plaintes et de dénonciations, ou dont elle prend connaissance par le biais de reportages ou de publications dans différents médias.

L'Autorité est d'avis que la mise en place de ces recommandations permettra d'atténuer la survenance de ces situations tout en permettant aux assureurs de prévenir les cas de fraude et de consolider la confiance des consommateurs envers l'industrie de l'assurance.

RECOMMANDATIONS

1. INFORMATION DESTINÉE AU CONSOMMATEUR

1.1 Rôles et responsabilités de l'assureur et du preneur

En assurance invalidité collective, le titulaire du contrat d'assurance est généralement appelé le « preneur ». Celui-ci peut être, entre autres, l'employeur lui-même, un syndicat ou encore une association professionnelle.

L'assureur et le preneur prennent ententes (contrat-cadre et ententes connexes) afin d'offrir à tous les adhérents⁶ d'un même groupe les protections et garanties d'assurance invalidité collective selon les modalités négociées.

Le preneur assume certaines responsabilités découlant de ces ententes, dont la transmission à l'adhérent des informations relatives au contrat.

L'adhérent a effectivement besoin d'une information convenable afin d'avoir une bonne compréhension de la couverture de son assurance invalidité collective, d'anticiper les impacts de son invalidité et de connaître les exclusions⁷ et les conditions préexistantes qui pourraient le concerner.

Un preneur informé non adéquatement de ses rôles et responsabilités pourrait omettre de communiquer, en temps opportun, à l'adhérent les particularités de la couverture d'assurance qui pourraient avoir des conséquences importantes pour ce dernier, notamment :

› La formule de calcul des prestations :

Le montant de la prestation d'invalidité couvre seulement un pourcentage du salaire de l'adhérent. Cette différence de revenu peut avoir des impacts sur sa capacité de respecter ses obligations financières.

› La définition d'invalidité :

Lors d'une invalidité de plus longue durée, l'adhérent doit habituellement être incapable d'exercer toute occupation rémunératrice (autre que son emploi actuel) pour avoir droit à ses prestations. Cette invalidité entre en vigueur à la fin de la période d'invalidité de courte durée⁸.

6 Pour une meilleure compréhension du concept d'assurance collective et du terme « adhérent », se référer au site Web de l'Autorité au lien suivant : <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/>

7 Uniquement aux fins du présent document et afin d'alléger le texte, le terme « exclusions » a été utilisé et inclut également les termes « restrictions » et « limitations ».

8 Pour une meilleure compréhension du concept d'invalidité de courte et de longue durée, se référer au site de l'Autorité au lien suivant : <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite/>

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que les consommateurs disposent d'une information qui leur permette, avant, au moment et après l'achat d'un produit, d'être convenablement informés et de prendre des décisions éclairées quant aux produits. »

« L'Autorité s'attend à ce que l'information transmise aux consommateurs soit à jour et disponible au moment opportun, sur support papier ou sur tout autre médium durable. »

】 Les exclusions et conditions préexistantes :

Certaines exclusions et conditions préexistantes pourraient être méconnues, telles que celles liées aux sports extrêmes (ex. : saut en parachute ou ski hors piste). Parmi les différentes ententes que l'Autorité a analysées, jusqu'à 18 catégories d'exclusions ont été répertoriées.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent la transmission en temps opportun d'une information adéquate à l'adhérent, autant par le preneur que par l'assureur :

- 】 Précision des rôles et responsabilités du preneur au contrat-cadre ou à tout autre document pertinent et formation du preneur afin qu'il puisse comprendre concrètement ses rôles et responsabilités envers l'adhérent, notamment :
 - l'obligation de remise du document explicatif à l'adhérent lorsque ce document n'est pas disponible autrement;
 - la teneur des informations à transmettre à l'adhérent afin que celui-ci soit convenablement informé (ex. : présentation de la couverture d'assurance, de la formule de calcul des prestations, de la définition d'invalidité, des exclusions et des conditions préexistantes);
 - les limites de son rôle (rôle d'information et non de conseil envers l'adhérent);
 - les moments où il doit référer l'adhérent à l'assureur.
- 】 Mise en place de mesures permettant de s'assurer que le preneur assume son rôle et ses responsabilités tels qu'ils ont été convenus (ex. : rappels ou présentations au preneur, sondage aléatoire transmis aux adhérents);
- 】 Mise en place d'outils permettant d'informer convenablement l'adhérent (ex. : accès à l'information sur un site destiné à l'adhérent, conférences offertes à ce dernier, foire aux questions, soutien téléphonique, lexique, dépliant résumant les informations essentielles de la couverture d'assurance);
- 】 Extension des obligations de l'assureur envers le preneur à ceux à qui le preneur délègue ses fonctions (ex. : l'employeur à qui le preneur (ex. : syndicat) a délégué des activités).

1.2 Clarté et simplicité de l'information

Le réclamant n'est pas familier avec le vocabulaire propre au domaine de l'assurance invalidité collective.

Les informations communiquées à l'adhérent lors de son adhésion à l'assurance et lors du processus de traitement de sa demande de prestations doivent être formulées dans un langage simple et clair.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure compréhension par l'adhérent de l'information transmise par l'assureur :

- › Communication dans un langage simple et clair, notamment dans les documents explicatifs transmis au moment de l'adhésion ou lors du traitement des demandes de prestations (par exemple pour décrire les motifs de refus);
- › Utilisation d'un vocabulaire non technique ou non complexe (ex. : définition d'invalidité, capacité fonctionnelle, habiletés transférables, délai de carence) et ne portant pas à interprétation (ex. : soins ou chirurgies non médicalement nécessaires, activité ou sport dangereux). Lorsque cette utilisation ne peut être évitée, clarification de ce vocabulaire pour éliminer toute confusion pour l'adhérent sur la portée de sa couverture;
- › Création et accessibilité d'outils aidant l'adhérent à mieux comprendre l'information qui lui est transmise (ex. : lexique, paragraphes explicatifs ou référence à des clauses du contrat, guide destiné à l'adhérent, foire aux questions).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que l'information transmise aux consommateurs soit rédigée dans un langage simple et clair, et de façon à ne pas induire en erreur. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnités, le cas échéant. »

2. TRAITEMENT ET RÈGLEMENT DES DEMANDES DE PRESTATIONS

2.1 Formation en invalidité psychologique offerte au personnel responsable du traitement des demandes de prestations

La diffusion d'une formation de base et d'une formation continue au personnel responsable du traitement des demandes de prestations en assurance invalidité collective est nécessaire.

La formation offerte pour l'invalidité psychologique est particulièrement essentielle étant donné que ces dossiers ont un aspect subjectif et sont souvent de nature plus complexe que les dossiers d'invalidité à caractère physique.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une supervision et une formation adéquate sur le volet psychologique du personnel responsable du traitement des prestations :

- › Mise en place d'un programme de formation de base et en continu pour le personnel traitant les demandes de prestations qui inclut :
 - Les particularités de certaines maladies à caractère psychologique;
 - L'évolution dans le domaine des maladies à caractère psychologique;
 - L'interaction appropriée avec les adhérents ayant une invalidité à caractère psychologique.
- › Vigie de l'évolution dans le domaine des maladies à caractère psychologique et ajustement des programmes de formation de base et continue lorsque requis;
- › Mise en place d'un système de contrôle pour s'assurer que les formations sur le volet psychologique ont été suivies dans les délais requis;
- › Supervision de tout nouvel employé pendant une période appropriée pour les dossiers d'invalidité à caractère psychologique;
- › Ajustement des programmes de formation en fonction des lacunes décelées sur ce volet lors des contrôles de qualité des dossiers.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que :

- les consommateurs connaissent l'existence du service de traitement et de règlement des demandes d'indemnités ainsi que les coordonnées pour y accéder;
- les réclamants connaissent les principales étapes de la procédure de traitement et les délais de traitement prévus;
- les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnité, le cas échéant. »

2.2 Consultation d'un professionnel de la santé

L'analyse d'un dossier d'invalidité peut s'avérer parfois complexe et nécessiter l'avis d'un professionnel de la santé (ex. : documentation médicale difficile à interpréter, présence de diagnostics multiples ou de diagnostics de nature psychologique).

Pour ce faire, les assureurs mettent des professionnels de la santé à la disposition du personnel responsable de traiter les demandes de prestations.

Il est important d'orienter formellement le personnel responsable de traiter les demandes de prestations afin qu'il puisse déterminer s'il devrait consulter ou non un professionnel de la santé et le moment opportun pour le faire.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent la consultation au moment opportun d'un professionnel de la santé dans le cadre du traitement d'une demande de prestations :

- › Formalisation du rôle du professionnel de la santé;
- › Formalisation des critères permettant d'orienter le personnel responsable de traiter les demandes de prestations afin de déterminer la nécessité et le moment opportun pour consulter un professionnel de la santé;
- › Conservation au dossier de l'information relative à la consultation du professionnel de la santé par le personnel concerné et des résultats de cette consultation. Si la recommandation du professionnel de la santé n'est pas suivie par le personnel responsable, documentation de la raison et des démarches effectuées pour en arriver à cette conclusion (ex. : échanges avec le professionnel de la santé, discussion et approbation d'un supérieur).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants. »

2.3 Décision de refus, de cessation ou de suspension

La décision de refus, de cessation ou de suspension est toujours confirmée par l'envoi d'une lettre adressée au réclamant par l'assureur. Une information verbale est également généralement transmise.

Le réclamant doit obtenir toute l'information pertinente afin de bien comprendre les motifs de rejet total ou partiel de sa demande de prestations et les étapes subséquentes.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent un suivi approprié et la transmission d'une information adéquate à l'adhérent :

- › Suivi adéquat effectué auprès du réclamant s'il manque de l'information au dossier, suspension du dossier le temps d'obtenir cette information (au lieu de refuser la demande de prestations ou de fermer le dossier) et information de cette suspension transmise au réclamant;
- › Information suffisante transmise au réclamant sur :
 - le motif de la décision aux lettres de refus et de cessation, et personnalisation des motifs de la décision à la situation du réclamant dès la première communication;
 - les informations additionnelles requises pour statuer sur la demande de prestations.
- › Prochaines étapes du dossier précisées clairement aux lettres transmises au réclamant (ex. : processus de révision précisé aux lettres de refus ou de cessation, processus de traitement d'une plainte et de règlement des différends suivant la révision, analyse des informations additionnelles lorsqu'elles seront obtenues).

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants. »

« L'Autorité s'attend à ce que les réclamants se voient expliquer clairement et avec diligence les facteurs déterminants de l'évaluation et les motifs de rejet total ou partiel de leurs demandes d'indemnités, le cas échéant. »

2.4 Révision d'une décision

Le processus de révision des décisions rendues dans un dossier d'assurance invalidité collective devrait être équitable, objectif et simple, être facilement accessible et être communiqué au réclamant.

Pour le réclamant, il est primordial de s'appuyer sur une référence écrite afin d'y accéder ultérieurement ou pour consulter, au besoin, un conseiller ou un proche aidant. Cet élément est d'autant plus important pour les invalidités à caractère psychologique, étant donné l'état de vulnérabilité du réclamant.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent l'accessibilité, la communication, la simplification, l'équité et l'objectivité de ce processus de révision :

- Offre systématique à tous les réclamants de la possibilité de faire réviser la décision rendue à l'égard de leur demande de prestations, et ce, peu importe le motif de refus ou de cessation (incluant les motifs contractuels);
- Information écrite au réclamant sur les éléments essentiels du processus de révision de la décision (ex. : formalités, délais habituels, lien vers la section ou les documents pertinents sur le site Web de l'assureur (ex. : documents explicatifs, foire aux questions));
- Mise en place d'un processus de révision des décisions relatives aux demandes de prestations simple pour le réclamant et lui permettant notamment :
 - d'alléger ses démarches;
 - d'avoir peu d'étapes à franchir;
 - d'obtenir une révision par tous les intervenants appropriés dès la première demande de révision;
 - d'avoir l'assurance qu'une consultation du professionnel de la santé a été effectuée lorsque requis;
 - d'y accéder facilement (ex. : processus disponible et facilement accessible sur le site Web de l'assureur ou sur un site sécurisé destiné au réclamant).
- Objectivité et équité dans l'analyse de la demande de révision en s'assurant, entre autres, que la personne qui effectue celle-ci est différente de celle qui a traité initialement la demande de prestations.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que les demandes d'indemnités soient traitées avec diligence et réglées équitablement, selon une procédure simple et accessible pour les réclamants. »

« L'Autorité s'attend notamment à ce que les réclamants connaissent les principales étapes de la procédure de traitement et les délais de traitement prévus. »

3. TRAITEMENT DES PLAINTES ET RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le réclamant devrait être avisé (ex. : par lettre ou sur le site Web de l'assureur) de la procédure de traitement des plaintes et de règlement des différends de l'assureur, incluant les coordonnées de l'officier de règlement des différends ou de l'Ombudsman de l'assureur.

Cette procédure devrait être facile à retrouver sur le site Web de l'assureur afin de faciliter la démarche du réclamant pour porter plainte.

L'article 52 de la *Loi sur les assureurs*, qui entrera en vigueur en juin 2019⁹, obligera l'assureur à rendre public sur son site Web et à diffuser, par tout moyen propre à atteindre la clientèle concernée, un résumé de sa politique portant sur le traitement des plaintes ainsi que sur le règlement des différends.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure accessibilité et connaissance par le réclamant des informations relatives au processus de traitement des plaintes et de règlement des différends :

- › Inclusion à la lettre transmise au réclamant, à la suite du maintien d'un refus, de l'information sur le traitement des plaintes et le règlement des différends disponible sur le site Web de l'assureur (ex. : détails inclus directement à la lettre avec référence à la section pertinente du site Web) et référence à l'endroit où la consulter;
- › Disponibilité de l'information sur le traitement des plaintes et le règlement des différends sur le site Web de l'assureur, à un endroit facilement identifiable par l'adhérent;
- › Rappel au réclamant de la possibilité de demander à l'assureur de transférer son dossier à l'Autorité.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Le traitement des plaintes et le règlement des différends sont des activités déterminantes pour apprécier la performance d'une institution au niveau du traitement équitable des consommateurs. L'Autorité s'attend notamment à ce que les consommateurs connaissent l'existence du service de traitement des plaintes et règlement des différends ainsi que les coordonnées pour y accéder.

Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- *les causes communes sous-jacentes aux plaintes reçues sont identifiées et des mesures appropriées sont prises pour les éliminer sinon les atténuer;*
- *les comportements inappropriés du personnel chargé du traitement des plaintes et du règlement des différends sont détectés et des mesures appropriées sont prises. »*

4. GOUVERNANCE

4.1 Information de gestion

Des indicateurs permettant d'avoir une vision globale relative au traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective devraient être suivis par l'assureur afin qu'il puisse présenter une reddition de compte à la haute direction et au conseil d'administration qui leur :

- › donne l'assurance que les objectifs en matière de traitement équitable du consommateur ont été atteints et qu'ils puissent en apprécier la performance;
- › permette d'en dégager des constats et des tendances, de préciser les risques et les causes susceptibles d'avoir un impact négatif sur les adhérents et sur l'assureur (ex. : risque réputationnel) et d'intervenir en temps opportun.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui permettent à l'assureur d'avoir un portrait global du traitement effectué au sein de son entreprise et de s'assurer d'une gouvernance adéquate du traitement équitable du consommateur qui se reflète dans la culture de l'entreprise :

- › Objectifs à atteindre établis en matière de traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective;
- › Indicateurs développés pour évaluer le niveau d'atteinte de ces objectifs dont, à titre d'exemple :
 - le volume de primes et de prestations versées;
 - les délais de traitement des demandes de prestations et des révisions (incluant les délais de réponse et de versement des prestations);
 - le nombre de demandes de prestations par catégorie d'invalidités ou de diagnostics;
 - le taux de demandes de révision;
 - le taux de refus des demandes de prestations par catégorie d'invalidité ou de diagnostic (incluant celles à caractère psychologique);
 - le taux de maintien ou de changement de la décision à la suite d'une révision;
 - le nombre, les motifs et les types de plaintes et les litiges;

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- *la production d'une information de gestion qui permet :*
 - *d'apprécier la performance de l'institution en matière de traitement équitable des consommateurs;*
 - *de réagir, en temps opportun, aux changements ou aux risques susceptibles d'avoir un impact négatif sur ses clients;*
 - *de démontrer que le traitement équitable des consommateurs est intégré à la culture d'entreprise de l'institution. »*

- le taux de satisfaction de la clientèle dans les dossiers d'assurance invalidité collective (incluant un volet sur le traitement équitable du consommateur);
 - les résultats de l'assurance qualité;
 - les résultats de la vigie effectuée dans le domaine du traitement équitable du consommateur en assurance invalidité collective;
 - la distinction, dans les indicateurs présentés, entre l'invalidité à caractère psychologique et l'invalidité à caractère physique, lorsque approprié.
- › Analyse de ces indicateurs afin de déceler les problématiques ou tendances en termes de traitement équitable du consommateur et apport de correctifs lorsque requis;
 - › Reddition de compte à la haute direction et au conseil d'administration afin de leur permettre d'obtenir l'assurance que les objectifs en traitement équitable du consommateur ont été atteints;
 - › Partage des statistiques liées aux invalidités à caractère psychologique au preneur afin de lui permettre de mettre en place des mesures d'amélioration telles qu'un programme d'aide ou de santé destinés aux employés. Le preneur ne doit cependant pas être en mesure d'associer cette information à un réclamant en particulier.

4.2 Assurance qualité

Un programme d'assurance qualité permet de s'assurer du respect des critères établis pour le traitement des dossiers d'assurance invalidité collective. Les grilles d'assurance qualité qui permettent d'évaluer ces aspects devraient contenir des éléments relatifs au traitement équitable du consommateur afin de permettre à l'assureur de s'assurer que l'adhérent a été traité équitablement tout au long du processus lié à son invalidité.

L'intégration de ces critères à l'assurance qualité constitue un excellent moyen de renforcer la culture de l'entreprise en matière de traitement équitable du consommateur dans les dossiers d'assurance invalidité collective, et ce, particulièrement dans les dossiers d'invalidité à caractère psychologique.

Voici les bonnes pratiques attendues des assureurs par l'Autorité qui favorisent une meilleure détection des enjeux relatifs au traitement équitable du consommateur dans le processus d'assurance qualité :

- ▶ Ajout aux grilles d'assurance qualité d'éléments de vérification du traitement équitable du consommateur tels que :
 - des communications écrites et verbales destinées au réclamant complètes et respectant les attentes exprimées par l'assureur, par exemple :
 - ton utilisé respectueux et vocabulaire adapté à la situation du réclamant;
 - indication des motifs de refus de façon suffisamment détaillée;
 - mention des processus de révision et de traitement des plaintes et de règlement des différends, lorsque requis;
 - précision donnée sur les délais de traitement.
 - l'analyse et le traitement du dossier de demande de prestations adéquats (ex. : prise en considération de tous les éléments au dossier, plan d'intervention approprié à la situation du réclamant);
 - la consultation du professionnel de la santé, s'il y a lieu, effectuée au moment opportun;
 - la consultation ou l'autorisation d'une personne de niveau supérieur ou d'un gestionnaire obtenue lorsque requis (ex. : cas plus complexe);

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« Parmi les meilleures pratiques identifiées par l'Autorité, les institutions peuvent se référer aux suivantes :

- *des mécanismes et des contrôles pour s'assurer que les dérogations aux stratégies, politiques et procédures de l'institution, les conflits d'intérêts ou toutes autres situations susceptibles de nuire au traitement équitable des consommateurs soient identifiés et traités. »*

- les retours d'appels effectués en temps opportun;
 - l'écoute de certains appels téléphoniques à des étapes importantes du dossier;
 - les règles de protection des renseignements personnels et confidentiels du réclamant dûment respectées.
- 】 Analyse des résultats de cette assurance qualité afin de cerner les enjeux et de les traiter;
 - 】 Retour auprès du personnel et des équipes concernées afin de les informer des éléments à améliorer, d'exiger des correctifs lorsque requis (ex. : réévaluation d'une décision ou d'un élément) et de faire un suivi de la mise en place des correctifs requis;
 - 】 Mise à jour du programme de formation, sensibilisation des formateurs et collaboration avec le réassureur, pour les formations diffusées par ce dernier, pour diffuser ou ajuster la formation selon les résultats de l'assurance qualité.

5. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La préservation de la confidentialité des renseignements personnels de l'adhérent est primordiale et est assurée, entre autres, par l'utilisation de moyens de communication sécurisés.

Voici une bonne pratique attendue des assureurs par l'Autorité qui favorise une meilleure protection des renseignements personnels et aide à rehausser la confiance du public :

- Utilisation et offre aux intervenants concernés (ex. : adhérent, preneur, employeur, professionnel du domaine médical) de moyens de communication sécurisés pour la transmission de renseignements personnels à teneur hautement sensibles tels que les informations médicales.

Ligne directrice sur les saines pratiques commerciales

« L'Autorité s'attend à ce que la politique de protection de la confidentialité des renseignements personnels adoptée par l'institution permette d'assurer la conformité aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et reflète les meilleures pratiques dans ce domaine. »

« La protection des renseignements personnels est un enjeu prédominant pour une institution financière. La pérennité de ses opérations dépend entre autres de la confiance du public à cet égard. Les consommateurs s'attendent à ce que leurs renseignements personnels demeurent confidentiels et soient traités en conséquence. »

CONCLUSION

Plusieurs de ces bonnes pratiques sont déjà en place chez certains assureurs et chaque assureur précisera ses zones d'amélioration.

D'ailleurs, plusieurs assureurs, à la suite de nos travaux et discussions, ont confirmé qu'ils ont déjà amorcé la révision de certaines pratiques et qu'ils poursuivront leurs travaux en fonction des recommandations émises dans ce rapport.

Afin de favoriser l'atteinte des objectifs du présent rapport, l'Autorité vérifiera, dans le cadre de son mandat de surveillance, la mise en œuvre des bonnes pratiques recommandées par un suivi personnalisé auprès des assureurs concernés en obtenant un plan d'action de leur part et en menant ses interventions auprès de ceux-ci en application de son cadre de surveillance.

L'Autorité est consciente que le traitement équitable des invalidités à caractère psychologique fait l'objet de préoccupations de la part d'autres intervenants, dont les intervenants du milieu médical. L'Autorité demeure disponible pour un échange avec ces autres parties prenantes afin d'enrichir la réflexion sur le sujet.

L'Autorité tient à rappeler qu'elle rend accessible de l'information générale au sujet de l'assurance invalidité collective sur son site Web¹⁰ et peut également être contactée à son centre d'information par téléphone ou par l'utilisation du formulaire en ligne¹¹.

Autorité des marchés financiers

Québec

418 525-0337

Montréal

514 395-0337

Autres régions

1 877 525-0337

10 <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assurance/assurances-collectives/assurance-invalidite/>

11 <https://lautorite.qc.ca/grand-public/assistance-plainte-et-indemnisation/>

Sans frais 1 877 525-0337

lautorite.qc.ca

QUÉBEC

Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1
418 525-0337

MONTRÉAL

800, Square-Victoria, 22^e étage
C.P. 246, Place Victoria
Montréal (Québec) H4Z 1G3
514 395-0337