

Bulletin

N° A-02/11
I.A.R.D.
– Automobile

Droits et responsabilités des assureurs en matière de contestation des demandes d'indemnités douteuses ou abusives

À l'attention de toutes les compagnies d'assurances titulaires d'un permis d'exercer de l'assurance-automobile en Ontario et des fournisseurs de soins de santé

Avec le présent bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) rappelle aux assureurs leurs droits et responsabilités en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - en vigueur le 1er septembre 2010 (AIAL), en matière de contestation des demandes d'indemnités douteuses ou abusives.

La CSFO surveille constamment l'interprétation et l'application de l'AIAL et des directives connexes par les intervenants, dans l'objectif de repérer et corriger toute action contraire aux réformes récentes de l'assurance-automobile. La CSFO reconnaît qu'une grande majorité des intervenants sont des participants justes et responsables au système d'assurance-automobile. Toutefois, elle sait qu'un petit groupe de fournisseurs de services et de représentants continuent d'abuser du système.

Les assureurs doivent avoir mis en place des politiques et procédures conformes aux pratiques exemplaires et aux exigences légales, qui régissent le règlement des sinistres. Conformément à la norme du Bureau d'assurance du Canada, publiée le 6 mars 2006, sur le traitement et le règlement équitable des demandes, intitulée « Standards of Sound Marketplace Practice », la CSFO souhaite que les « demandes soient réglées aussi rapidement que possible et en conformité avec les exigences légales et les principes de justice et de transparence envers les demandeurs ».

Tous les intervenants du système d'assurance-automobile devraient assumer la responsabilité de veiller à ce que les prestations d'assurance-automobile soient octroyées d'une façon efficace et efficiente, en tenant compte du besoin d'établir un équilibre entre le traitement juste des victimes d'accidents et le prix de l'assurance pour les conducteurs.

La législation sur l'assurance-automobile de l'Ontario, y compris les récentes réformes de l'assurance-automobile qui sont entrées en vigueur le 1er septembre 2010, prévoit des mesures pour faciliter le traitement rapide des demandes d'indemnités d'accident légales par les assureurs tout en renforçant la gestion des demandes abusives.

Ces mesures sont les suivantes :

Directive sur les blessures légères

L'AIAL et la Directive sur les blessures légères (la Directive) visent à favoriser et promouvoir la plus vaste application possible de cette dernière, eu égard au fait que la plupart des personnes blessées dans un accident automobile en Ontario ne subissent que des lésions mineures pour lesquelles les biens et les services prévus par la Directive sur les blessures légères sont suffisants.

« Blessure légère » est définie dans l'AIAL comme Entorse, foulure, entorse cervicale, contusion, excoriation, laceration ou subluxation, seule ou en combinaison, et toute séquelle s'y rattachant sur le plan clinique.

Une personne qui subit une déficience qui correspond en grande partie à la définition de blessure légère est assujettie à la Directive. Une personne blessée ne sera pas exclue de l'application de la Directive dans les deux circonstances suivantes : elle a subi des blessures graves qui ne correspondent pas à la définition de blessure légère prévue dans l'AIAL et elle entre dans la catégorie des cas extrêmement limités où des preuves convaincantes démontrent qu'une condition préexistante l'empêchera d'atteindre un rétablissement maximal si il ou elle est limité au traitement de la Directive sur les blessures légères.

Il semble que certains fournisseurs demandent l'approbation du traitement de blessures légères dans le cadre d'un plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) au lieu de fournir un traitement pré-approuvé en vertu de la Directive en soumettant un formulaire de confirmation du traitement (FDIO-23).

Les réformes de l'assurance-automobile sont encore relativement neuves et les fournisseurs ne sont pas tous au courant de la définition de blessure légère et de l'existence de la Directive. En particulier, les fournisseurs ne savent pas tous que l'existence d'autres blessures et conditions ne soustraira pas forcément un demandeur à l'application de la Directive, si la déficience prédominante tombe sous le coup de la définition de blessure légère. Les assureurs doivent informer les fournisseurs du contenu de la Directive pour que les demandes d'indemnités futures soient traitées le plus rapidement possible. La CSFO sait que certains assureurs le font déjà avec succès.

Outre les blessures physiques subies dans un accident, certaines personnes assurées peuvent ressentir des problèmes psychosociaux, comme une dépression et de l'anxiété. Toutefois, les problèmes psychosociaux n'exigent pas nécessairement un traitement qui sort du champ d'application de la Directive. L'AIAL et la Directive autorisent les assureurs à informer les fournisseurs du fait que les problèmes psychosociaux découlant de blessures légères peuvent être réglés dans le cadre de la Directive, dans la catégorie des biens et services supplémentaires, pendant le traitement. Si l'assureur estime qu'il est nécessaire de justifier sa position, il peut demander un interrogatoire.

Multiples demandes de traitement et d'évaluation

Il semble qu'un petit nombre de fournisseurs ait pris l'habitude d'inonder les assureurs de multiples versions de plans de traitement et d'évaluation (FDIO-18) identiques ou semblables, dans l'espoir de submerger l'ajusteur. Dans de nombreux cas, il semble que l'objectif de ces fournisseurs soit que les évaluateurs dépassent le délai d'approbation énoncé dans l'AIAL.

Ce genre de comportement est tout à fait inacceptable. Les réformes récentes de l'assurance-automobile ont rationalisé le processus d'examen des formulaires FDIO-18. Les assureurs peuvent exercer leur pouvoir discrétionnaire pour décider s'il convient ou non de prendre une décision à l'égard d'un plan de traitement et d'évaluation avec ou sans interrogatoire. Les assureurs peuvent aussi rejeter une demande au motif qu'un formulaire FDIO-10 semblable ou identique a déjà été examiné et rejeté. L'assureur n'a aucune obligation de mener un interrogatoire pour chaque demande de plan de traitement et d'évaluation.

Par ailleurs, l'alinéa 25 (1) 3. de l'AIAL stipule qu'un assureur n'est pas obligé de payer l'examen ou l'approbation d'un plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18), y compris l'évaluation ou l'examen à cette fin, à moins que l'un ou plusieurs des biens ou services mentionnés dans le plan de traitement et d'évaluation soient approuvés par l'assureur, réputés payables par l'assureur ou déclarés payables par l'assureur par suite du règlement d'un différend.

Vérification des factures et frais

Dans certains cas, il semble que les assureurs ne prennent pas les mesures nécessaires pour confirmer si des frais couverts pour des biens ou services ou une dépense ont effectivement été engagés, ou qu'ils aient de la difficulté à le confirmer.

L'AIAL prévoit expressément que les frais couverts sont payables par l'assureur uniquement s'ils ont réellement été « engagés ». L'AIAL stipule aussi que des frais couverts ont été engagés si les conditions suivantes sont réunies :

- la personne assurée a reçu les biens ou les services auxquels se rapportent les frais;
- la personne assurée a payé les frais, a promis de les payer ou est légalement obligée par ailleurs de les payer;
- la personne qui a fourni les biens ou les services :
 - l'a fait dans le cadre de l'emploi, du métier ou de la profession qu'elle aurait habituellement exercé, n'eût été l'accident,
 - subi une perte pécuniaire par suite de la fourniture des biens ou des services à la personne assurée.

Les assureurs doivent demander des documents et des renseignements au besoin pour vérifier si des frais couverts ont réellement été engagés au sens de l'AIAL avant de régler une facture. Il est raisonnable pour un assureur d'informer le demandeur ou son fournisseur qu'une facture ne sera pas réglée tant qu'il n'a pas été vérifié que les frais ont réellement été engagés.

Les assureurs peuvent informer les demandeurs et les fournisseurs, lorsqu'un formulaire FDIO-18 est approuvé, qu'ils pourraient leur demander de confirmer que des dépenses facturées ont réellement eu lieu au sens de l'AIAL lorsque les factures sont présentées.

Factures de tiers

L'AIAL précise aussi que même si les prestations, y compris les frais à l'égard de biens et services liés à un traitement médical ou à des services de réadaptation, doivent généralement être versées directement au demandeur, les assureurs ont le pouvoir discrétionnaire (en vertu de l'alinéa 48 (2) a)) d'arranger un paiement direct aux fournisseurs de services. Ainsi, l'assureur peut librement énoncer les conditions raisonnables dans le cadre desquelles il accepterait d'effectuer un paiement direct, y compris la vérification que les frais ont réellement été « engagés ».

Relevés d'indemnités périodiques

L'AIAL exige des assureurs qu'ils remettent aux demandeurs des relevés d'indemnités périodiques pour les indemnités pour frais médicaux, de réadaptation ou de soins auxiliaires versés, ainsi que des montants qui restent disponibles. Les assureurs sont encouragés à saisir cette occasion pour demander aux demandeurs d'examiner de près leurs relevés et de signaler à l'assurance si des montants ont été payés en leur nom pour des biens ou services qu'ils n'ont pas reçus, car ce genre de paiement pourrait réduire le droit des assurés au reste de leurs prestations.

Interrogations sous serment

Un demandeur doit fournir à l'assureur tous les renseignements pertinents concernant une demande d'indemnités d'accident. Si l'assureur ne peut déterminer le droit aux indemnités d'accident, il peut, en vertu du paragraphe 33 (2), demander au demandeur de se soumettre à un interrogatoire sous serment. Les assureurs doivent se conformer à toutes les dispositions énoncées à cet égard, incluant : la limite à un interrogatoire par accident, le droit du demandeur d'être représenté, le choix d'une heure et d'un lieu acceptables pour le demandeur et la limite de l'étendue de l'interrogatoire aux questions pertinentes pour le droit aux indemnités. Si un demandeur ne se conforme pas aux exigences, l'assureur n'est pas obligé de payer les indemnités pendant cette période.

Philip Howell
Directeur général et
surintendant, Services financiers

Le 22 mars 2011

Page: 7009

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1990-2008

Dernière mise à jour : 3/22/2011 3:18:58 PM

Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON M2N 6L9
1 800 668-0128
416 250-7250

