

2010-2011 Rapport annuel



Ombudsman
des assurances de
personnes



OmbudService
for Life & Health
Insurance

OAP • OLHI



Table des matières

- P.01 Faits saillants + Volume total des activités
- P.02 Message de la présidente du conseil d'administration
- P.03 Message de la directrice exécutive
- P.04 Processus de traitement des plaintes
- P.06 Statistiques sur les plaintes
- P.08 Étude de cas : 1
- P.09 Statistiques sur les enquêtes
- P.10 Étude de cas : 2
- P.11 Statistiques sur les demandes de renseignements
- P.12 Étude de cas : 3
- P.13 Statistiques sur les sites Web
- P.14 Normes
- P.15 États financiers
- P.21 Sociétés membres
- P.22 Bureaux + membres du conseil d'administration

À propos de l'OAP

L'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) est un service indépendant de renseignement et de règlement des plaintes offert à tous les Canadiens qui souscrivent une assurance de personnes, qu'il s'agisse d'une assurance vie, d'une assurance invalidité, de prestations maladies pour les employés, d'une assurance voyage ou de produits de placement comme des rentes ou des fonds distincts.

Organisme sans but lucratif établi en 2002, l'OAP a été connu sous le nom de Service de conciliation des assurances de personnes du Canada jusqu'au 17 août 2009. Notre conseil d'administration a accepté la désignation Ombudsman des assurances de personnes (OAP) pour mettre l'accent sur notre rôle de service indépendant de renseignements et de résolution de différends.

L'OAP est membre du Réseau de conciliation du secteur financier (RCSF), un service pancanadien de résolution de différends appuyé par les organismes de réglementation du secteur financier et les sociétés de services financiers canadiens. Notre personnel affecté aux renseignements et au traitement des plaintes possède une connaissance approfondie des produits, des services et des pratiques en assurance de personnes et est en mesure de répondre rapidement aux préoccupations, aux questions ou aux plaintes des consommateurs, et ce gratuitement, dans les deux langues officielles, pendant les heures habituelles de travail et sur notre site Web au www.oapcanada.ca.

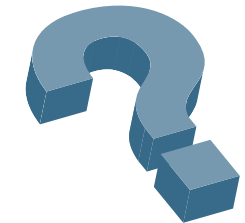
Illustration de la page couverture : «Three On The Line»
Acrylique et huile sur toile, par Doug Forsythe
(www.dougforsythegallery.com) © Doug Forsythe 2010

Faits saillants + Volume total des activités

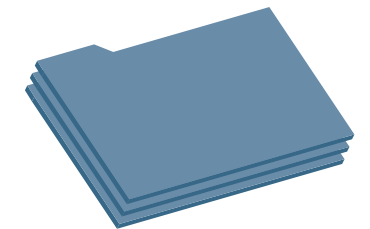
Faits saillants :

- Deuxième année du plan stratégique triennal terminée
- Mise en application de 53 recommandations issues de l'évaluation indépendante
- Amélioration de l'accès aux services de l'OAP
- Amélioration du processus interne de traitement des plaintes
- Réalisation d'un examen de nos ressources humaines
- Augmentation d'internautes visitant les sites Web de 110 %
- Total de 55 682 interactions avec le public

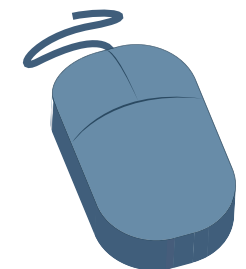
Analyse du volume total des activités



Demandes de renseignements 25 331



Plaintes 1 989



Visiteurs des sites Web 28 362



Enquêtes 18

Dr. Janice MacKinnon

Présidente du conseil d'administration,
Ombudsman des assurances de personnes

« Ce qui est bon pour les gens est également bon pour les entreprises. »
Leo Burnett, homme d'affaires (1891-1971)

L'année qui s'est écoulée fut des plus dynamiques et profondément marquée par des transitions, des changements et de nombreux progrès.

GOUVERNANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA)

J'ai été nommée à la présidence du CA en novembre dernier, au même moment où Dieter Kays, ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial, et Dan Thornton, ancien chef de l'exploitation de The Cooperators Life Insurance Company, ont été confirmés dans leurs fonctions de directeurs de l'industrie au sein du CA de l'OAP. Nous nous sommes par ailleurs appuyés sur l'excellent travail accompli par nos collègues partis à la retraite, soit le président du CA Bernard Bonin et l'administrateur Christopher McElvaine.

Olga Kuplowska a été embauchée en juin 2011 afin d'assumer les fonctions de secrétaire générale de l'OAP, en remplacement de Judy Barrie, qui a également pris sa retraite en novembre dernier. Mme Kuplowska cumule plus de 15 années d'expérience à titre de secrétaire générale au sein d'organismes publics axés sur les consommateurs.

Par ailleurs, nous avons greffé un nouveau Comité des ressources humaines (RH) aux comités permanents de notre CA. Son principal objectif consiste à tenir lieu de foyer pour l'examen et la rationalisation des politiques sur les ressources humaines, y compris en ce qui concerne les salaires et les avantages sociaux du personnel et des administrateurs. Le Comité des RH a tenu sa 1^{ère} réunion au début de 2011, et l'une de ses premières tâches fut d'adopter un plan de gestion du rendement, conformément aux recommandations issues de l'examen des ressources humaines. Au cours de l'année qui vient, le Comité des RH se penchera sur les autres recommandations découlant de cet examen.

RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE

Cette année, nous avons approuvé un budget qui ne prévoit aucune hausse des cotisations des sociétés membres. Nous continuerons donc à faire preuve de prudence à la gestion de nos finances, tout en veillant à respecter les buts et les objectifs de l'organisme.

PLAN STRATÉGIQUE

Nous avons terminé avec succès la 2^e année de notre plan stratégique triennal, en dépassant bon nombre des cibles établies. Ce plan stratégique a été élaboré en vue de l'adoption de 60 recommandations issues de l'évaluation indépendante. À ce jour, la mise en œuvre de 88 % de ces 60 recommandations a été entreprise ou terminée. Il convient d'ailleurs de souligner plus particulièrement la réalisation de l'examen des RH et de l'examen du processus interne de traitement des plaintes.

RECONNAISSANCE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS

La reconnaissance des services de l'OAP auprès des consommateurs a augmenté de façon appréciable (68 % au cours des 2 dernières années), en particulier depuis la mise en fonction de nos deux sites Web (en français et en anglais), en 2009. Un tel accroissement n'a toutefois rien d'étonnant puisque le public se tourne de plus en plus vers le Web pour trouver de l'information. Il s'agit là d'un aspect que nous devons surveiller étroitement afin d'exploiter pleinement les capacités du Web à promouvoir nos services.



RELATIONS AVEC LES PARTIES INTÉRESSÉES

Dès sa création, l'OAP a travaillé d'arrache-pied afin de maintenir des relations ouvertes et productives avec les pouvoirs de réglementation et les sociétés membres, reconnaissant qu'au bout du compte, de telles relations de travail sont profitables pour toutes les parties, y compris les consommateurs. Entre autres résultats tangibles obtenus cette année, les négociations menées avec l'industrie en vue de permettre aux consommateurs d'accéder plus rapidement, plus facilement et plus tôt aux services de l'OAP ont été couronnées de succès. L'organisme a également resserré et consolidé sa relation avec l'Agence de la consommation en matière financière du Canada (ACFC) à la suite de sa participation, cette année, à la conception du matériel d'éducation en matière financière destiné aux consommateurs de l'Agence. Nous avons d'ailleurs l'intention de poursuivre dans cette voie, qui s'inscrit parfaitement dans notre mandat et nos objectifs généraux, et l'OAP continue à participer activement aux réunions périodiques du Comité de règlement des différends (CRD) du Forum conjoint des autorités de réglementation du marché financier.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Parmi les objectifs pour l'année qui vient, nous avons l'intention de : **continuer** à accroître la sensibilisation des consommateurs ; **poursuivre** l'approfondissement de nos relations avec les parties intéressées ; **terminer** la 3^e année du plan stratégique triennal ; et **concevoir** des mesures qui démontreront avec davantage de pertinence la valeur de l'OAP pour les parties intéressées.

En conclusion, l'OAP est privilégié de pouvoir compter sur un CA dont les membres sont aussi compétents et engagés. À titre personnel, j'aimerais remercier ces administrateurs pour leur confiance et leur soutien. Je tiens également à remercier Holly Nicholson, notre directrice exécutive, pour son excellente gestion d'un organisme fort efficace, ainsi que le personnel de l'OAP pour son travail et son dévouement. Enfin, et surtout, je remercie les sociétés membres et les autres parties intéressées de l'industrie pour leur soutien et leur collaboration à l'avancement de la mission de l'OAP, ainsi que pour avoir rendu possible la création d'une tribune indépendante axée sur la protection des consommateurs.

Dr. Janice MacKinnon
Présidente du conseil d'administration, OAP

Holly Nicholson

Directrice exécutive et avocate-conseil,
Ombudsman des assurances de personnes

« La route qui mène à la réussite est constamment en construction. »
Lily Tomlin, actrice et comédienne

Nous sommes heureux de vous présenter les faits saillants d'une autre année de réussite significative au chapitre de l'exploitation de l'OAP.

ACCROISSEMENT DE LA SENSIBILISATION

L'OAP continue d'améliorer l'accès des consommateurs à ses services, ainsi que la reconnaissance de ceux-ci au sein de la population. En 2010-2011, l'organisme a eu plus de 55 500 interactions avec le public et ses sites Web ont reçu plus de 28 000 visites. Exception faite du 3^e trimestre de cette année, les visites aux sites Web ont augmenté au cours des 7 trimestres écoulés depuis la mise en fonction des sites en 2009. Cette croissance reflète le pourcentage élevé d'internautes canadiens qui utilisent couramment le Web comme principale source d'information.

Nous avons également observé un changement dans la façon dont les consommateurs communiquent avec l'OAP, ceux-ci étant de moins en moins nombreux à nous téléphoner ou à nous écrire. C'est au sein de nos services d'information que ce changement a été le plus marqué, le nombre de demandes de renseignements généraux relatifs aux produits et aux sociétés sans lien avec le traitement des plaintes ayant connu un déclin. La demande pour de tels renseignements demeure néanmoins forte, comme le prouvent les quelques 12 911 visites effectuées aux pages Services d'information/Information Services de nos sites Web au cours du dernier exercice, ce qui représente une hausse de 44 % par rapport à l'année précédente. Nous avons en outre enregistré une hausse de 90 % des visites aux pages Web portant sur notre service de traitement des plaintes.

La publication de communiqués de presse et d'articles, ainsi que notre participation à des conférences ont également contribué à mieux faire connaître l'OAP, et l'organisme continuera à utiliser ces vecteurs lorsqu'ils s'avèrent adéquats et rentables.

En somme, notre organisme de conciliation a accru, de manière significative et en très peu de temps, la sensibilisation du public à ses services, ce qui constituait l'une des principales recommandations issues de l'évaluation indépendante. Au cours de l'année à venir, nous avons l'intention de continuer à miser sur cette sensibilisation, notamment en intensifiant notre présence sur le Web grâce au lancement de la page Facebook de l'organisme et en continuant à joindre les consommateurs, tant de manière directe que par le truchement d'intermédiaires.

PLAN STRATÉGIQUE

L'exercice qui vient de se terminer a marqué la fin de la 2^e année de notre plan stratégique triennal, qui mettait cette année l'accent sur deux grandes initiatives. La 1^{ère}, soit le tout premier examen des ressources humaines de l'OAP et réalisé par un consultant indépendant, s'est penché sur les aspects relatifs à la structure et au fonctionnement des ressources humaines. Cet examen a donné lieu à de nombreuses observations et recommandations visant à aider l'organisme à s'acquitter de son mandat par le truchement d'une conception et d'une structure organisationnelles adéquates, de la planification du travail actuel et à venir, ainsi que de systèmes de gestion des ressources humaines.



La 2^e grande initiative a été un rigoureux examen de nos procédures internes de traitement des plaintes, y compris le regroupement des données et la production des rapports. Grâce au soutien de son personnel dévoué, l'OAP a réussi à concevoir et à mettre en œuvre un processus moderne de traitement des plaintes qui a permis de régler 330 dossiers de plaintes écrites et plus de 1600 appels durant l'année.

DIFFUSION EXTERNE AUPRÈS DES PARTIES INTÉRESSÉES

L'OAP poursuit ses activités de diffusion externe auprès des principaux groupes de parties intéressées. L'un des résultats marquants de cette année fut l'amélioration des relations avec le Comité sur les services de conciliation de l'ACCAP. Au cours des rencontres et des négociations, l'OAP et les représentants des sociétés membres ont par ailleurs établi 9 recommandations qui permettront d'accroître l'accessibilité et la qualité des processus de traitement des plaintes des consommateurs dans l'ensemble de l'industrie. Entre autres réalisations significatives, les sociétés membres ont conclu un accord visant à faciliter l'accès aux services de traitement des plaintes de l'OAP, en plus d'établir des jalons relatifs à notre processus de traitement des plaintes.

RÉSUMÉ

Cette année, l'OAP a misé sur ses réussites passées, dépassant les attentes dans les domaines clés de la sensibilisation des consommateurs, de la collaboration des parties intéressées et de la mise en œuvre de l'évaluation indépendante.

Il va sans dire que de tels progrès fonctionnels n'auraient pu être réalisés sans l'engagement indéfectible des membres de notre CA et de notre personnel. Nous tenons également à remercier nos sociétés membres et notre association professionnelle pour le ferme soutien qu'elles ont manifesté envers notre organisme, comme l'ont démontré les négociations réussies avec le Comité sur les services de conciliation de l'ACCAP. Enfin, nous sommes également reconnaissants du soutien continu des pouvoirs de réglementation, dont la confiance envers notre orientation et la reconnaissance de nos efforts ne se démentent pas. À titre personnel, c'est un honneur pour moi d'être au service d'un organisme qui se consacre à la prestation d'un service de conciliation impartial, efficace et professionnel, et j'espère que l'année qui vient sera aussi couronnée de succès.

Holly Nicholson, LL.B.
Directrice exécutive et avocate-conseil, OAP

Processus de traitement des plaintes

1

Interactions avec les consommateurs

- Fournir au consommateur des directives générales relatives à l'industrie et aux processus de traitement des plaintes de l'OAP
- Aiguiller le consommateur vers la société membre, aux fins d'application du processus interne, le cas échéant

2

Examen par conseiller du service de traitement des plaintes

- Déterminer si une plainte relève du mandat de l'OAP¹
- Le consommateur soumet un énoncé de prise de position définitif, ainsi que l'information connexe
- Le conseiller aux plaintes détermine s'il y a des motifs de conciliation avec l'assureur
- Si aucun motif ne justifie la tenue d'une telle conciliation, on préparera une lettre d'examen et on cernerá les options éventuelles

3

Examen par conciliateur

- Si des motifs justifient une tentative de conciliation, le conciliateur discutera de la plainte avec les parties concernées afin d'obtenir toute information supplémentaire nécessaire
- Le conciliateur tentera de favoriser la résolution volontaire de la plainte par le truchement de la conciliation

4

Examen par expert en règlement des litiges

- Si des motifs justifient la poursuite du traitement de la plainte, l'expert en règlement des litiges (l'ERL) passera la plainte en revue et la soumettra à un examen
- Les parties peuvent discuter avec l'ERL si elles le souhaitent
- L'ERL préparera un rapport écrit qui présente des recommandations non exécutoires

¹ L'OAP n'accepte pas les plaintes :

- qui ne concernent pas l'assurance de personnes ou qui ne visent pas une de ses sociétés membres ;
- qu'il a déjà traitées, ni les plaintes qui ont déjà été ou qui sont actuellement examinées par une cour ou un tribunal ou soumises à un autre processus de règlement des différends ;
- qui sont soumises par des fournisseurs de services de tierce partie ou qui ont trait à un régime non assuré dont l'administration est assurée par une société membre.

Première étape

Un conseiller du service de traitement des plaintes de l'OAP détermine si le consommateur a reçu une lettre expliquant la décision finale de son assureur, ce qui marque la fin du processus interne de résolution des plaintes de celui-ci. Si le consommateur n'a pas reçu un tel énoncé, le conseiller du service de traitement des plaintes lui recommandera de se prévaloir du processus interne de résolution des plaintes de son assureur et offrira des lignes directrices générales sur la nature et le type de renseignements dont l'entreprise aura besoin en vue de traiter la plainte.

Deuxième étape

Un consommateur qui a reçu la lettre expliquant la décision finale de la société d'assurance de personnes membre de l'OAP, et n'est pas satisfait du résultat, peut se prévaloir du processus gratuit et indépendant de résolution des plaintes de l'OAP.

À cette étape, un conseiller aux plaintes chevronné étudie la plainte de manière impartiale, recueille tous les renseignements et faits pertinents, puis indique au consommateur la meilleure façon de procéder pour en arriver à un règlement; ceci peut signifier d'envoyer de l'information supplémentaire à l'assureur ou de communiquer avec lui avec l'aide de l'OAP.

Troisième étape

Si la plainte n'est toujours pas résolue au terme de la deuxième étape, l'OAP peut, à sa discrétion, acheminer la plainte à un conciliateur aux fins d'enquête et de conciliation. Ce conciliateur collabore avec le consommateur et la société membre en vue de la résolution volontaire de la plainte. Le conciliateur communique avec les deux parties afin de recueillir tous les renseignements supplémentaires nécessaires, puis évalue la plainte de manière à trouver un terrain d'entente entre les parties.

Quatrième étape

Au besoin, une plainte peut être soumise à une autre révision, qui donnera lieu à une recommandation non exécutoire pour le consommateur et la société membre.



Statistiques sur les plaintes

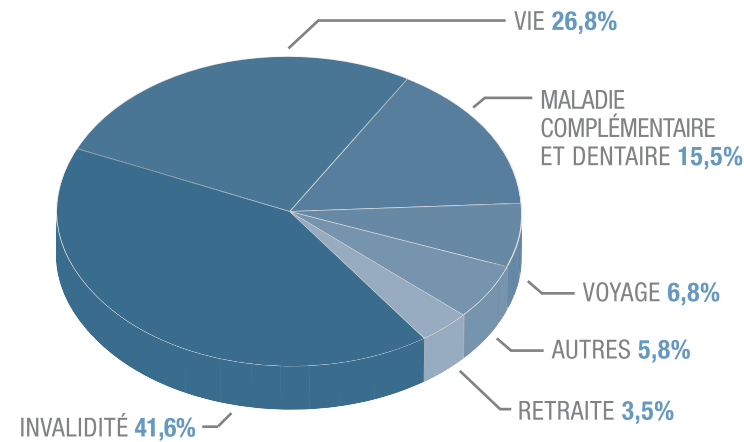
Aperçu

Dans le cadre de ses efforts constants pour améliorer l'exactitude et l'efficacité de ses processus, l'OAP a modifié ses méthodes de calcul du volume des plaintes au début du présent exercice financier. Ce changement prévoit que seuls les nouveaux dossiers ouverts au cours d'un exercice donné seront inclus dans les données annuelles. Les dossiers qui ont été établis au cours d'un exercice précédent et dont le traitement se poursuit au cours de l'année suivante ne seront plus pris en compte dans le calcul du volume annuel. Ce changement aux méthodes de calcul permettra de dresser un portrait plus précis du volume de nouvelles plaintes reçues au cours d'une période de rapport donnée.

Cette année, l'OAP a reçu 1989 plaintes, comparativement à 2220 au cours de l'exercice précédent. Une telle diminution du volume résulte directement de la modification de notre méthode de calcul du volume des plaintes reçues. Ayant atteint le nombre de 200 au cours de la dernière année, les plaintes soumises au cours d'un exercice antérieur et dont le traitement s'est poursuivi l'année suivante font désormais l'objet d'un suivi distinct.

Comme au cours des années précédentes, ce sont les plaintes touchant à l'assurance invalidité qui ont fait l'objet du plus grand nombre de plaintes par type de produit, dans une proportion de 41,6 %. Bien qu'on ait observé cette année un léger recul des plaintes relatives à l'assurance vie, celles-ci demeurent la deuxième plus importante catégorie de plaintes par type de produit. L'OAP a cependant enregistré une hausse des plaintes relatives aux assurances soins dentaires et maladie complémentaire, celles-ci représentant cette année 15,5 % de toutes les plaintes par type de produit.

Plaintes par produit



TOTAL 1 989

Aperçu

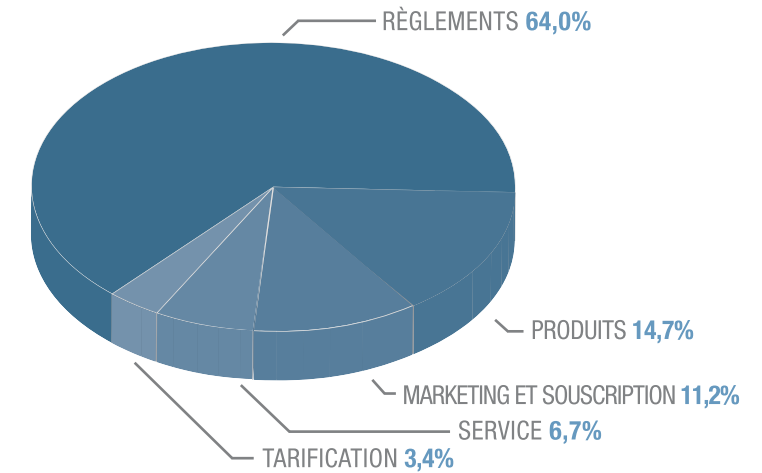
L'Ontario et le Québec continuent d'enregistrer le plus grand nombre de plaintes par région. Pour la deuxième année consécutive, la proportion de plaintes soumises par des consommateurs québécois (44 %) a dépassé celle de l'Ontario (37,2 %).

Selon le type de fonction au sein des sociétés membres, la catégorie des demandes de règlement continue de générer la plus forte proportion de plaintes (64 %). Le nombre de plaintes relatives à la conception des produits a presque doublé depuis le dernier exercice financier, atteignant 14,7 % cette année, comparativement à 7,2 % l'année précédente. Cette hausse des dossiers relatifs aux produits était accompagnée d'une diminution parallèle de la proportion de plaintes relatives au service.

Le pourcentage de plaintes soumises à l'OAP par le truchement d'Internet a continué à augmenter au cours de l'exercice, pour atteindre 23,6 %, ce qui représente le plus important vecteur de présentation de plaintes pour l'organisme. Le gouvernement (exception faite des pouvoirs de réglementation) et les sociétés d'assurance constituent aussi d'importantes sources de renvois de plaintes, soit 19,2 % et 14,1 % respectivement.

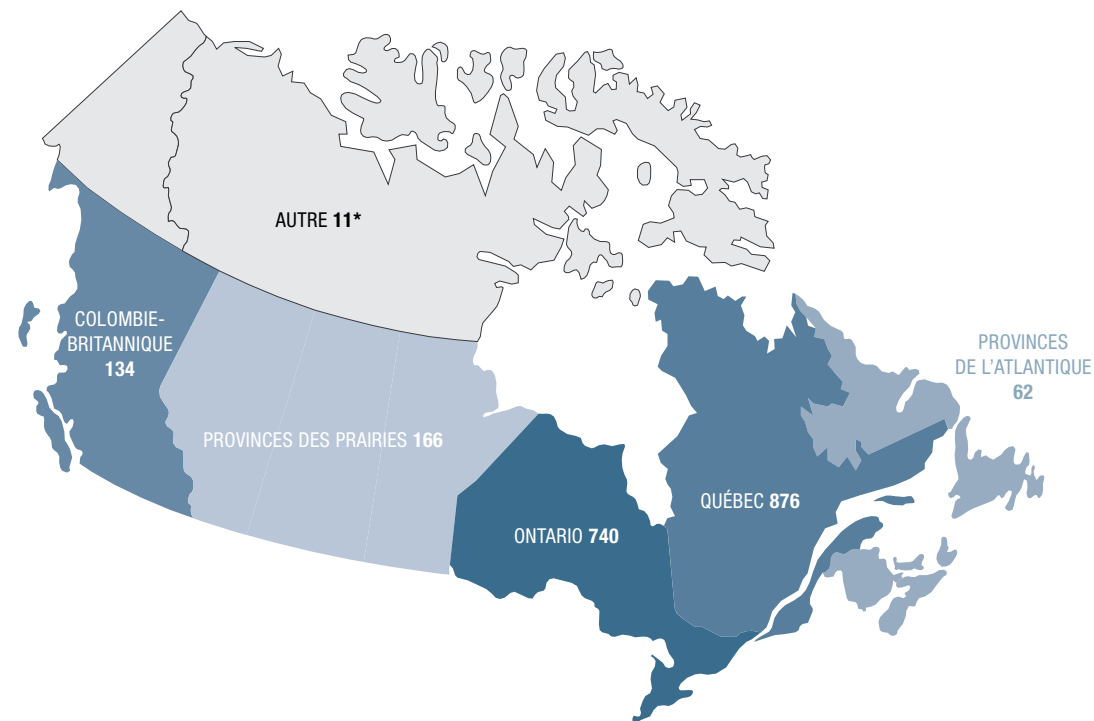
Encore une fois, les plaintes relatives à l'assurance collective ont constitué la majorité des plaintes classées selon le type de protection (47,8 %). Les plaintes relatives à l'assurance personnelle et à l'assurance crédit ont enregistré des pourcentages de plaintes de 41,1 % et de 11,2 % respectivement, soit des proportions conformes à celles des années précédentes.

Plaintes par fonction au sein de la société



TOTAL 1 989

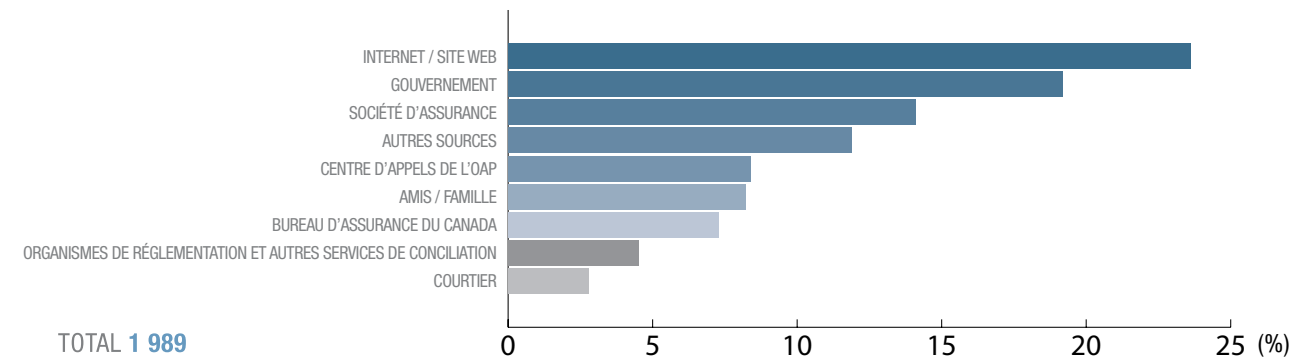
Plaintes par région



TOTAL 1 989

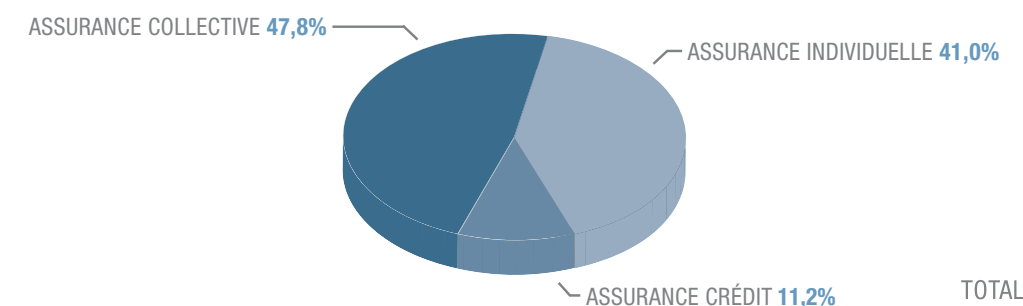
*Comprend les plaintes de l'extérieur du Canada

Plaintes par source



TOTAL 1 989

Plaintes par type de protection



TOTAL 1 989

Erreur sur la médication

M. et Mme J. ont souscrit une assurance vie qui devait servir à régler les coûts de leurs funérailles. Deux ans après l'achat, Mme J. a succombé au cancer et sa famille a procédé à des funérailles dont les coûts s'élevaient à 7500 \$. Une demande de règlement a donc été présentée à la société d'assurance au moment opportun, aux fins de remboursement de ces coûts, et conformément aux pratiques habituelles, l'assureur a examiné les antécédents médicaux de Mme J. afin de déterminer si elle avait mentionné sa maladie sur la demande d'assurance.

La demande de règlement a été rejetée, l'assureur arguant que Mme J. avait répondu de manière erronée à l'une des questions sur son état de santé de la demande d'assurance, c'est-à-dire qu'elle avait répondu par la négative à la question « Au cours des trois (3) dernières années, le demandeur a-t-il reçu un traitement relatif à une combinaison d'hypertension et de diabète ou ces deux maladies ont-elles été diagnostiquées chez lui ? ». Si Mme J. avait répondu affirmativement à cette question, l'assureur aurait refusé de lui fournir une protection.

Bien que M. J. ait admis que son épouse était atteinte du diabète, il soutenait qu'on ne lui avait jamais appris qu'elle souffrait également d'hypertension. Or, l'assureur invoquait une note consignée au rapport de sortie d'hôpital (à la suite d'une opération au bras), qui affirmait que Mme J. souffrait d'hypertension et qu'elle prenait un médicament visant à traiter l'angine et l'hypertension. À la lumière de cette information, l'assureur était d'avis que Mme J. aurait dû répondre par l'affirmative à la question de la demande d'assurance.

Étonné d'apprendre que son épouse souffrait d'hypertension, M. J. a montré la réponse de l'assureur à son médecin de famille, qui a confirmé que sa patiente n'était pas atteinte d'une telle affection. Il a également contesté l'information fournie par l'assureur relativement au médicament qui avait été prescrit à Mme J., affirmant qu'il avait prescrit ce médicament pour traiter le diabète de Mme J., et non l'hypertension, bien qu'il soit couramment utilisé pour soigner les deux maladies.

M. J. a soumis sa plainte à l'Ombudsman des assurances de personnes, où un conseiller du service de traitement des plaintes a examiné son dossier. À la lumière des renseignements fournis par le médecin de famille, le conseiller a proposé à M. J. d'obtenir de ce dernier un rapport décrivant l'état de santé de son épouse au moment où elle a rempli la demande d'assurance. Dans ce rapport, le médecin de famille a confirmé que Mme J. ne souffrait pas d'hypertension attestée et qu'il avait prescrit le médicament en question non pas pour traiter l'hypertension, mais bien le diabète de sa patiente, contrairement à ce que l'assureur alléguait. Le médecin a également mentionné qu'il est possible que la tension artérielle de Mme J. ait été temporairement élevée en raison de l'opération qu'elle avait subie au bras, mais a

« La demande de règlement a été rejetée, l'assureur arguant que Mme J. avait répondu de manière erronée à l'une des questions sur son état de santé de la demande d'assurance... »

confirmé que cette tension a repris une valeur normale après que sa patiente a récupéré de l'opération.

L'OAP a transmis un exemplaire de la lettre du médecin à l'assureur, lui demandant de revoir sa décision. Après avoir pris connaissance de la lettre du médecin, l'assureur a conclu que Mme J. l'avait correctement informé de son état de santé dans sa demande d'assurance, puis a accepté de verser la totalité des prestations exigées dans la demande de règlement.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Aperçu

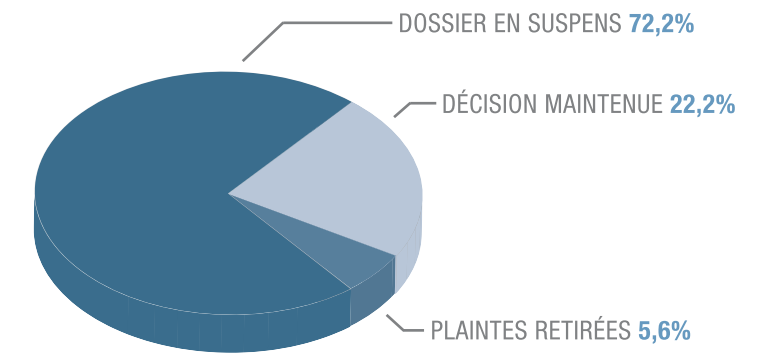
L'OAP a ouvert dix-huit (18) dossiers d'enquête au cours de l'année, soit un peu moins que la moyenne des trois dernières années, qui s'élevait à vingt enquêtes par année. Le volume d'enquêtes supérieur des exercices précédents était attribuable au grand nombre de plaintes relatives aux services de commercialisation et de ventes, lesquelles résultaient des fluctuations du marché observées au cours de cette période.

La proportion d'enquêtes relatives aux produits de retraite cette année fut de 33,3 %, ce qui est supérieur au pourcentage de dossiers relatifs aux prestations d'invalidité (27,8 %). Le recul du pourcentage d'enquêtes visant des plaintes relatives aux prestations d'invalidité poursuit la tendance observée au cours des trois dernières années, et le pourcentage d'enquêtes visant des plaintes relatives à l'assurance vie continue également de diminuer. Les déclinés notés dans ces deux catégories sont toutefois contrebalancés par une hausse du nombre d'enquêtes relatives aux catégories de l'assurance voyage et des produits de retraite.

Lorsqu'on les classe selon les fonctions de l'entreprise, les plaintes relatives aux fonctions de commercialisation et de ventes, ainsi que de demandes de règlement totalisent presque 40 % de tous les dossiers s'étant rendus jusqu'à l'étape de l'enquête. Viennent ensuite les plaintes relatives au service (27,8 %) et aux produits (11,1 %). Cette année, les proportions de plaintes visant les catégories des demandes de règlement et du service ont augmenté, mais celle des plaintes visant les fonctions de commercialisation et de ventes a diminué.

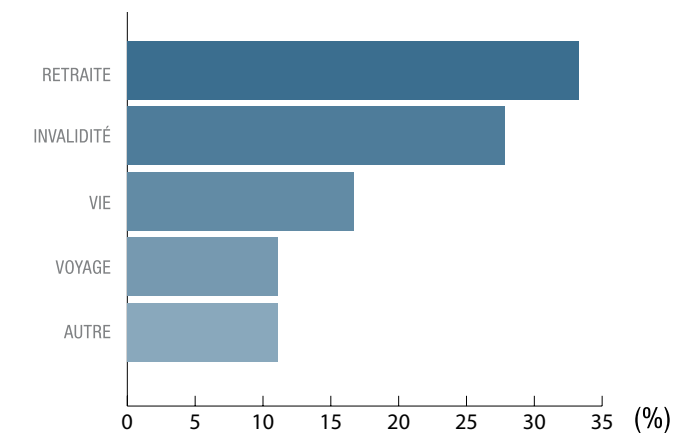
Comparativement aux années précédentes, un pourcentage supérieur d'enquêtes lancées au cours de l'année était toujours en cours à la fin de l'exercice. Parmi ces enquêtes, cinq se sont rendues depuis jusqu'aux troisième et dernière étapes du processus d'examen des plaintes de l'OAP, soit la phase de l'examen par un expert en règlement des litiges. On prévoit que ces dossiers seront résolus au cours de l'exercice qui vient. Parmi les enquêtes conclues au cours de l'année, les enquêteurs ont réussi à en arriver à un règlement dans 14,3 % des cas.

Issue des dossiers ouverts



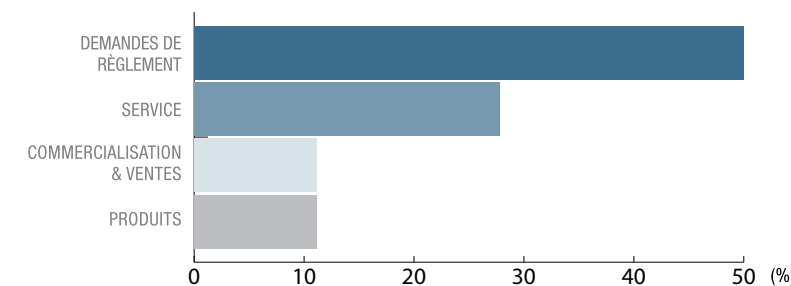
TOTAL 18

Enquêtes par type de produit



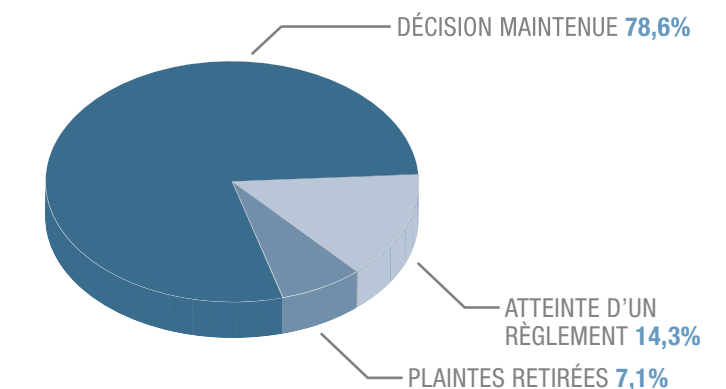
TOTAL 18

Enquêtes par fonction au sein de la société



TOTAL 18

Issue des dossiers réglés



TOTAL 14

Confusion autour de la protection

Un couple d'Ontariens a planifié un voyage d'une vingtaine de jours au Pérou, la date de leur départ ayant été fixée au 18 avril 2010. Payés à l'avance, les coûts totaux du voyage, qui s'élevaient à plus de 9000 \$ pour les deux personnes, comprenaient les billets d'avion et un circuit de visite organisé dans l'ensemble du pays.

Au moment de faire ses réservations, le couple a souscrit une assurance contre les risques suivants : annulation et interruption de voyage, soins médicaux d'urgence, perte ou vol des bagages et des effets personnels, accident aérien et accident de voyage. Le contrat d'assurance prévoyait le remboursement de « la portion non utilisée des dispositions de voyage prépayées ».

Comme prévu, le couple est parti le 18 avril, mais l'homme a été malade dès son arrivée au Pérou et a été hospitalisé à Lima le 19 avril. Ayant reçu un diagnostic de trouble cardiaque, l'homme est demeuré à l'hôpital pendant neuf jours, jusqu'à ce que son état se stabilise et qu'il soit en mesure de rentrer au Canada avec son épouse. Étant donné cette hospitalisation, le couple n'a malheureusement pas pu participer au circuit de visite organisé dans l'ensemble du Pérou qu'il avait réservé et qui devait partir de Lima le 20 avril.

Pendant l'hospitalisation de son époux, la femme a dû louer une chambre d'hôtel à Lima, et le couple a bien évidemment été dans l'obligation d'assumer toute une gamme de frais médicaux et de dépenses connexes en raison de ce séjour à l'hôpital.

Peu après être rentré en Ontario, le couple a présenté une demande de règlement en vertu de son assurance voyage. L'assureur a cependant rejeté une bonne partie des dépenses dans une lettre qui précisait que les pertes n'étaient pas entièrement garanties aux termes de la police d'assurance. Dans cette lettre, l'assureur cite les dispositions suivantes de la police : « Qu'est-ce qui est exclu de la protection ? [...] La protection ne s'applique pas aux pertes, aux sinistres ou aux dépenses de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par : c) des dispositions de voyage prépayées pour lesquelles aucune prime d'assurance n'a été payée. » L'assureur soutenait par ailleurs que la police d'assurance du couple ne prévoyait qu'un remboursement maximal de 400 \$ par personne pour les dispositions de voyages prépayées.

Dès qu'il a reçu la lettre de l'assureur, l'homme a communiqué avec le centre d'appels de la société d'assurance afin de savoir pourquoi la protection ne s'appliquait pas à la totalité des dépenses de voyage prépayées. Le représentant n'ayant pas répondu de manière satisfaisante aux questions du consommateur, celui-ci s'est résolu à téléphoner à l'OAP après plusieurs appels infructueux à son assureur.

Conformément au processus de l'OAP, l'homme fut rapidement aiguillé vers une conseillère du service de traitement des plaintes afin d'obtenir de l'aide. Après avoir discuté avec l'homme des faits à l'origine de la demande de règlement, ainsi que de la position présentée dans la lettre de l'assureur, la conseillère a conclu que la section du contrat qui

« L'assureur a cependant rejeté une bonne partie des dépenses dans une lettre qui précisait que les pertes n'étaient pas entièrement garanties aux termes de la police d'assurance. »

portait sur les éléments exclus de la protection et que l'assureur citait dans sa lettre ne s'appliquait pas dans les circonstances, car le couple avait souscrit une assurance voyage qui garantissait tous les risques, y compris « la portion non utilisée des dispositions de voyage prépayées ». La conseillère a donc recommandé à l'homme de répondre par écrit à la lettre de l'assureur, en fournissant la documentation exigée par celui-ci, de même que des références aux dispositions de la police qui s'appliquent à la demande de règlement.

Suivant les recommandations de la conseillère, l'homme a écrit à son assureur le 28 juillet. Quelques semaines plus tard, la conseillère a reçu un appel de ce consommateur, qui souhaitait la remercier de son aide et lui apprendre que son assureur lui avait remboursé une somme de plus de 9000 \$.

Au fil de la conversation, la conseillère a appris qu'une erreur administrative était vraisemblablement à l'origine du refus initial de l'assureur. Après que le consommateur a répondu à son assureur par écrit en précisant la nature et les types de protections souscrites, conformément à la recommandation de la conseillère du service de traitement des plaintes, cette erreur fut rapidement cernée et l'assureur s'est empressé de régler la demande de remboursement du consommateur.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

Aperçu

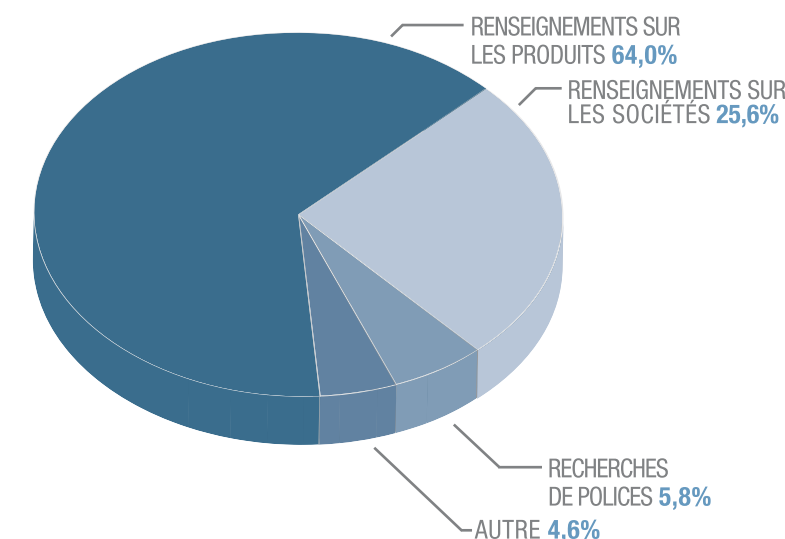
L'OAP fournit aux consommateurs canadiens des renseignements généraux sur les produits et les services d'assurance de personnes par le truchement de ses centres d'appel sans frais nationaux de Toronto et de Montréal. Nous offrons également de nombreux dépliants à l'intention des consommateurs et aidons ceux-ci à retrouver des polices d'assurance perdues.

Au cours de 2010-2011, les services d'information de l'OAP ont répondu à 25 331 demandes de renseignements portant sur les produits et services d'assurance de personnes. Il s'agit là d'une diminution significative du volume de demandes écrites et d'appels reçus par nos centres d'appel, les consommateurs étant de plus en plus nombreux à consulter Internet pour obtenir de tels renseignements.

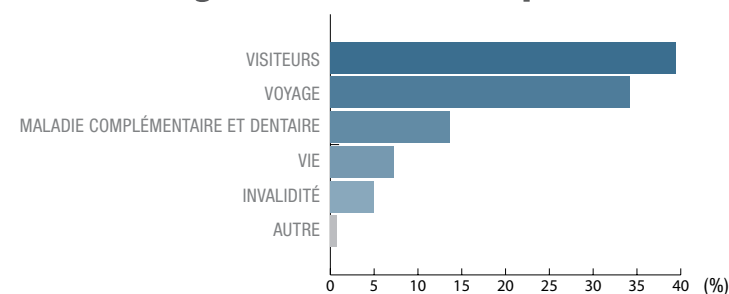
Comme dans les années passées, près de 90 % des demandes de renseignements reçues par l'OAP visaient l'information sur les sociétés d'assurance et les produits. En ce qui concerne les « produits », les demandes de renseignements les plus nombreuses portaient sur l'assurance pour les visiteurs, l'assurance voyage, et les assurances maladie complémentaire et soins dentaires. Dans le cas des demandes de renseignements sur les sociétés d'assurance, la majorité d'entre elles avaient trait aux coordonnées des sociétés.

Plus de 88 % de toutes les demandes de renseignements provenaient de l'Ontario et du Québec. Qui plus est, la presque totalité de toutes les demandes provenaient directement des consommateurs, seul un faible pourcentage ayant été envoyé par des intermédiaires tels que des agents ou des intervenants gouvernementaux. L'OAP a également reçu 1628 demandes de recherche de polices d'assurance vie, dont 90 répondaient à ses critères de recherche de police.

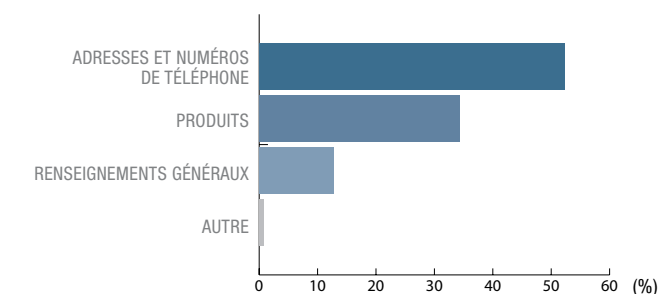
Pourquoi nous a-t-on appelé?



Analyse des demandes de renseignements sur les produits



Analyse des demandes de renseignements sur les sociétés



Demandes de renseignements par région

Québec	12 178	48,1%
Ontario	10 206	40,3%
Provinces des Prairies	1 126	4,4%
Colombie-Britannique	810	3,2%
Provinces de l'Atlantique	545	2,2%
Autre	466	1,8%
Total	25 331	100%

Un examen rigoureux des faits

Mme A. a écrit à l'OAP afin d'obtenir de l'aide après avoir échoué à faire renverser la décision de son assureur, qui avait interrompu le versement de ses prestations d'invalidité. Son assurance invalidité collective prévoyait le versement de prestations pour une période de vingt-quatre mois dans l'éventualité où elle serait incapable d'occuper son propre emploi. Pour être admissible à des prestations au terme de cette période, Mme A. devait fournir la preuve de son incapacité à occuper n'importe quel emploi pour lequel elle serait raisonnablement qualifiée au chapitre de la scolarité, de la formation ou de l'expérience.

Le dossier a été soumis à un conseiller du service de traitement des plaintes de l'OAP qui connaît bien le domaine des demandes de prestations d'invalidité. En effectuant un suivi auprès de Mme A., ce conseiller a appris qu'elle était assistante en physiothérapie, une profession très exigeante sur le plan physique. Plusieurs années auparavant, Mme A. avait subi une fracture à la jambe ayant nécessité une opération, à la suite de laquelle elle a présenté une demande de prestations d'invalidité aux termes de son assurance collective, demande qui a été acceptée. Le conseiller a également appris que Mme A. a collaboré aux efforts déployés par son assureur pour favoriser son retour au travail en participant activement au programme de réadaptation qui lui avait été prescrit et en se soumettant à une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) visant à déterminer son aptitude au travail. À la suite de l'ECF, Mme A. a reçu de son assureur une lettre l'informant que le versement des prestations cesserait au terme d'une période de six mois, soit la période d'« incapacité à occuper son propre emploi ». Mme A. a tenté à plusieurs reprises de faire renverser la décision de l'assureur d'interrompre le versement des prestations, mais en vain.

À la suite de cette discussion, le conseiller du service de traitement des plaintes a examiné la documentation qu'il avait demandé à Mme A. de lui faire parvenir, y compris la correspondance échangée avec l'assureur, les rapports médicaux, l'ECF et les documents soumis au RPC à l'appui de la demande de prestations d'invalidité. Le conseiller a alors remarqué que, bien que l'assureur ait tiré des résultats de l'ECF la conclusion que Mme A. pouvait effectuer un « travail sédentaire », le rapport lui-même ne mentionnait qu'une « capacité perçue à effectuer des travaux sédentaires légers tolérés ». Qui plus est, l'assureur n'avait procédé à aucune analyse des compétences transférables (ACT) à l'appui de sa conclusion selon laquelle Mme A. disposait des compétences et des capacités nécessaires pour occuper un poste sédentaire tel que celui de secrétaire ou de réceptionniste.

Le conseiller a également remarqué qu'au moment où il a pris la décision d'interrompre le versement des prestations, l'assureur semblait accorder beaucoup d'importance au fait que, durant la période initiale de versement, Mme A. avait réussi haut la main un cours de formation de six semaines en terminologie médicale et qu'elle avait répondu à des offres d'emploi dans le cadre desquels elle pourrait mettre ses nouvelles compétences en application. Le conseiller a en outre noté que le dossier de Mme A. comprenait des preuves claires et manifestes de la détérioration de son état de santé au cours des deux années qui ont suivi l'interruption des prestations.

Tous ces facteurs ont donc incité le conseiller à conclure que divers motifs justifiaient le renvoi du dossier à un conciliateur de l'OAP aux fins d'examen approfondi.

« Mme A. a tenté à plusieurs reprises de faire renverser la décision de l'assureur d'interrompre le versement des prestations, mais en vain. »

Le conciliateur a examiné le dossier, discuté longuement avec Mme A., puis déterminé que la prochaine étape consisterait à passer en revue le dossier de demandes de prestations de l'assureur. Conformément aux procédures de l'OAP, l'assureur a acquiescé à la demande de l'agent et lui a rapidement transmis ce dossier.

À la lumière de l'examen du dossier de l'assureur, il semblait que le refus de la demande de prestations d'invalidité de Mme A. se fondait sur la réussite manifeste d'un programme de réadaptation professionnelle, ainsi que sur l'ECF effectuée après dix-huit mois de la période initiale de demande de vingt-quatre mois.

Par ailleurs, l'état physique et mental de l'assurée s'étant clairement aggravé, celle-ci a clairement eu de la difficulté à terminer le programme de réadaptation qu'elle devait suivre afin d'éviter l'interruption de ses prestations. Le dossier de l'assureur présentait également des opinions contraires quant à la capacité de l'assurée à fonctionner dans quelque environnement de travail que ce soit. Qui plus est, la demande initiale de prestations que Mme A. avait présentée au RPC a été approuvée après avoir été d'abord rejetée.

Au terme de son examen, le conciliateur a envoyé une proposition écrite détaillée à l'assureur, lui recommandant de revoir sa décision.

L'assureur a réagi au moment opportun, en suggérant à Mme A. de se soumettre à un examen médical indépendant. Cet examen a permis de déterminer qu'elle était bel et bien incapable d'occuper quelque emploi que ce soit pour lequel elle serait raisonnablement qualifiée au chapitre de la scolarité, de la formation ou de l'expérience. Ayant approuvé l'évaluation du médecin examinateur indépendant, l'assureur a rapidement accepté de verser les prestations de façon continue, sous réserve d'un rajustement approprié s'appuyant sur les prestations du RPC déjà touchées.

Démenti : Dans l'exemple précédent les noms, lieux et événements ont été modifiés dans le but de protéger la vie privée des personnes concernées.

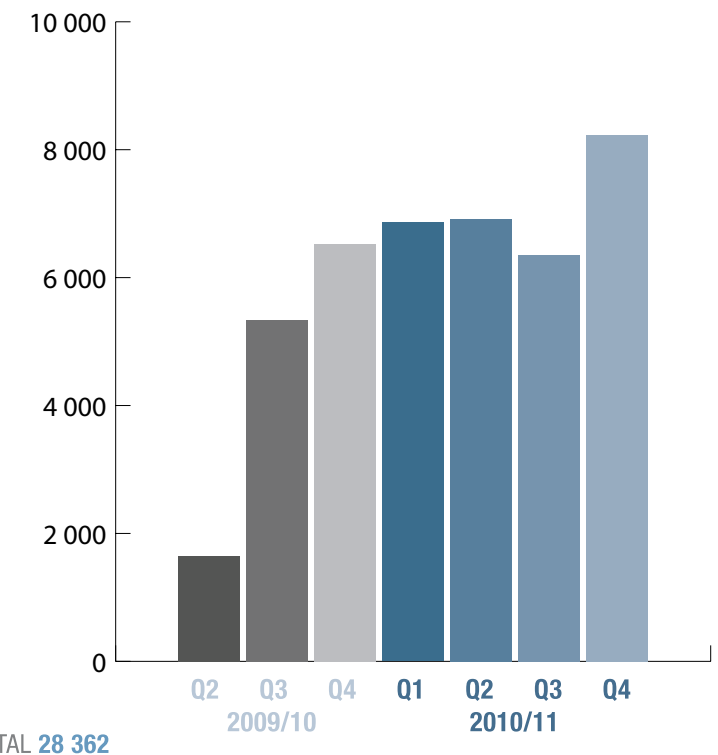
Aperçu

Cette année, les sites Web de l'OAP ont reçu 28 362 visites, ce qui représente plus du double de l'année précédente. Exception faite du troisième trimestre de cette année, le nombre de visites a augmenté à tous les trimestres depuis la mise en fonction de nos nouveaux sites Web français et anglais, au deuxième trimestre de l'exercice 2009-2010. Le site Web anglais de l'OAP (www.olhi.ca) a reçu deux fois plus de visites que le site français (www.oapcanada.ca). La fréquence de consultation de ce site a toutefois connu un taux de croissance légèrement supérieur cette année.

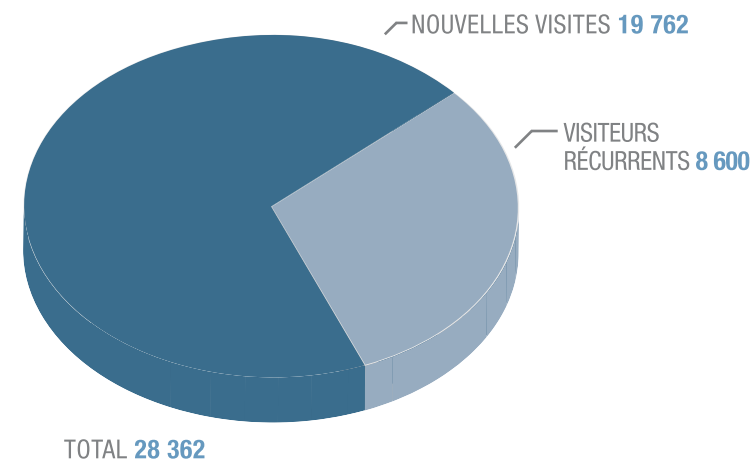
Au cours de la dernière année, nos sites ont reçu une forte proportion de nouvelles visites, comparativement aux visiteurs récurrents, ce qui porte à croire que le public est davantage sensibilisé à nos services. Une proportion significative des visiteurs avaient été aiguillés vers l'OAP par d'autres sites Web (45,9 %) et des moteurs de recherche (19,5 %). Plus du tiers des visites constituaient un « achalandage direct », ce qui signifie que les visiteurs ont consulté les sites de l'OAP intentionnellement, dans l'espoir d'y trouver l'information qu'ils cherchaient.

Les pages Services d'information/Information Services sont les plus consultées des sites Web de l'OAP, ayant enregistré 12 911 visites cette année, suivies des pages Le processus de règlement des plaintes/The Complaint Process, qui ont reçu 7 181 visiteurs. Ces données représentent des taux de croissance respectifs de 44,4 % et de 90 % pour l'année.

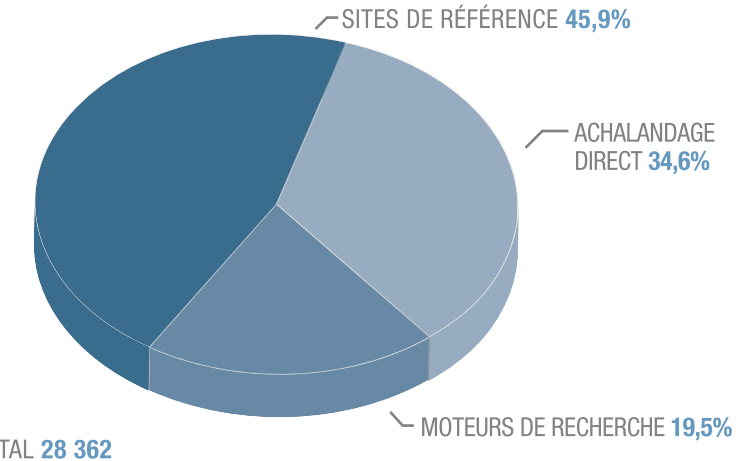
Visites aux sites Web par trimestre, pour la période 2009-2011



Nouvelles visites / Visiteurs récurrents



Sources d'achalandage



Les cinq pages Web les plus consultées

Services d'information	12 911	38,3%
Le processus de règlement des plaintes	7 181	21,2%
Sociétés membres	5 797	17,1%
Recherche de polices	4 711	13,9%
Brochures	3 214	9,5%
Total	33 814*	100%

*Certains internautes consultent plusieurs pages Web

L'OAP a établi des normes de service visant à guider le travail et les activités de son personnel qualifié et s'est volontairement engagé à respecter ces normes. L'OAP s'engage à offrir aux consommateurs un service conforme à ce qui suit :

Accessibilité

L'OAP est facilement accessible grâce à nos lignes sans frais (1 866-582-2088), par la poste, par courrier électronique (info@olhi.ca), par télécopieur (514-845-6182) et par son site Web (www.oapcanada.ca). Nos services sont offerts gratuitement, en français et en anglais.

Rapidité de la réponse

L'OAP répond rapidement aux questions et aux plaintes des consommateurs. Du personnel répond immédiatement à la plupart des questions soumises par téléphone. Quant aux messages laissés dans les boîtes vocales et aux questions soumises par télécopieur ou courriel, le personnel y répond promptement.

Courtoisie

Les consommateurs sont traités de manière courtoise, professionnelle et respectueuse.

Transparence

L'OAP donne des renseignements clairs et précis par téléphone ou par écrit. Notre objectif est de faire en sorte que le consommateur comprenne parfaitement la situation et la position de chacune des parties.

Exactitude

Tous les renseignements recueillis par l'OAP ayant trait à la situation seront précis et aussi complets et à jour que possible afin de bien répondre à la question ou d'aider au traitement de la plainte.

Équité et impartialité

L'OAP offre aux consommateurs une aide impartiale. L'OAP ne favorise ni le consommateur ni la société d'assurances.

Constance

L'OAP traite les plaintes dans le respect de son mandat et s'efforce de traiter les cas semblables de façon semblable.

Connaissance

Les renseignements transmis aux consommateurs qui s'adressent à l'OAP sont le reflet d'une connaissance et d'une compréhension approfondie du sujet. Le personnel de l'OAP possède les compétences et la connaissance de produits et services d'assurance de personnes nécessaires pour répondre aux questions des consommateurs et traiter leurs plaintes.

Protection et confidentialité des renseignements

Tous les renseignements recueillis par l'OAP sont confidentiels et sont la propriété de l'OAP, conformément à l'énoncé sur la protection et la confidentialité des renseignements personnels de l'OAP.

Indépendance et objectivité

L'OAP est un organisme sans but lucratif, sans lien avec les gouvernements ou l'industrie. La société est administrée par un conseil d'administration dont la majorité des membres n'ont aucun lien avec l'industrie de l'assurance des personnes.



KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.
Comptables agréés
Bay Adelaide Centre
333, rue Bay, Bureau 4600
Toronto (Ontario) M5H 2S5
Canada

Téléphone 416-777-8500
Télécopieur 416-777-8818
Internet www.kpmg.ca

RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS

Aux sociétés membres du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (faisant affaire sous le nom de l'Ombudsman des assurances de personnes), qui comprennent le bilan au 31 mars 2011, les états des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement et des flux de trésorerie de l'exercice clos à cette date, ainsi que les notes, qui comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité des auditeurs

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève de notre jugement, et notamment de notre évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, nous prenons en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites pas la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Service de conciliation des assurances de personnes du Canada au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de son fonctionnement et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Rapport sur d'autres obligations légales et réglementaires

Conformément aux exigences de la Loi sur les corporations canadiennes, nous déclarons qu'à notre avis, les méthodes comptables utilisées pour préparer et présenter les états financiers selon les principes comptables généralement reconnus du Canada ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.

Comptables agréés, experts-comptables autorisés
Le 23 juin 2011
Toronto, Canada

KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L., est une société canadienne à responsabilité limitée et un cabinet membre du réseau KPMG de cabinets indépendants affiliés à KPMG International, coopérative suisse. KPMG Canada fournit des services à KPMG s.r.l./S.E.N.C.R.L.

États financiers

Bilan

Au 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

Actif

Actif à court terme	2011	2010
Trésorerie et équivalents de trésorerie (note 2)	744 522 \$	722 963 \$
Dépenses recouvrables et acomptes	7 420	9 624
	751 942	732 587
Immobilisations (note 3)	77 168	90 287
	829 110 \$	822 874 \$

Passif et solde du fonds

Passif à court terme	2011	2010
Créditeurs et charges à payer	89 869 \$	81 524 \$
Tranche à court terme des incitatifs à la location reportés	8 498	2 601
	98 367	84 125
Incitatifs à la location reportés	67 273	75 771
Solde du fonds		
Fonds de fonctionnement		
Investissement en immobilisations	77 168	90 287
Fonds non affecté	586 302	572 691
	663 470	662 978
Engagements (note 5)		
	829 110 \$	822 874 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État des résultats et des variations du solde du fonds de fonctionnement

Exercice clos le 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

Produits	2011	2010
Cotisations générales	1 614 502 \$	1 546 058 \$
Placements	4 161	761
	1 618 663	1 546 819
Charges		
Frais de personnel et services de règlement des litiges	917 997	860 990
Honoraires professionnels	151 302	109 457
Loyers	119 718	98 291
Honoraires du conseil d'administration	113 944	91 562
Réunions du conseil et déplacements	59 080	42 296
Technologie de l'information	54 494	70 604
Frais de gestion	43 290	39 900
Réunions du personnel et déplacements	37 180	31 694
Recrutement	32 651	—
Fourniture et services	31 173	34 993
Télécommunications	21 907	27 491
Amortissement des immobilisations	12 800	25 080
Assurances	11 382	12 304
Frais des installations – Toronto	7 490	4 587
Perte à la cession d'immobilisations	1 736	7 313
Formation et perfectionnement	921	6 132
Traduction	887	4 660
Coûts reliés au RCSF	219	6 485
Frais de déménagement	-	3 326
	1 618 171	1 477 165
Résultat net	492	69 654
Solde du fonds de fonctionnement au début de l'exercice	662 978	593 324
Solde du fonds de fonctionnement à la clôture de l'exercice	663 470 \$	662 978 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

État des flux de trésorerie

Exercice clos le 31 mars 2011, avec chiffres correspondants de 2010

Rentrées (sorties) de fonds liées aux activités suivantes :

Activités de fonctionnement	2011	2010
Résultat net	492 \$	69 654 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissements des immobilisations	12 800	25 080
Amortissement des incitatifs à la location	(4 493)	(5 483)
Perte à la cession d'immobilisations	1 736	7 313
Variation des soldes hors trésorerie du fonds de roulement liés au fonctionnement		
Débiteurs	—	71
Dépenses recouvrables et acomptes	2 204	8 456
Créditeurs et charges à payer	8 345	10 053
	21 084	115 144
Activités de financement		
Incitatifs à la location	5 897	83 329
Activités d'investissement		
Nouvelles immobilisations	(5 422)	(90 198)
Augmentation de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	21 559	108 275
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début de l'exercice	722 963	614 688
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la clôture de l'exercice	744 522 \$	722 963 \$

Se reporter aux notes afférentes aux états financiers.

Notes afférentes aux états financiers

Exercice clos le 31 mars 2011

Le Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (le « SCAPC ») est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Partie II de la Loi sur les corporations canadiennes dans le but de venir en aide aux consommateurs souhaitant exposer un problème ou formuler une plainte au sujet d'un service ou d'un produit d'assurances de personnes au Canada. Le SCAPC est exonéré d'impôts sur le bénéfice en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), sous réserve de certaines dispositions de cette loi. Le SCAPC a commencé son exploitation à titre d'Ombudsman des assurances de personnes le 17 août 2009.

1. Principales méthodes comptables

Les présents états financiers ont été dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada.

(a) Instruments financiers

Le SCAPC classe ses placements à court terme comme étant détenus à des fins de transaction et, par conséquent, ces placements sont évalués à la juste valeur.

La valeur comptable des autres actifs et passifs financiers se rapproche de leur juste valeur, étant donné l'échéance à court terme de ces instruments financiers.

(b) Comptabilité par fonds

Les présents états financiers sont établis selon la méthode de comptabilisation par fonds affecté. Le fonds de fonctionnement rend compte des ressources non affectées.

(c) Constatation des produits

Les cotisations générales sont constatées à titre de produits du fonds de fonctionnement dans l'exercice duquel la somme est reçue ou à recevoir.

d) Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les actifs sont amortis sur leur durée estimative d'utilisation, selon les méthodes d'amortissement et les taux annuels suivants :

Actifs	Méthode	Taux
Mobilier de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel de bureau	Solde dégressif	20 %
Matériel informatique	Linéaire	4 ans
Améliorations locatives	Linéaire	Durée du contrat

e) Incitatifs à la location

Les incitatifs à la location reçus du propriétaire à l'égard des locaux loués sont reportés et amortis selon la méthode linéaire sur la durée du bail. Les incitatifs à la location sont portés en diminution des charges locatives sur la durée du bail.

f) Incertitude relative à la mesure

La préparation d'états financiers exige que la direction fasse des estimations et qu'elle pose des hypothèses sur la valeur comptable des actifs et passifs et sur les informations relatives aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la valeur comptable des produits et des charges de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

2. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent le solde bancaire et un certificat de placement garanti à court terme. La trésorerie et les équivalents de trésorerie se composent des montants suivants :

	2011		2010	
	Juste valeur	Valeur comptable	Juste valeur	Valeur comptable
Trésorerie	394 809 \$	394 809 \$	222 963 \$	222 963 \$
Placement à court terme	349 713	349 528	500 000	500 000
	744 522 \$	744 337 \$	722 963 \$	722 963 \$

Le placement à court terme, d'un montant de capital global de 349 713 \$ (500 000 \$ en 2010), porte intérêt au taux effectif de 0,85 % (0,25 % en 2010). Les intérêts sont encaissables à l'échéance.

3. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2011	2010
			Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Mobilier de bureau	27 139 \$	14 308 \$	12 831 \$	14 655 \$
Matériel de bureau	3 185	319	2 866	2 170
Matériel informatique	22 058	11 951	10 107	16 337
Améliorations locatives	60 485	9 121	51 364	57 125
	112 867 \$	35 699 \$	77 168 \$	90 287 \$

4. Opérations effectuées avec l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes inc. (l'« ACCAP »)

Au cours de l'exercice, l'ACCAP a fourni des services de gestion au SCAPC, soit principalement des services d'administration et de technologie de l'information, qui ont totalisé 85 470 \$ (96 600 \$ en 2010), ce qui comprend les taxes applicables.

5. Engagements

Le SCAPC loue des bureaux à Toronto et à Montréal. Les loyers annuels minimums à verser aux termes des baux existants s'établissent comme suit :

2012	52 000 \$
2013	52 000
2014	35 000
2015	34 000
2016	35 000
par la suite	141 000

6. Instruments financiers et gestion des risques

Le SCAPC a adopté des politiques relatives à la détection, au suivi et à la réduction des risques liés aux instruments financiers. Les principaux risques liés aux instruments financiers sont les risques de crédit et les risques de taux d'intérêt. La façon dont le SCAPC gère chacun de ces risques est décrite ci-dessous :

a) Risque de crédit

Le risque de crédit désigne le risque qu'une contrepartie ne s'acquitte pas de son obligation à l'égard du SCAPC. L'exposition du SCAPC au risque de crédit est limitée étant donné qu'il détient une part importante des actifs en espèces et en acceptations bancaires émises par une banque de l'annexe I dont les instruments d'emprunt émis au Canada sont notés AAA. L'exposition maximale au risque de crédit au 31 mars 2011 se compose de trésorerie et d'équivalents de trésorerie s'élevant à 744 522 \$ (722 963 \$ en 2010).

b) Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt désigne le risque que la valeur de marché des placements du SCAPC fluctue en raison des variations des taux d'intérêt du marché. Le risque est considéré comme négligeable étant donné que le SCAPC détient une part importante de ses actifs en espèces et en acceptations bancaires.

Toutes les sociétés d'assurances de personnes régies par les gouvernements fédéral ou provinciaux du Canada peuvent être membre de l'OAP. Les sociétés d'assurances de personnes membres de l'OAP sont appelées « sociétés membres ». Les clients des sociétés membres ont accès au service de résolution de différends indépendant de l'OAP.

Nous sommes heureux de vous présenter les sociétés membres au 7 septembre 2011 :

Acadie Vie	Croix Bleue Medavie	La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie
Aetna Life Insurance Company	Desjardins Sécurité financière, compagnie	London Life, Compagnie d'Assurance-Vie
Allianz Life Insurance Company of North America	d'assurance vie	Lutheran Life Insurance Society of Canada
American Bankers Compagnie d'Assurances	FaithLife Financial	Manuvie Canada Ltée
Générales de la Floride	Financière Manuvie	Metropolitan Life Insurance Company
American Bankers Compagnie d'Assurances-Vie	Foresters	Optimum Réassurance inc.
de la Floride	Gerber Life Insurance Company	Partner Reinsurance Company Ltd.
American, compagnie d'assurance-vie et	GMS Insurance Inc.	Promutuel Vie Inc.
d'assurance-maladie	Green Shield Canada	Reassure America Life Insurance Company
Association d'Hospitalisation Canassurance	Group Medical Services	Saskatchewan Blue Cross
Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie	Groupe Promutuel	SCOR Global Life
Assurance Standard Life limitée	Hartford Life Insurance Company	Scotia-Vie compagnie d'assurance
Assurance-Vie ACE INA	Industrielle Alliance, Assurance et services	Société d'Assurance Vie MD
Assurance-Vie Banque Nationale, Compagnie	financiers inc.	Société de fiducie Standard Life
d'assurance-vie	Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et	SSQ Groupe financier
Assurant Solutions	services financiers inc.	SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Assurant Vie du Canada	L'Alternative, compagnie d'assurance sur la vie	Sun Life Assurances (Canada) limitée
Assuris	L'Assurance Financière CT	Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
AXA Assurances Inc.	L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie	Swiss Reinsurance Company Ltd.
BMO Compagnie d'assurance-vie	L'Équitable Compagnie d'Assurance-Vie du Canada	TD, Compagnie d'assurance-vie
BMO Société d'assurance-vie	L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie	The Wawanesa Life Insurance Company
Canassurance compagnie d'assurance	L'Internationale, compagnie d'assurance-vie	Transamerica Vie Canada
Chevaliers de Colomb	L'Ordre Indépendant des Forestiers	Triton Insurance Company
CIGNA du Canada compagnie d'assurance	L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance	Union du Canada Assurance-Vie
sur la vie	La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.	Unité-Vie du Canada
Co-operators, Compagnie d'Assurance-Vie	La Capitale assureur de l'administration	Western Life Assurance Company
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique	publique inc.	
Compagnie d'assurance générale RBC	La Compagnie d'Assurance Canada-Vie du Canada	
Compagnie d'assurance RBC du Canada	La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie	
Compagnie d'assurance Standard Life 2006	La Compagnie d'Assurance Générale Co-operators	
Compagnie d'Assurance Standard Life du Canada	La Compagnie d'Assurance-Vie CUMIS	
Compagnie d'assurance-vie RBC	La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers	
Compagnie d'assurance-vie CIBC Limitée	La Compagnie d'assurance-Vie North America	
Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada	La Compagnie d'Assurance-vie Penncorp	
Compagnie d'Assurance-Vie Household	La Compagnie d'Assurance-vie Primerica du Canada	
Compagnie d'assurance-vie Première du Canada	La Great-West, compagnie d'assurance-vie	
Compagnie d'assurance-vie Principal	La Munich, Compagnie de Réassurance	
Compagnie d'assurance-vie State Farm	La Nord-américaine, première compagnie	
International Ltée	d'assurance	
Compagnie d'assurances générales Legacy	La Reliable, Compagnie D'Assurance-Vie	
Compagnie d'assurances New York Life	La société d'assurance-vie des enseignantes et	
Connecticut General Life Insurance Company	enseignants (fraternelle)	
Coordinateurs en assurance voyage TIC Itée	La Société Fraternelle Actra	

Bureaux + membres du conseil d'administration

BUREAUX

Ombudsman des assurances de personnes

1001, boul. de Maisonneuve O., bureau 640
Montréal (Québec)
H3A 3C8

Ombudsman for Life & Health Insurance

401, rue Bay, boîte postale 7
Toronto (Ontario)
M5H 2Y4

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010-2011

Présidente

Dr. Janice MacKinnon ^{1,3}

Professeure, Université de la Saskatchewan et ancienne ministre des Finances de la Saskatchewan

Administrateurs indépendants

Lea Algar ²

Présidente du conseil d'administration, Service de conciliation en assurance de dommages, et ancienne ombudsman des assurances de l'Ontario

Bruce Cran ¹

Président, Association des consommateurs du Canada

Peter Maddaugh, c.r. ^{2,3}

Professeur de droit, Université de Victoria, et ancien associé, Torys LLP

Yves Rabeau ¹

Professeur d'économie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Reginald Richard ^{2,3}

Ancien surintendant des assurances du Nouveau-Brunswick

Administrateurs sectoriels

Claude Garcia ²

Administrateur de sociétés, et ancien président, Compagnie d'assurance Standard Life

Dr. Dieter Kays ¹

Ancien président et chef de la direction de FaithLife Financial

Dan Thornton ³

Ancien chef de l'exploitation de The Co-operators Life Insurance Company

¹ Membre du comité de gouvernance

² Membre du comité des normes

³ Membre du comité des ressources humaines