



Exposé-sondage

Exposé-sondage sur les normes de pratique – Établissement de normes de pratique applicables à la sécurité sociale

Conseil des normes actuarielles

Octobre 2015

Document 215093

This document is available in English
© 2015 Conseil des normes actuarielles

Note de service

- À :** Tous les Fellows, affiliés, associés et correspondants de l'Institut canadien des actuaires et autres parties intéressées
- De :** Tyrone G. Faulds, président
Conseil des normes actuarielles
Edward Gibson, président
Groupe désigné
- Date :** Le 30 octobre 2015
- Objet :** **Exposé-sondage sur les Normes de pratique – Établissement de normes de pratique applicables à la sécurité sociale**

Date limite pour les commentaires : Le 8 janvier 2016

Introduction

La diffusion de l'exposé-sondage sur les Normes de pratique – Établissement de normes de pratique applicables à la sécurité sociale a été approuvée par le Conseil des normes actuarielles (CNA) le 9 juin 2015.

Contexte

Le CNA a mis sur pied un groupe désigné (GD) chargé de formuler les modifications à apporter aux normes de pratique (NP). Le GD se compose de Guillaume Barrette, Edward Gibson (président), Philippe Guèvremont, Sari Harrel, Tom Levy, Michel Montambeault et Étienne Poulin.

Une [déclaration d'intention](#) d'intégrer dans les NP canadiennes la Norme internationale de pratique actuarielle 2 (NIPA 2) portant sur l'analyse financière des programmes de sécurité sociale a été publiée le 8 octobre 2014.

L'un des commentaires provenait de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada, qui appuie l'approche recommandée par le GD d'intégrer la Norme internationale de pratique actuarielle 2 (NIPA 2) dans les NP canadiennes, à savoir « créer une nouvelle section qui traite des programmes de sécurité sociale (partie 7000) ».

Changements proposés

L'exposé-sondage comporte une nouvelle partie des NP qui s'inspire de la structure de la partie 5000 (Régimes publics d'assurance pour préjudices corporels), mais qui prévoit une convergence avec les principes exposés dans la NIPA 2. Une définition de *programme de sécurité sociale* a été incluse dans la sous-section 1110 et la définition de *niveau de provisionnement* a été modifiée.

Il a été noté que la NIPA 2 est un document général produit à l'intention de tous les pays et que certains d'entre eux ont des programmes de sécurité sociale limités ou n'ont aucun programme de sécurité sociale, et que leurs normes actuarielles nationales sont limitées. En conséquence, certaines phrases et certains paragraphes de la NIPA 2 étant de nature instructive, il n'a pas été jugé nécessaire de les inclure dans les NP du Canada, car la profession actuarielle y est bien établie et a une bonne connaissance des programmes de sécurité sociale et de leur évaluation. Il a aussi été noté que la NIPA 2 est un document fondé sur des principes, rédigé en termes généraux. Le projet de nouvelle NP sur la sécurité sociale est plus spécifique et comporte plus d'éléments que la NIPA 2, ce qui permettra à la nouvelle partie 7000 d'être plus cohérente avec la partie 5000 et les autres parties des NP. Le tableau qui suit établit une comparaison entre certains paragraphes de la NIPA 2 et le projet de NP.

Section de la NIPA 2	Sous-section ou paragraphe correspondant des NP	Observations
2.1	7210, 7220.04	La sous-section 7210 est plus spécifique que 2.1. Une partie de 2.1 a été jugée plus pertinente dans la section Données et a donc été incluse dans 7220.04.
2.2	Pas incluse	Ensemble, les sous-sections 7220 et 1520 sont plus spécifiques que 2.2. Par ailleurs, la liste figurant en 2.2 étant plutôt de nature instructive, elle n'a pas été jugée nécessaire compte tenu du contexte canadien.
2.3	Pas incluse	Le GD estime que l'application de marges pour écarts défavorables (MED) devrait dépendre des circonstances du travail (à l'exemple de l'approche de la partie 5000), et préfère ne pas imposer l'utilisation d'hypothèses de meilleure estimation sans marges.
2.3.1	7400.01	
2.3.2	7310.05	Seule la première phrase de 2.3.2 a été incluse. La dernière partie étant de nature instructive, elle n'a pas été jugée nécessaire compte tenu du contexte canadien.

Section de la NIPA 2	Sous-section ou paragraphe correspondant des NP	Observations
2.3.3	7320.04	
2.3.4	7220	Le libellé de 7220 est plus spécifique que celui de 2.3.4 et l'englobe même. Il est aussi plus cohérent avec le reste des NP.
2.3.5	7350.06	La partie qui explique la relation existant entre le résultat obtenu selon des hypothèses comportant des marges et le résultat obtenu selon des hypothèses neutres a été supprimée. Le GD a jugé qu'elle était incohérente avec le traitement des MED dans les NP, où il est rare voire jamais exigé de présenter les résultats avec et sans MED.
2.3.6	7360	Bien qu'elle ne soit pas formulée de la même manière, la sous-section 7360 a le même sens général que 2.3.6 et est plus spécifique.
2.4	7310.03	
2.4.1	7310.03	
2.4.2	7310.03, 7310.04, 7500.07	
2.5	Pas incluse	2.5.1 et 2.5.2 sont plutôt de nature instructive et n'ont pas été jugées nécessaires compte tenu du contexte canadien. 2.5.3 est traitée en 1640 et dans le Code de déontologie.
2.6	Pas incluse	Traitée à la sous-section 1310.
3.1.1 a.	7500.03	
3.1.1 b. –e. and g.	7500.01 et 1820.01	1820.01 indique qu'il faut identifier le client ou l'employeur.
3.1.1 f.	Pas incluse	Le DG estime que cet élément est déjà traité dans la sous-section 1740, notamment en 1740.38.
3.1.2 a.-c.	7500.04	
3.1.3 a., b., c. (data)	7500.01	

Section de la NIPA 2	Sous-section ou paragraphe correspondant des NP	Observations
3.1.3 c. (méthode, hypothèses)	1820.01	1820.01 traite déjà de l'exigence visant à décrire les hypothèses et les méthodes utilisées.
3.1.3 d., e.	7500.01	
3.1.3 f.	7500.02	
3.1.4	7500.02	
3.2	7500.02	
3.2.1 a. -c.	7500.02 et 1820	La sous-section 1820 précise les situations pour lesquelles une opinion standard ne peut être donnée.
3.2.2	7500.02 et 7500.05	
3.2.3	7500.06	

Commentaires au sujet de l'exposé-sondage

Le CNA invite les membres de l'ICA et les autres parties intéressées à faire part de leurs commentaires sur l'exposé-sondage au plus tard le **8 janvier 2016** à Edward Gibson, à edward.gibson@empire.ca, avec une copie à Chris Fievoli à Chris.Fievoli@cia-ica.ca.

Plus particulièrement, le CNA aimerait savoir si l'on entrevoit des difficultés dans la mise en application des changements proposés.

Mis à part le dépôt de commentaires par écrit, aucun autre moyen n'a été prévu pour formuler des observations sur l'exposé-sondage.

Processus officiel

L'élaboration de l'exposé-sondage s'est faite conformément à la *Politique sur le processus officiel d'adoption de normes de pratique* du CNA.

Échéancier et date d'entrée en vigueur

Il incombe au CNA de prendre les décisions finales concernant les NP révisées. Il planifie d'adopter la version finale des normes au premier ou au deuxième trimestre de 2016, avec entrée en vigueur au plus tard le 30 juin 2016. Son adoption anticipée sera probablement autorisée.

TGF, EG

1100 Introduction

1110 Définitions

- .01 Chaque expression soulignée en pointillé a la signification qu'on lui donne ici, autrement elle a son sens ordinaire (p. ex., utilisateur externe).
- .01.1 Actuaire : l'actuaire désigne, tel qu'utilisé dans les présentes normes de pratique, toute personne liée par les présentes normes de pratique pour le travail effectué au Canada. [«*actuary*»]
- .02 Actuaire désigné : l'actuaire désigné d'une entité est l'actuaire officiellement nommé par cette entité, en vertu de la loi, pour veiller sur la santé financière de cette entité. [«*appointed actuary*»]
- .03 Administrateur d'un régime : personne ou entité assumant la responsabilité générale du fonctionnement d'un régime d'avantages sociaux (rentes ou autres prestations). [«*plan administrator*»]
- .04 Antisélection : tendance pour une partie d'exercer des choix au détriment d'une autre partie lorsqu'il est avantageux pour elle de faire ainsi. [«*anti-selection*»]
- .04.1 Assurances IARD : les assurances qui assurent les particuliers ou personnes morales ayant un intérêt à l'égard de biens tangibles ou intangibles, procurant le remboursement des coûts découlant de la perte ou de l'endommagement de ces biens (par exemple, assurance incendie, assurance contre les détournements et les vols, assurance maritime, garanties, prêt hypothécaire, frais juridiques et assurance de titres); ou procurant le remboursement à payer à d'autres ou des coûts découlant d'actions de ces personnes (notamment l'assurance responsabilité et l'assurance de cautionnement) et procurant le remboursement des coûts découlant de blessures corporelles dont ils sont victimes (par exemple, assurance automobile pour accident corporel). [«*property and casualty insurance*»]
- .05 Assureur : la partie qui a une obligation selon un contrat d'assurance d'indemniser le titulaire d'une police si un événement assuré survient. Un assureur inclut une société de secours mutuel et une succursale canadienne d'une société d'assurance étrangère, mais non un régime public d'assurance pour préjudices corporels¹. [«*insurer*»]

¹ Le libellé de la première phrase de cette définition est identique à la définition correspondante apparaissant dans l'IFRS 4, Annexe A, à compter de novembre 2009. La deuxième phrase est explicative et ne fait pas partie de cette définition.

- .06 Commission de pratique : la ou les commissions permanentes ou spéciales de l'Institut canadien des actuaires auxquelles la Direction de la pratique actuarielle de l'Institut canadien des actuaires a confié la responsabilité du ou des domaines de pratique qui se voient affectés par des normes de pratique particulières. [*«practice committee»*]
- .06.1 Contrat d'assurance : un contrat selon lequel une partie (l'assureur) accepte un risque d'assurance significatif d'une autre partie (le titulaire de la police) en convenant d'indemniser le titulaire de la police si un événement futur incertain spécifié (l'événement assuré) affecte de façon défavorable le titulaire de la police. Un contrat d'assurance inclut l'assurance collective, les contrats où le détenteur du contrat et la personne indemnisée (le titulaire de la police) ne sont pas la même personne, et tous les accords similaires qui sont essentiellement dans la nature de l'assurance². [*«insurance contract»*]
- .07 Cotisation : somme versée par un employeur participant ou un participant afin de provisionner un régime d'avantages sociaux. [*«contribution»*]
- .08 Cotisation d'exercice : partie de la valeur actualisée des obligations d'un régime attribuée à une période donnée et déterminée au moyen de la méthode d'évaluation actuarielle, à l'exclusion des montants versés pendant cette période à l'égard du déficit actuariel non provisionné. [*«service cost»*]
- .08.1 Crédibilité : mesure de la valeur prédictive accordée à une estimation fondée sur un ensemble de données en particulier. [*«credibility»*]
- .09 Date de calcul : date réelle d'un calcul, par exemple la date d'un bilan dans le cas d'une évaluation aux fins d'états financiers. Est habituellement différente de la date du rapport. [*«calculation date»*]
- .10 Date du rapport : date à laquelle l'actuaire termine son rapport au sujet de son travail. Est habituellement différente de la date de calcul. [*«report date»*]
- .11 Décision définitive : décision finale et sans appel. [*«definitive»*]
- .12 Domaine de la pratique actuarielle : mesure des répercussions financières courantes d'éventualités futures. [*«domain of actuarial practice»*]
- .12.1 Écart de crédit : dans le cas d'un élément d'actif à revenu fixe, l'écart de crédit correspond au rendement jusqu'à échéance de cet élément d'actif moins le rendement jusqu'à échéance d'un élément d'actif à revenu fixe sans risque de défaut ayant le même flux monétaire. [*«credit spread»*]

² Le libellé de la première phrase de cette définition est identique à la définition correspondante apparaissant dans l'IFRS 4, Annexe A, à compter de novembre 2009. La deuxième phrase est explicative et ne fait pas partie de cette définition.

- .13 Évaluation du dossier : à la date d'un calcul, montant non réglé d'un ou d'un groupe de sinistres déclarés par un assureur (y compris peut-être le montant des frais de règlement des sinistres) tel qu'évalué par un expert en sinistres selon l'information disponible à cette date. [«*case estimate*»]
- .14 Évaluation en continuité : évaluation qui suppose que l'entité évaluée poursuivra indéfiniment ses activités au-delà de la date de calcul. [«*going concern valuation*»]
- .15 Événement subséquent : événement dont l'actuaire prend connaissance pour la première fois entre la date de calcul et la date du rapport correspondante. [«*subsequent event*»]
- .16 Éventualité : événement qui peut ou non se produire, qui peut survenir de plus d'une façon ou qui peut se produire à des moments différents. [«*contingent event*»]
- .16.1 Expérience connexe : expérience comprenant les primes, sinistres, unités d'exposition, frais et autres données pertinentes se rapportant aux événements semblables aux catégories d'assurance à l'étude, à l'exception de l'expérience visée et qui peut incorporer des niveaux de taux établis, des relativités de taux ou des données externes. [«*related experience*»]
- .16.2 Expérience visée : expérience qui comprend les primes, sinistres, unités d'exposition, frais et autres données pertinentes pour les catégories d'assurance à l'étude. [«*subject experience*»]
- .17 Frais de règlement des sinistres : désigne les frais internes et externes se rapportant au règlement de sinistres. [«*claim adjustment expenses*»]
- .18 Libellé du rapport type : libellé standard d'un rapport destiné à un utilisateur externe. [«*standard reporting language*»]
- .19 Mandat approprié : mandat qui n'empêche pas l'actuaire de se conformer aux règles. [«*appropriate engagement*»]
- .20 Marge pour écarts défavorables : différence entre l'hypothèse utilisée et l'hypothèse de meilleure estimation correspondante. [«*margin for adverse deviations*»]
- .21 Matérialisation : en ce qui concerne les données à l'égard d'une période de couverture particulière, désigne la variation de la valeur de ces données entre une date de calcul donnée et une date postérieure. [«*development*»]
- .22 Meilleure estimation : estimation ni prudente, ni imprudente et non biaisée. [«*best estimate*»]
- .23 Méthode d'évaluation actuarielle : méthode servant à répartir la valeur actualisée des obligations d'un régime d'avantages sociaux sur diverses périodes, habituellement sous forme d'une cotisation d'exercice et d'une obligation actuarielle ou « passif actuariel ». [«*actuarial cost method*»]

- .24 Méthode de la valeur actuarielle : méthode permettant de calculer à une date précise l'équivalent forfaitaire de sommes à payer ou à recevoir à d'autres dates comme étant l'ensemble des valeurs actualisées de chacune des sommes à la date en question en prenant compte de la valeur temporelle de l'argent et des éventualités. [«*actuarial present value method*»]
- .25 Mise en œuvre anticipée : application de nouvelles normes avant leur date d'entrée en vigueur. [«*early implementation*»]
- .25.1 Niveau de provisionnement correspond à l'écart entre la valeur de l'actif et la valeur actuarielle des prestations allouées jusqu'à la date de calcul selon la méthode d'évaluation actuarielle, en fonction de l'évaluation d'un régime de retraite, ~~ou~~ d'un régime d'avantages sociaux postérieurs à l'emploi ou d'un programme de sécurité sociale. [*funded status*]
- .26 Nouvelles normes : normes nouvelles ou modifications ou abrogation de normes existantes. [«*new standards*»]
- .27 Obligations liées aux prestations : s'entend des obligations d'un régime d'avantages sociaux relativement aux sinistres survenus à la date correspondante ou antérieure à la date de calcul. [«*benefits liabilities*»]
- .27.1 Passif des contrats d'assurance : dans l'état de la situation financière d'un assureur, désigne le passif à la date de l'état de la situation financière au titre des contrats d'assurance de l'assureur, incluant les engagements, qui sont en vigueur à la date de l'état de la situation financière ou qui étaient en vigueur avant cette date. [«*insurance contract liabilities*»]
- .28 Passif des polices : dans l'état de la situation financière d'un assureur, désigne le passif à la date de l'état de la situation financière au titre des polices de l'assureur, incluant les engagements, qui sont en vigueur à la date de l'état de la situation financière ou qui étaient en vigueur avant cette date. Le passif des polices est constitué du passif des contrats d'assurance et du passif afférents aux contrats de polices autres que les contrats d'assurance. [«*policy liabilities*»]
- .29 Passif des primes : partie du passif des contrats d'assurance qui ne fait pas partie du passif des sinistres. [«*premium liabilities*»]
- .30 Passif des sinistres : partie du passif des contrats d'assurance à l'égard des sinistres subis au plus tard à la date du bilan. [«*claim liabilities*»]
- .31 Pratique actuarielle reconnue : cette expression désigne la manière d'effectuer un travail au Canada conformément aux Règles et aux présentes normes de pratique. Le Conseil des normes actuarielles est responsable des normes de pratique, et l'approbation des normes et des modifications aux normes se fait à travers un processus qui implique une consultation avec la profession actuarielle et d'autres parties intéressées. À moins que le contexte n'exige autre chose, les renvois à la pratique actuarielle reconnue font référence à la pratique actuarielle reconnue pour le travail au Canada. [«*accepted actuarial practice*»]
- .32 Pratiquement définitive (décision) : qui deviendra définitive sous réserve d'une ou de plusieurs mesures considérées comme des formalités. [«*virtually definitive*»]

- .33 Prescrit : toute mesure prescrite par les présentes normes. [«*prescribed*»]
- .34 Prestation indexée : prestation dont le montant repose sur l'évolution d'un indice, comme l'indice des prix à la consommation. [«*indexed benefit*»]
- 34.1 Principe de contribution : le principe de contribution est un principe de calcul des participations des titulaires de polices où le montant estimé être disponible aux fins de distribution aux titulaires de police par le conseil d'administration d'une société est réparti entre les polices selon la même proportion que les polices sont considérées avoir contribué à ce montant. [«*contribution principle*»]
- 34.2 Programme de sécurité sociale : un programme qui possède toutes les caractéristiques suivantes, indépendamment de ses méthodes de financement et d'administration :
- la couverture englobe un vaste segment, voire la totalité, de la population et elle est souvent obligatoire ou automatique;
 - les prestations sont versées à des particuliers ou en leur nom;
 - le programme, y compris les prestations et la méthode de financement, est prescrit par la loi;
 - le programme n'est pas financé au moyen d'assurance privée;
 - les prestations sont principalement versées sous forme de paiements périodiques en cas de vieillesse, de retraite, de décès, d'invalidité ou de survie. [«*social security program*»]
- .35 Provisionner : affecter des fonds en vue de payer les prestations et les dépenses futures d'un régime d'avantages sociaux. Même chose pour provisionné, provisionnement. [«*fund*»]
- .36 Provision pour écarts défavorables : différence entre le résultat découlant d'un calcul et le résultat correspondant à l'utilisation des hypothèses de meilleure estimation. [«*provision for adverse deviations*»]
- .37 Rapport : communication verbale ou écrite d'un actuaire aux utilisateurs au sujet de son travail. Même chose pour « présenter (faire) un rapport ». [«*report*»]
- .38 Rapport destiné à un utilisateur externe : rapport dont les utilisateurs comprennent un utilisateur externe. [«*external user report*»]
- .39 Rapport destiné à un utilisateur interne : rapport dont tous les utilisateurs sont des utilisateurs internes. [«*internal user report*»]
- .40 Rapport en vertu de la loi : rapport pour lequel la loi exige l'opinion d'un actuaire. [«*report pursuant to law*»]
- .41 Rapport périodique : rapport répété à intervalles réguliers. [«*periodic report*»]
- .42 Recommandation : recommandation en encadré dans les présentes normes. Même chose pour « recommander ». [«*recommendation*»]

.43 Régime public d'assurance pour préjudices corporels : régime public

visant principalement le service de prestations et d'indemnités pour préjudices corporels;

dont le mandat peut comprendre des objectifs relatifs à la santé et sécurité, et d'autres objectifs accessoires aux dispositions des prestations et des indemnités pour préjudices corporels;

n'ayant aucun autre engagement substantiel.

Les prestations et indemnités versées au titre de tels régimes publics sont définies aux termes de la loi. De plus, de tels régimes publics possèdent un pouvoir monopolistique, exigent une couverture obligatoire à l'exception des groupes exclus aux termes de la loi ou des règlements, et détiennent l'autorité d'établir les taux ou primes de cotisation. [«*public personal injury compensation plan*»]

.44 Régime salaire de carrière : prestation calculée en fonction des gains du participant. [«*earnings-related benefit*»]

.45 Règle : désigne une des règles de déontologie de l'Institut canadien des actuaires. [«*rule*»]

.46 Santé financière : la santé financière d'une entité à une date se rapporte à la perspective qu'elle peut remplir ses obligations futures, en particulier envers les détenteurs de polices, les participants et les bénéficiaires. Parfois appelée « santé financière future ». [«*financial condition*»]

.47 Scénario : ensemble d'hypothèses cohérentes. [«*scenario*»]

.48 Situation financière : la situation financière d'une entité à une date est la situation de l'entité déterminée par le montant, la nature et la composition de son actif, de son passif et de ses capitaux propres à cette date particulière. [«*financial position*»]

.48.1 Sommes à recouvrer auprès des réassureurs : dans le bilan d'un assureur, désigne l'actif à la date du bilan au titre des traités de réassurance, incluant les engagements, qui sont en vigueur à la date du bilan ou qui étaient en vigueur avant cette date. [«*reinsurance recoverables*»]

.48.1.1 Statuts administratifs : désigne les Statuts administratifs de l'Institut canadien des actuaires, tels que modifiés de temps à autre. [«*bylaws*»]

.48.1.2 Taux indiqué : la meilleure estimation de la prime requise pour prévoir les coûts prévus associés des sinistres, des frais et de la provision pour bénéfices. [«*indicated rate*»]

.48.1.3 Tendance : la tendance dans les données correspond à l'évolution de ces données dans une direction donnée, d'une période de couverture à une période de couverture ultérieure. [«*trend*»]

- .48.2 Titulaire de police : la partie qui a droit à une indemnisation selon un contrat d'assurance si un événement assuré survient³. [«*policyholder*»]
- .49 Travail : travail de l'actuaire dans le domaine de la pratique actuarielle, qui comprend typiquement :
- l'acquisition de connaissances relatives aux circonstances du cas;
 - l'obtention de données suffisantes et fiables;
 - le choix d'hypothèses et de méthodes;
 - les calculs et l'examen du caractère raisonnable de leurs résultats;
 - l'utilisation du travail d'autres personnes;
 - la formulation d'opinions et d'avis;
 - la rédaction de rapports; et
 - la documentation. [«*work*»]
- .49.1 Travail d'expertise devant les tribunaux : travail pour lequel l'actuaire formule une opinion d'expert concernant tout domaine de pratique actuarielle dans le cadre d'une procédure en cours ou prévue de règlement d'un litige, lorsqu'il est prévu ou exigé qu'une telle opinion soit indépendante. Une procédure de règlement d'un litige peut être un processus judiciaire ou lié à la justice, une procédure devant un tribunal, une procédure de médiation ou d'arbitrage, ou une procédure similaire. Le travail d'expertise devant les tribunaux peut comprendre le calcul des valeurs actualisées à l'égard d'un individu ou la fourniture d'une opinion d'expert à l'égard d'un conflit impliquant un domaine de la pratique actuarielle, tel que les régimes de retraite ou l'assurance, ou des questions relatives à la négligence professionnelle. [«*actuarial evidence work*»]
- .50 Utilisateur : désigne un utilisateur prévu du travail de l'actuaire. [«*user*»]
- .51 Utilisateur externe : utilisateur qui n'est pas un utilisateur interne. [«*external user*»]
- .52 Utilisateur interne : client ou employeur de l'actuaire. Utilisateur interne et utilisateur externe sont mutuellement exclusifs. [«*internal user*»]
- .53 Utilisation : désigne une utilisation par l'actuaire, habituellement dans le cadre de l'utilisation du travail d'une autre personne. [«*use*»]

³ Le libellé de cette définition est identique à la définition correspondante apparaissant dans l'IFRS 4, Annexe A, à compter de novembre 2009.

7000 – Programmes de sécurité sociale

7100 Portée

01. La partie 1000 s'applique au travail effectué dans le cadre de la portée de la présente partie 7000.
02. Les normes contenues dans cette partie s'appliquent lorsque l'actuaire effectue ou examine des analyses financières portant sur des programmes de sécurité sociale ou lorsqu'il donne des conseils ou son opinion au sujet de ces analyses.
03. Au Canada, les programmes de sécurité sociale comprennent le Régime de pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ), le programme de la Sécurité de la vieillesse (SV) et d'autres régimes similaires qui tombent dans la définition de programme de sécurité sociale prévue au paragraphe 1110.34.2.
04. Les normes ne s'appliquent pas aux programmes établis uniquement ou principalement pour les employés de l'État, ni aux programmes d'indemnisation des travailleurs ou aux programmes qui offrent principalement de l'assurance maladie ou des assurances IARD.

7200 Généralités

7210 Circonstances du travail

- .01 Le travail de l'actuaire relatif à l'évaluation des obligations liées aux prestations ou d'autres éléments contenus dans les états financiers d'un programme de sécurité sociale ou aux arrangements de provisionnement devrait tenir compte des circonstances du travail. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .02 Les circonstances du travail comprendraient :
- les dispositions des lois et des règlements pertinents et les autres dispositions émanant d'autorités contraignantes;
 - les normes et conventions comptables pertinentes;
 - les termes d'un mandat approprié en vertu duquel le travail est effectué;
- et les circonstances du travail peuvent comprendre la politique de provisionnement du programme de sécurité sociale.
- .03 Les termes d'un mandat approprié définiraient le rôle de l'actuaire et le but du travail. Le travail de l'actuaire peut comprendre la prestation de conseils sur le provisionnement du programme de sécurité sociale, sa santé financière et tout autre élément actuariel requis aux termes d'un mandat approprié.
- .04 Les termes d'un mandat approprié peuvent préciser les politiques applicables du programme de sécurité sociale pertinentes pour le travail de l'actuaire. Ces politiques peuvent comprendre une politique de provisionnement officielle ou officieuse, une convention comptable et une politique en matière de placements.
- .05 Les termes importants d'un mandat approprié peuvent stipuler un ou plusieurs des éléments suivants :
- l'utilisation d'une valeur de l'actif précise ou d'une méthode d'évaluation de l'actif;
 - l'utilisation d'une méthode de provisionnement précise qui est basée sur un objectif de provisionnement prédéterminé.
- .06 Les objectifs de provisionnement précisés dans les termes d'un mandat approprié peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, une cible de provisionnement spécifique, la protection des prestations, un principe d'équité entre les générations et(ou) un taux de cotisation stable à long terme.
- .07 L'actuaire tiendrait aussi compte de la pratique établie (si elle est pertinente) lorsque la loi est muette sur certaines dispositions relatives aux prestations ou sur certaines mesures financières (par exemple, la base pour l'indexation future des prestations de retraite).

7220 Données

- .01 S'il ne dispose pas de données suffisantes, fiables et pertinentes pour l'évaluation d'une prestation spécifique, l'actuaire devrait formuler des hypothèses appropriées ou introduire des méthodes appropriées pour compenser toute lacune perçue relative aux données. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .02 Dans diverses circonstances, il se peut que l'actuaire ne dispose pas de données suffisantes, fiables et pertinentes, par exemple :
- dans le cas d'un programme de sécurité sociale nouvellement établi;
 - la législation pertinente peut avoir fait l'objet d'une modification afin de prévoir une prestation nouvelle ou révisée;
 - une politique applicable au programme de sécurité sociale peut avoir fait l'objet d'une révision récente;
 - les pratiques administratives du programme de sécurité sociale peuvent avoir été modifiées récemment.
- .03 Si les données ne sont pas suffisantes, entièrement fiables et(ou) assez pertinentes pour permettre de prévoir l'expérience future pour une prestation spécifique, l'actuaire peut considérer une ou plusieurs des mesures suivantes :
- la formulation d'hypothèses appropriées concernant les données manquantes, incomplètes ou non fiables;
 - l'ajustement approprié des données et de l'expérience historique aux fins du travail afin d'éliminer toute distorsion perçue, par exemple l'incidence de l'inflation historique ou de modifications non récurrentes aux prestations.
- .04 Dans le cas d'un programme de sécurité sociale nouvellement établi ou considérablement modifié, l'actuaire tiendrait compte d'autres informations pertinentes, y compris l'expérience pertinente de programmes de sécurité sociale comparables.

7300 Évaluation

7310 Méthodes

- .01 L'actuaire devrait évaluer le programme de sécurité sociale en supposant qu'il se poursuivra indéfiniment à titre d'entité sur une base de continuité.
- .02 Le travail de l'actuaire devrait tenir compte des prestations, des politiques pertinentes et des pratiques administratives du programme de sécurité sociale à la date de calcul et de toute modification pratiquement définitive à ces éléments dont on prévoit qu'elle aura une incidence importante sur les prestations, à moins d'exigences contraires relatives aux circonstances du travail. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .03 L'actuaire utiliserait une méthode d'évaluation de l'actif et des obligations liées aux prestations qui est cohérente avec la méthode de financement utilisée pour le programme de sécurité sociale. Par exemple :
- dans le cas des programmes de sécurité sociale provisionnés par répartition ou partiellement provisionnés, l'évaluation utiliserait une méthode avec entrants selon laquelle les cotisations et les prestations des participants actuels et futurs sont prises en compte;
 - dans le cas des programmes de sécurité sociale entièrement provisionnés, l'évaluation utiliserait une méthode sans entrants selon laquelle seuls les participants actuels seraient pris en compte, avec ou sans l'accumulation future présumée de leurs prestations et de leurs cotisations.
- .04 Aux fins de la détermination du coût du service futur, l'actuaire utiliserait une méthode avec entrants ou méthode sans entrants, tel qu'approprié, et basée sur les circonstances du travail.
- .05 Selon les circonstances du travail, l'actuaire peut juger qu'une autre approche est plus appropriée pour évaluer l'actif et les obligations liées aux prestations et(ou) pour déterminer le coût du service futur. Cette approche serait utilisée et ses motifs communiqués dans le rapport.
- .06 La période de projection utilisée dans le travail de l'actuaire devrait être suffisante compte tenu des circonstances du travail. [En vigueur à compter du XX mois 201X]

Modifications et événements subséquents

- .07 L'évaluation que fait l'actuaire du programme de sécurité sociale tiendrait généralement compte de toutes les modifications pratiquement définitives dont il est conscient à la date de calcul, y compris les modifications entrant en vigueur après la date de calcul. À moins d'exigences contraires relatives aux circonstances du travail, l'actuaire peut exclure l'incidence d'une modification pratiquement définitive connue, mais il divulguerait l'incidence d'une telle modification.

7320 Hypothèses

- .01 L'actuaire devrait formuler des hypothèses qui reflètent la période de projection et la présomption à l'effet que le programme de sécurité sociale poursuivra indéfiniment ses activités à titre d'entité sur une base de continuité, mais peut apporter des modifications à ces hypothèses pour tenir compte de certains éléments à court terme, le cas échéant.
- .02 L'actuaire devrait choisir des hypothèses de meilleure estimation ou des hypothèses de meilleure estimation modifiées pour inclure des marges pour écarts défavorables dans la mesure requise, le cas échéant, aux termes de la loi ou par les circonstances du travail, et il devrait fournir les motifs de sa décision concernant l'inclusion ou l'exclusion de marges.
- .03 Si un programme de sécurité sociale présente une pratique établie d'augmentation ad hoc des prestations ou de mise à jour périodique des paramètres du programme, tels que le revenu assurable maximum, l'actuaire devrait reconnaître une telle pratique établie dans le cadre de l'évaluation du programme de sécurité sociale en supposant le maintien de cette pratique, sauf si les responsables du programme de sécurité sociale ont pris une décision pratiquement définitive à l'effet contraire. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .04 Lorsqu'il choisit les hypothèses, l'actuaire tiendrait compte de tout mécanisme automatique de compensation que comporte le programme de sécurité sociale. L'actuaire considérerait dans quelle mesure le programme de sécurité sociale est « immunisé » contre la volatilité de certaines variables du fait de l'existence de mécanismes automatiques de compensation.

7330 Hypothèses économiques

- .01 Les hypothèses économiques nécessaires peuvent comprendre :
- le taux d'actualisation;
 - le taux de rendement prévu des placements;
 - les frais de placement et d'administration prévus;
 - le taux prévu d'inflation générale;
 - le taux réel prévu d'augmentation du revenu d'emploi moyen;
 - le taux prévu d'activité sur le marché du travail;
 - le taux prévu de chômage.
- .02 Les hypothèses économiques nécessaires dépendraient de la nature des prestations évaluées, et peuvent varier d'une année à l'autre.
- .03 L'actuaire formulerait et divulguerait des hypothèses nominales distinctes, mais peut, s'il le souhaite, effectuer les calculs au moyen de taux nets d'inflation, des frais ou d'autres facteurs.
- .04 Lorsqu'il formule l'hypothèse de meilleure estimation pour le taux de rendement prévu des placements, l'actuaire tiendrait compte de la tendance des taux prévus de rendement sans risque, du rendement additionnel prévu des placements au titre des actifs du programme de sécurité sociale à la date de calcul, le cas échéant, et de la politique de placement prévue après cette date. L'actuaire préciserait les motifs du rendement additionnel prévu des placements. Parmi les motifs possibles, mentionnons :
- les rendements additionnels prévus en excédent des taux prévus de rendement sans risque à l'égard des éléments d'actif à revenu fixe ayant des risques du type et de la qualité de ceux détenus à la date de rapport et de ceux dont l'acquisition est prévue en vertu de la politique du programme de sécurité sociale en matière de placements;
 - les rendements additionnels prévus en excédent des taux d'intérêt sans risque à l'égard des autres types de placements, y compris les actions ordinaires ou privilégiées cotées en bourse, les placements privés, les placements immobiliers et les actions privées;
 - la composition projetée du portefeuille de placement pour les années à venir.

Aux fins de la formulation de l'hypothèse relative au taux de rendement prévu des placements, l'actuaire supposerait que la gestion active des placements, moins les frais de placement, ne permettrait pas d'obtenir un rendement supérieur à celui découlant d'une stratégie de gestion passive des placements, sauf dans la mesure où l'actuaire a des raisons de croire, d'après des données à l'appui pertinentes, qu'un tel rendement supérieur sera réalisé de façon systématique et fiable à long terme.

- .05 Les frais de gestion prévus des placements dépendraient de la politique du programme de sécurité sociale en matière de placements et des types de placements détenus et projetés dans l'avenir.
- .06 Le taux supposé du rendement prévu des placements n'est pas nécessairement fixe mais peut varier d'une période à l'autre.

7340 Hypothèses non économiques

- .01 Aux fins de la formulation des hypothèses non économiques, l'actuaire tiendrait compte de toutes les éventualités importantes.
- .02 Les hypothèses non économiques nécessaires peuvent comprendre :
 - le taux prévu de fécondité;
 - le taux prévu de migration;
 - les taux prévus de mortalité et de morbidité.

7350 Marges pour écarts défavorables

- .01 L'actuaire ne devrait pas inclure une marge pour écarts défavorables si les circonstances du travail exigent un calcul fondé sur la meilleure estimation.
- .02 L'actuaire devrait inclure des marges pour écarts défavorables lorsque les circonstances du travail exigent de telles marges. Une marge non nulle devrait être suffisante sans être excessive. La provision pour écarts défavorables résultant de l'application de toutes les marges pour écarts défavorables devrait être appropriée dans l'ensemble.
- .03 Si, en vertu des circonstances du travail, l'actuaire est tenu d'utiliser une marge pour écarts défavorables se situant à l'extérieur de la fourchette qu'il considère appropriée, il peut utiliser l'hypothèse imposée, mais il devrait divulguer le fait que la marge se situe à l'extérieur de la fourchette appropriée et divulguer les motifs de l'utilisation d'une telle marge. [En vigueur à compter du XX mois 201X]

- .04 Voici des exemples de situations où les circonstances du travail peuvent exiger un calcul non biaisé :
 - les lois régissant le programme de sécurité sociale exigent un calcul non biaisé;
 - la politique de provisionnement du programme de sécurité sociale accorde une priorité élevée à l'équité entre les générations, ce qui exige alors l'utilisation d'hypothèses de meilleure estimation.

- .05 Voici des exemples de situations où les circonstances du travail peuvent exiger l'inclusion d'une marge pour écarts défavorables :
- les lois pertinentes ou la politique de provisionnement exigent l'inclusion d'une marge pour écarts défavorables;
 - le degré d'incertitude ou de volatilité d'une hypothèse spécifique est élevé et n'est pas considéré comme étant suffisamment atténué par l'adaptabilité sous-jacente du programme de sécurité sociale.
- .06 Si l'actuaire inclut une marge pour écarts défavorables, il énoncerait les motifs justifiant l'inclusion de la marge et le choix du montant spécifique de cette marge. Ces motifs peuvent comprendre les considérations suivantes :
- la politique de provisionnement du programme de sécurité sociale;
 - l'importance relative accordée à la conciliation d'intérêts contradictoires (p. ex., la sécurité des prestations par opposition au coût du programme de sécurité sociale);
 - le degré d'incertitude inhérent à l'hypothèse;
 - le degré de fiabilité ou de crédibilité des données ou des renseignements historiques sur lesquels l'hypothèse est fondée;
 - le risque de non-appariement de l'actif et du passif, si le programme de sécurité sociale a pour objectif le provisionnement intégral;
 - la propension à apporter des modifications ad hoc aux dispositions du programme de sécurité sociale;
 - les restrictions législatives ou autres affectant la capacité à atténuer l'expérience défavorable antérieure.

7360 Tests de sensibilité

- .01 L'actuaire devrait effectuer un test de sensibilité portant sur des scénarios défavorables pour faire ressortir les risques plausibles importants auxquels le programme de sécurité sociale peut être exposé et pour faciliter la compréhension des effets de modifications défavorables aux hypothèses. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .02 L'actuaire peut également effectuer des tests de sensibilité de scénarios favorables.
- .03 Pour choisir les hypothèses et les scénarios aux fins des tests de sensibilité, l'actuaire tiendrait compte des circonstances du travail et choisirait les hypothèses ayant une incidence importante sur l'évaluation. L'actuaire peut considérer l'utilisation de scénarios intégrés pour vérifier la sensibilité, par exemple, l'incidence d'une récession grave et prolongée.

- .04 Les hypothèses testées peuvent comprendre, sans toutefois s’y limiter, les suivantes :
- le taux d’investissement;
 - la croissance des salaires réels;
 - les taux de participation à la population active;
 - les taux de mortalité.

7400 Analyse de l'expérience

- .01 L'actuaire devrait effectuer une analyse de l'expérience, qui comprendrait une comparaison de l'expérience réelle et prévue pour la période entre la date de calcul précédente et la date de calcul courante.
- .02 L'actuaire devrait effectuer un rapprochement des principaux résultats du programme de sécurité sociale entre la date de calcul précédente et la date de calcul courante. Le rapprochement devrait inclure une analyse et une liste des changements de méthode et des hypothèses utilisées, des modifications législatives qui sont survenues, ou d'autres composantes de l'évaluation ayant contribué au changement au chapitre des principaux résultats. [En vigueur à compter du XX mois 201X]
- .03 L'analyse de l'actuaire inclurait toutes les variations significatives de l'expérience. À tout le moins, cette analyse de l'actuaire tiendrait compte de l'incidence de toute modification importante des hypothèses ou des méthodes utilisées et des prestations ou politiques du programme de sécurité sociale, tout gain ou perte imputable au rendement des placements au titre de l'actif du programme de sécurité sociale ou à des modifications législatives, ainsi que tout autre élément pour lequel l'écart entre l'expérience réelle et prévue est significatif.

7500 Rapports d'évaluation d'un programme de sécurité sociale

.01 Pour le travail effectué dans le cadre de la présente partie, l'actuaire devrait préparer un rapport qui :

- précise la date de calcul et la date de rapport de l'opinion que l'actuaire a donnée;
- indique la loi ou l'autorité en vertu de laquelle le travail est complété;
- décrit les termes importants du mandat approprié qui déterminent le travail de l'actuaire, y compris l'objet du travail;
- décrit les sources des données sur les participants, des dispositions et des politiques du programme, et de l'actif, s'il y a lieu, et les dates auxquelles les données ont été compilées;
- décrit les données utilisées pour l'évaluation et leurs limites, et toute hypothèse importante établie à l'égard des données insuffisantes ou non fiables;
- décrit les dispositions du programme de sécurité sociale, les politiques importantes et les pratiques administratives pertinentes, y compris les modifications apportées depuis la date de calcul précédente et l'incidence de telles modifications sur la santé financière du programme;
- décrit la ou les sources de provisionnement du programme de sécurité sociale;
- décrit tout mécanisme automatique de compensation du programme de sécurité sociale;
- décrit toute modification définitive ou pratiquement définitive au programme de sécurité sociale, aux politiques ou aux pratiques administratives, confirme si ces amendements ou modifications ont ou non été pris en compte dans l'évaluation, et définit l'incidence de tels amendements ou modifications sur la santé financière du programme;
- divulgue tout événement subséquent dont l'actuaire est conscient, que ces événements aient ou non été pris en compte dans le cadre du travail, ou, s'il n'y a aucun événement subséquent porté à la connaissance de l'actuaire, inclut une déclaration à cet effet;
- décrit la nature et l'étendue des risques importants auxquels fait face le programme de sécurité sociale, et l'approche prise par l'actuaire pour évaluer ces risques;
- précise que les hypothèses représentent les meilleures estimations, lorsque c'est le cas, ou divulgue la provision pour écarts défavorables globale dans les résultats, lorsque les hypothèses incluent des marges pour écarts défavorables;

- décrit la méthode utilisée pour évaluer la santé financière du programme de sécurité sociale et son niveau de provisionnement, le cas échéant, à la date de calcul. La description de la méthode devrait spécifier :
 - s'il s'agit d'une méthode avec ou sans entrants;
 - la façon dont les mécanismes automatiques de compensation, le cas échéant, sont pris en compte;
- présente les projections des composantes des flux monétaires du programme, y compris les cotisations, les prestations, les frais administratifs et le revenu de placement, le cas échéant;
- précise quels sont les taux de cotisations clés permettant d'assurer la viabilité financière du programme de sécurité sociale, s'il y a lieu;
- décrit et quantifie le rapprochement de l'expérience réelle et prévue à l'égard des actifs, s'il y a lieu, des dépenses, des taux de cotisation clés ou d'autres indicateurs de la viabilité financière du programme de sécurité sociale depuis la date de calcul précédente jusqu'à la date de calcul courante;
- décrit les tests de sensibilité ou de scénarios effectués à l'égard des principales hypothèses, et fait rapport des résultats de ces tests.

Selon les termes du mandat, le rapport devrait :

- préciser la date de calcul précédente et la prochaine date de calcul, le cas échéant;
- décrire les actifs du programme de sécurité sociale, le cas échéant, y compris leur valeur marchande, les méthodes et hypothèses utilisées pour évaluer les actifs et un sommaire des actifs par catégorie principale;
- préciser l'état de la santé financière du programme de sécurité sociale, ce qui peut comprendre son niveau de provisionnement, s'il y a lieu, à la date de calcul.

.02 Le rapport devrait fournir les cinq déclarations d'opinion actuarielle suivantes, toutes dans la même section du rapport et dans l'ordre suivant :

- une déclaration relative aux données, qui se lirait habituellement comme suit : « À mon avis, les données sur lesquelles s'appuie l'évaluation sont suffisantes et fiables aux fins de l'évaluation. »;
- une déclaration relative aux hypothèses, qui se lirait habituellement comme suit : « À mon avis, les hypothèses utilisées aux fins de l'évaluation sont raisonnables et appropriées, à la fois individuellement et dans leur ensemble. »;
- une déclaration relative aux méthodes, qui se lirait habituellement comme suit : « À mon avis, les méthodes utilisées dans l'évaluation sont appropriées aux fins de l'évaluation. »;
- une déclaration attestant la mesure dans laquelle le programme de sécurité sociale est viable financièrement sur la période de projection de l'évaluation, y compris les taux de cotisation clés permettant d'assurer cette viabilité, s'il y a lieu. La déclaration peut prendre la forme suivante :
 - « D'après les résultats de cette évaluation, je certifie que le [nom du programme de sécurité sociale] sera viable financièrement au cours des [durée de la période de projection] prochaines années. »; ou
 - « D'après l'évaluation du [nom du programme de sécurité sociale], [le(s) nom(s) du(des) taux de cotisation clé(s)] permettant d'assurer la viabilité financière à long terme du [nom du programme de sécurité sociale] est de [X,XX]% pour l'année [AAAA] et les suivantes. »;
- une déclaration sur la conformité à la pratique actuarielle reconnue, qui devrait se lire comme suit : « J'ai produit ce rapport et exprimé les opinions qui y figurent conformément à la pratique actuarielle reconnue au Canada. »

.03 Le rapport devrait être suffisamment détaillé pour permettre à un autre actuaire d'examiner le caractère raisonnable de l'évaluation et pour permettre aux parties prenantes, aux décideurs et aux autres parties intéressées de prendre des décisions en toute connaissance de cause relativement au programme de sécurité sociale. [En vigueur à compter du XX mois 201X]

- .04 L'actuaire peut utiliser plusieurs mesures pour présenter les résultats, notamment :
- les flux monétaires projetés et les positions finales;
 - les flux monétaires actualisés; et(ou)
 - les taux de cotisation permettant d'assurer la viabilité financière.
- .05 Par viabilité financière d'un programme de sécurité sociale, on entend sa capacité permanente à verser les prestations qu'il a promises compte tenu des règles de financement applicables et des environnements démographique et économique projetés dans lesquels il évoluera.
- .06 L'actuaire peut être appelé à répondre à des questions concernant la santé financière du programme de sécurité sociale, par exemple sur l'incidence de la modification d'une hypothèse utilisée dans la plus récente évaluation. En pareils cas, l'actuaire spécifierait l'objet et la portée du travail ainsi que toute limite ou contrainte s'appliquant à l'interprétation des résultats du travail en comparaison des résultats de la plus récente évaluation. Si une opinion actuarielle est requise pour un tel travail, celle-ci serait de même modifiée.
- .07 Les circonstances du travail peuvent entraîner un écart par rapport à la pratique actuarielle reconnue au Canada. Par exemple, la loi applicable ou les termes du mandat peuvent exiger que l'actuaire utilise une marge pour écarts défavorables qui se situe à l'extérieur de la fourchette qu'il considère appropriée. En pareil cas, l'actuaire divulguerait un tel écart dans le rapport, et si cela s'avère pratique, utile et approprié conformément aux termes de ce mandat, il divulguerait dans son rapport les résultats de l'application de la pratique actuarielle reconnue.