

## Assureurs et demandes de dossier démarches de la Fédération

*Michel Desrosiers*

***Vous êtes nombreux à recevoir des demandes de rapports, de copies de notes de suivi et d'autres informations de la part d'assureurs en invalidité de longue durée ou d'assurance vie. Les demandes transmises directement aux patients sont particulièrement irritantes. Peut-être avez-vous noté des changements à ce sujet depuis quelques mois ?***

LA FÉDÉRATION OFFRE à ses membres une assurance médicaments, une assurance invalidité de longue durée et une assurance vie sous forme d'assurance collective distribuée par un courtier. La Fédération peut intervenir auprès de l'assureur de son groupe en tant que preneur au contrat. Cependant, elle intervient aussi auprès d'assureurs avec lesquels elle n'a pas de liens commerciaux pour leur traduire les préoccupations de ses membres.

Depuis un certain temps, la Fédération reçoit des plaintes de la part de médecins en pratique du fait que des assureurs s'adressent directement à leurs patients pour obtenir une copie intégrale du dossier médical. Cette façon de faire pose deux problèmes. D'abord, elle peut placer le médecin dans une situation inconfortable quand vient le temps de percevoir des frais (auprès de son patient) pour les copies demandées. Toutefois, plusieurs médecins se sentent aussi mal à l'aise que l'assureur obtienne ainsi une copie intégrale du dossier (sauf les informations qui exigent le consentement d'un tiers), ce qui ne serait probable-

ment pas le cas si l'assureur s'adressait directement au médecin. Les patients ne sont pas conscients du problème potentiel. D'ailleurs, ils sont mal placés pour contester la demande de l'assureur.

L'assureur le plus souvent associé à ce genre de plaintes était Desjardins, bien que d'autres se comportent de la même façon. Comme Desjardins est l'assureur le plus important du Québec, la Fédération a rencontré ses dirigeants pour leur expliquer sa préoccupation et pour les inviter à revoir leur mode de fonctionnement. Il en est ressorti des résultats intéressants.

D'abord, en faisant des vérifications, Desjardins a constaté que, selon les secteurs, certaines de ces façons avaient pu s'implanter graduellement pour différentes raisons. Nos questions sur ces démarches ont permis à l'entreprise de cerner les préoccupations qui avaient mené à leur mise en place et de mettre de l'avant d'autres solutions.

### ***Raisons derrière l'état de fait et solutions possibles***

#### ***Contrôle des coûts***

Desjardins a constaté que certains médecins demandaient des frais qui lui semblaient élevés pour transmettre quelques copies de notes au dossier, en

*Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*

***Les assureurs semblent demander des dossiers intégraux directement aux patients pour différentes raisons. Desjardins a annoncé son intention de réduire de telles demandes.***

**Repère**

particulier lorsque le nombre de pages était très limité et qu'il n'était pas nécessaire de masquer l'information provenant de tiers ou non pertinente à l'évaluation de l'assureur. Plutôt que d'indiquer au médecin qu'elle trouvait ses frais exagérés (ce qui aurait mené à un dialogue pouvant expliquer les raisons de frais) ou de recourir au mécanisme de conciliation d'honoraires prévu par le Collège des médecins (perçu comme ne favorisant pas la collaboration future du médecin), Desjardins contournait simplement le problème en s'adressant directement à son assuré qui devait, lui, s'entendre avec son médecin sur les frais.

Consciente que sa façon de faire entraîne d'autres problèmes, Desjardins propose de s'adresser d'abord au médecin lorsque des copies de notes au dossier sont requises. Si les frais lui semblent exagérés, Desjardins l'indiquera au médecin en l'invitant à justifier le montant demandé ou à le revoir. C'est seulement après une telle tentative d'en arriver à une entente avec le médecin que Desjardins pourrait s'adresser directement au patient, en indiquant alors au médecin la raison de son choix.

Si cette situation devait survenir et que vous trouviez qu'il s'agit d'abus de la part de l'assureur, communiquez avec la Fédération pour que nous puissions vous conseiller et en tenir compte dans nos échanges avec Desjardins ou d'autres assureurs.

### *Contrôle des déclarations lors de l'adhésion à une assurance collective*

L'accès à certaines assurances collectives (assurance vie, assurance invalidité ou assurance de crédit) est souvent évalué selon des critères sommaires (ne pas avoir fait l'objet d'un refus de couverture antérieur, faire une demande pour une couverture inférieure à un montant prédéterminé, être employé et avoir travaillé contre rémunération pour un certain nombre d'heures dans le dernier mois). Lorsque le demandeur respecte ce profil, l'assureur ne pousse pas plus loin son évaluation et assume le risque couvert. Lorsque le demandeur sort de ce profil, l'assureur effectue une

évaluation plus poussée et pourra refuser d'assumer le risque.

Or, il arrive que lorsqu'une réclamation survient, l'assureur constate que les informations données au moment de l'adhésion ne correspondaient pas à la réalité : l'adhérent était au chômage ou avait fait l'objet d'un refus de couverture antérieur, par exemple. L'assureur doit alors effectuer l'évaluation qu'il aurait faite lors de l'adhésion. Il pourra donc demander des informations qui ne sont pas liées à la réclamation et avoir de la difficulté à cibler une affection spécifique dans sa demande.

L'assuré et le médecin pourront alors avoir l'impression que l'assureur cherche des prétextes pour ne pas payer. Pour l'assureur, il s'agit toutefois simplement d'évaluer le risque et d'appliquer ses règles. Le fait que ces dernières soient appliquées a posteriori est néanmoins certainement insécurisant pour l'assuré. Par contre, tout en voulant évaluer la situation au moment de l'adhésion, l'assureur ne doit pas mener des « parties de pêche » quant aux problèmes de santé apparus par après de ses assurés. À la suite de ses échanges avec la Fédération, Desjardins a décidé de limiter les demandes de dossiers complets et d'adresser de préférence ses demandes d'information directement au médecin.

Dans les cas plus complexes, Desjardins demande depuis peu à un de ses médecins-conseils de communiquer avec le médecin traitant. La Fédération a invité l'entreprise à prévoir un tarif en fonction de la durée, comme le fait la CSST, pour rémunérer de tels échanges téléphoniques. Au-delà de la question de la rétribution, vous pourriez hésiter à participer à de telles discussions par crainte que vos propos soient mal interprétés ou mal cités. Pour éviter de telles situations, Desjardins a donc été invitée à permettre au médecin qui le demande de prendre connaissance d'une transcription écrite de l'échange qu'il pourra commenter puis signer. Dans certaines situations, c'est l'assureur qui proposera au médecin de réviser la transcription et de la signer, comme lorsque les informations que donne le médecin sont différentes ou

***Les assureurs peuvent adresser leur demande de copie de dossier au patient lorsqu'ils trouvent votre tarification exagérée. Ils ont été encouragés à discuter d'abord de votre tarif avec vous pour vous permettre de le justifier ou de l'ajuster.***

**Repère**

même à l'opposé de celles qui ont été fournies par écrit auparavant.

### *Gestion de la réadaptation*

Lorsque l'assureur tente de proposer un moyen de réadaptation à un assuré en invalidité, il a besoin d'une vue d'ensemble de la situation de ce dernier. L'assureur doit tenir compte de la présence d'une autre maladie sans lien avec l'invalidité, mais qui peut empêcher la réadaptation. Il doit aussi prendre en considération les prédispositions qui peuvent exiger un soutien particulier durant la réadaptation. Par le passé, Desjardins demandait une copie intégrale du dossier et le faisait réviser par un médecin-conseil de l'assureur. Toutefois, elle n'informait pas le médecin traitant de ce qui l'amenait à agir de cette façon. De plus, en limitant la participation du médecin traitant dans la recherche de moyens de réadaptation, l'assureur se privait d'occasions de sensibiliser le clinicien aux répercussions, sur le retour au travail, des différents éléments qui ne sont pas directement liés à l'invalidité. De plus, informé du but de la démarche, le médecin aurait peut-être partagé certaines informations pertinentes concernant son patient, ce qu'il n'aurait pas fait autrement.

À la suite des échanges avec la Fédération, Desjardins a choisi de privilégier les appels téléphoniques au médecin traitant pour favoriser sa participation au processus de réadaptation. La personne la mieux placée pour discuter du plan de réadaptation ou des besoins spécifiques du patient est souvent un agent de réadaptation. Ce dernier ne devrait pas exprimer d'opinion sur le diagnostic ou le plan de traitement du médecin, mais bien chercher à comprendre les besoins particuliers du patient et les conséquences de ces besoins sur les moyens de réadaptation proposés. Dans certaines situations, c'est un médecin-conseil de l'assureur qui pourra être l'interlocuteur du médecin.

Comme pour les échanges dans le cadre des demandes en lien avec l'adhésion à des assurances collectives, Desjardins doit rémunérer adéquatement le médecin qui participe à de tels échanges, et au besoin

lui donner l'occasion de prendre connaissance d'une transcription des échanges et de la commenter.

### *Commentaires de l'assureur*

Desjardins a aussi exprimé sa perception que plusieurs médecins traitants ne comprennent pas les distinctions entre ce qui est assuré et les besoins thérapeutiques des patients, entre réduire au minimum la limitation fonctionnelle et maximiser le confort d'un patient, par exemple. Dans certaines situations, le médecin a alors l'impression que l'assureur tente d'abuser du patient alors que l'assureur ne veut simplement que faire respecter son contrat. Différentes formations existent pour répondre à ce besoin. La Fédération a créé un atelier de trois heures sur la question qui est présenté, sur demande, à peu près une fois par année. L'Université de Montréal offre un cours sur la médecine d'expertise, mais une telle formation exige un investissement de temps qui dépasse ce que la majorité des médecins sont prêts à investir sur ce sujet.

À très court terme, nous traiterons de la question dans cette chronique. Comme solution à moyen terme, la Fédération va regarder la possibilité d'offrir des conférences adaptées à un auditoire général dans le cadre de ses congrès. Elle ciblera d'abord ceux en lien avec l'appareil locomoteur ou la santé mentale, étant donné que ce sont souvent les causes d'invalidité ou de réadaptation.

Desjardins nous indique avoir modifié ses façons de faire depuis la fin de l'été dernier, mais nous ne disposons pas de moyen pour valider une telle affirmation. Avez-vous noté des changements quant au nombre de demandes adressées à vos patients, du moins par Desjardins ? Est-ce que d'autres assureurs semblent agir de la sorte ? La direction serait heureuse de recevoir votre rétroaction.

**N**OUS TENTERONS d'aborder prochainement la question des responsabilités respectives du médecin traitant et des assureurs. À la prochaine ! 📧

***Les réclamations dans le cadre de l'assurance crédit peuvent exiger une évaluation par l'assureur qui dépasse le problème de santé responsable de la réclamation, mais qui ne devrait pas systématiquement donner lieu à des demandes de dossier intégral.***

**Repère**