

Nachträgliche Übersetzung aus Medinfo 2012 / 1

La tâche du médecin-conseil dans le service des sinistres d'une assurance privée

Dr Urs Hürlimann

Leiter med. Dienst Region Zürich,
AXA Winterthur,
Brandschenkestrasse 24,
8027 Zürich
(urs.huerlimann@axa-winterthur.ch)

Résumé

Le médecin des assurances conseille les assurances au sujet des questions médicales propres aux diverses branches dans lesquelles elles sont actives. Il a pour tâche d'évaluer l'aspect médical d'un cas d'assurance en fonction des dispositions légales applicables (droit des assurances sociales, droit privé) et des conditions d'assurance (CGA, CPA: conditions générales et particulières d'assurance).

Les assureurs privés, tels qu'AXA Winterthur par exemple, offrent des assurances soumises au droit des assurances sociales (p. ex. l'assurance-accidents selon la LAA) ou au droit privé (p. ex. indemnités journalières, responsabilité civile pour véhicules à moteur).

Les assureurs ont recours (sauf pour les assurances soumises à la loi sur les assurances sociales) au médecin des assurances pour évaluer le risque lors de la conclusion d'un contrat (underwriting)

et d'autre part lors de la survenue d'un dommage aux personnes assurées («traitement du dommage»/claims) pour participer à son évaluation.

L'auteur traite de ces diverses tâches dans le secteur de l'assurance dommages privée en se référant particulièrement à l'AXA Winterthur.

Zusammenfassung

Der Versicherungsmediziner berät die Versicherung in medizinischen Angelegenheiten. Abhängig vom Versicherungszweig stellen sich für ihn verschiedene Aufgaben. Bei der Beratung geht es um die Beurteilung eines medizinischen Sachverhalts unter dem Aspekt der im vorgelegten Versicherungsfall zur Anwendung kommenden rechtlichen Vorgaben (Sozialversicherungsrecht, Privatrecht) und Versicherungsbestimmungen (AVB, BVB: allgemeine und besondere Versicherungsbedingungen). Privatversicherungen, wie z. B. die AXA Winterthur, bieten sowohl Versicherungen an, welche dem Sozialversicherungsrecht unterstehen (z. B. Unfallversicherung nach UVG) als auch Versicherungen, die dem Privatrecht unterstehen (z. B. Krankentaggeld, Motorfahrzeughaftpflicht).

Die Versicherungsmediziner werden vom Versicherer einerseits bei Abschluss einer Versicherung (entfällt bei den Versicherungen nach Sozialversicherungsgesetz) zur Risikoprüfung («Versicherungsabschluss»/Underwriting) beigezogen und andererseits nach Eintritt eines versicherten Personenschadens («Schadenbearbeitung»/Claims) in die Beurteilung involviert.

Im Folgenden befasst sich dieser Artikel mit der Arbeit im Schadenbereich einer Privatversicherung, speziell bei der AXA Winterthur.

Organisation

Comme d'autres assureurs privés, l'AXA Winterthur (autrefois Assurance Winterthur) s'est longtemps appuyée sur un réseau externe de médecins-conseils qui procédaient aux évaluations médicales dans leur cabinet, puis de plus en plus souvent dans les centres régionaux de l'assurance. On nota que leur présence dans les locaux de la société permettait de discuter directement de leur évaluation avec la personne responsable de cas. En 2006, l'assurance décida d'étendre le service médical et engagea des médecins dans les quatre centres régionaux en Suisse romande

et allemande (Berne, Lausanne, St-Gall et Zurich) afin de permettre un accès permanent au savoir médical, de favoriser l'échange oral interdisciplinaire et ainsi d'accroître l'efficacité du service des sinistres. Entretemps, ces médecins sont chargés de la direction des différents services médicaux régionaux. Ce soutien médical direct permet une gestion proactive de cas complexes de sinistres de personnes.

Traitement de cas et tâche du service médical

Les responsables de cas d'assurance ne soumettent qu'une petite partie des sinistres de personnes au service médical (env. 10% des cas; pour la région de Zurich env. 3700 évaluations médicales, parfois plusieurs pour le même cas, sur 37 725 cas déclarés).

Après avoir contrôlé sa compétence pour un cas, l'assureur a pour objectif d'octroyer les prestations assurées aussi simplement et rapidement que possible. Il peut ainsi arriver qu'au début, après une évaluation superficielle du dossier, des prestations non dues aient été déjà versées par erreur et que seulement plus tard, après un examen approfondi, l'assurance conclut que le

cas n'est pas de sa compétence. Une conclusion qui paraît d'abord incompréhensible pour le patient concerné et pour le médecin traitant.

Pour les cas peu clairs et pour les sinistres pouvant susciter des coûts élevés (par ex. traumatismes cranio-cérébraux, polytraumatismes, incapacité de gain de longue durée), le service médical est cependant mis à contribution dès le début de l'évaluation.

Conseil médical

Le médecin-conseil a avant tout pour tâche d'examiner objectivement le cas du point de vue médical et de donner son avis sur le rapport de causalité et sur le pronostic. Son évaluation a des conséquences sur la prise en charge des examens médicaux et des traitements, sur les indemnités journalières et autres prestations. L'assureur en tient également compte pour établir les réserves financières nécessaires à long terme pour un cas donné. Le médecin-conseil exprime des recommandations à l'attention du responsable de cas qui s'en sert pour décider de l'octroi ou non de prestations ou pour se défendre le cas échéant contre des revendications injustifiées.

Le médecin d'assurance doit pouvoir avoir accès à toutes les données médicales nécessaires pour garantir une évaluation professionnelle et spécialisée. L'échange de données doit satisfaire aux dispositions plus strictes pour la protection de données sensibles sur la santé. Le service médical respecte ces dispositions légales telles qu'elles sont exposées dans le Manuel de la médecine de l'assurance.

Il est essentiel que le médecin-conseil établisse ses recommandations d'un point de vue uniquement médical et qu'il ne soit pas influencé dans sa prise de position par des directives internes à l'assurance. En tant que médecin d'assurance, il doit naturellement connaître les conditions cadres légales ainsi que la jurisprudence correspondante.

On ne peut jamais suffisamment souligner que le médecin d'assurance a avant tout pour tâche d'examiner clairement la situation médicale sur la base du dossier à disposition, afin de pouvoir répondre aux questions que lui pose de son point de vue l'assureur indemnités journalières en cas de maladie ou d'accidents ou l'assureur responsabilité civile.

À côté de l'assistance spécifique qu'il apporte à l'assureur avec son savoir, il appartient naturellement au médecin

d'assurance d'être à la disposition du médecin traitant en cas de questions en rapport avec la médecine des assurances.

Activité quotidienne et processus de travail du médecin-conseil

Le responsable de cas traite lui-même les sinistres simples et ne s'adresse au service médical que pour des cas plus compliqués, qui sont par ex. présentés oralement ou brièvement par écrit avec les questions à clarifier, auxquelles il est répondu par une notice ou par voie électronique. Si le cas est complexe et peut-être déjà litigieux, le médecin-conseil rédige sa prise de position de manière détaillée.

Si les faits ne sont pas clairs, il prend en outre contact avec le médecin traitant (ou avec l'hôpital, la clinique). Il pourra également demander un examen médical supplémentaire de la personne assurée ou organiser avec le responsable du cas un consilium ou une expertise.

Une séance interdisciplinaire hebdomadaire permet d'autre part de discuter de cas lourds de conséquences pour l'assurance. Elle réunit ce qu'on appelle le Risk Management Team (RTM) auquel participe le responsable de cas, le supérieur

hiérarchique responsable du service de sinistres, l'inspecteur de sinistres en fonction du cas, le responsable régional du case management et le responsable du service médical.

Dans certains cas particuliers, sont également convoqués à une séance interdisciplinaire les personnes concernées, l'équipe soignante, des avocats, les case managers et les responsables du cas dans les cliniques, les cabinets médicaux ou dans les locaux de l'assurance. En général cependant, le médecin d'assurance a pour tâche principale le traitement de dossiers médicaux.

Qualifications nécessaires pour devenir médecin d'assurance

Avant de pouvoir occuper un poste à plein temps chez un assureur, le candidat doit posséder plusieurs années d'expérience comme médecin spécialiste qui lui auront permis de connaître le travail quotidien en médecine clinique ainsi que les complexités de notre système de santé et d'avoir vécu directement de nombreux processus de guérison de maladies et d'accidents.

Sont également nécessaires un intérêt réel pour les questions de droit et d'assurance ainsi qu'une formation de base

en médecine des assurances telle que l'offrent par ex. la Société Suisse des médecins-conseils (SSMC) donnant droit à un certificat de capacité et Swiss Insurance Medicine (SIM) où l'on obtient un certificat d'expert médical. Depuis peu de temps, il est en outre possible de suivre une formation master en médecine des assurances à l'Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) à l'Université de Bâle qui a pour contenu en plus de la nosologie et des aspects liés à l'assurance notamment le droit médical, l'éthique, l'économie, les mathématiques d'assurance et l'étude comparative des systèmes sociaux et juridiques d'autres pays.

Naturellement, le médecin d'assurance suivra outre la formation continue correspondant à sa spécialité également une formation continue en médecine des assurances, lesquelles ne servent pas uniquement à maintenir à jour le savoir médical, mais doivent aussi permettre d'introduire tout à fait consciemment dans la discussion le point de vue des assureurs.

Indépendance

On reproche souvent au médecin employé par une assurance d'être dépen-

dant et partial parce qu'il est rémunéré par l'assureur. Mais jusqu'à ce jour, le Tribunal fédéral a plusieurs fois considéré qu'on ne peut pas inférer du statut d'employé auprès de l'assureur un manque d'objectivité ou une prévenance en sa faveur. Il ajoute toutefois que les prises de position doivent être soumises à des exigences sévères en ce qui concerne l'appréciation de la preuve et qu'au moindre doute sur la fiabilité et sur le caractère concluant des évaluations médicales internes il faut ordonner des examens complémentaires.

Non seulement des facteurs externes (notamment la reconnaissance, la socialisation du médecin dans le monde des assurances, des courants de société ou aussi le sort du patient selon le cas) jouent un rôle dans le maintien de l'indépendance du médecin d'assurance, mais également ses qualités personnelles telles que son état d'esprit, ses conceptions, ses valeurs éthiques, une tendance ou non à la soumission ou à l'indécision. Une fois posée, il doit pouvoir défendre son opinion face à des collègues externes, mais souvent aussi au sein de la société. Un responsable d'un service doté d'une longue expérience résumait souvent la situation avec ce

mot: «Finalement, chacun doit obtenir exactement ce qui lui revient, pas plus mais pas moins non plus.»

Enfin, s'il se sent mis sous pression par son employeur, le médecin d'assurance a la possibilité de reprendre son activité de praticien puisqu'il poursuit (nous l'avons mentionné ci-dessus) sa formation continue spécialisée.

Références

1. Manuel de la médecine des assurances, chap. 5, Société suisse des médecins-conseils et des médecins d'assurance <http://www.medecins-conseils.ch/manual/chapter05.html>, 2009
2. Guide pratique de la FMH: Bases pratiques pour le quotidien du médecin, chap. 6 et 7 (<http://www.samw.ch/fr/Publications/Guides-pratiques.html>), SAMW/FMH 2008
3. Konzept med. Dienst der AXA Winterthur, 2006 und 2011
4. Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et ordonnances correspondantes
5. Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) et ordonnances correspondantes
6. Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA).
7. Arrêts du Tribunal fédéral: BGE 125 V 351 E. 3b, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 122 V 157 E. 3