



# Infoméd/Medinfo

Nº 2020/4

---

# Collaboration et communication entre les compagnies d'assurances et les médecins-conseil ainsi que les médecins traitants

## Recommandations de l'Association Suisse d'Assurances (ASA)

Dr Bruno Soltermann, Médecin-chef de l'ASA

Pour des raisons pratiques, la forme masculine est adoptée dans ce documents ; mais celle-ci vaut toujours pour tous les autres également.

## 1. Branches des assurances de personnes et échange de données

Les assureurs maladie selon la LCA, les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA, les assureurs-accidents selon la LAA et la LCA, les assureurs-vie, les réassureurs et les assureurs responsabilité civile sont réunis au sein de l'ASA. Ils sont tous tributaires des données communiquées par les médecins sur les patients/assurés/proposants pour l'examen des dossiers ou des risques.

### *Procurations*

Aucune procuration des patients/assurés n'est nécessaire pour l'échange de données entre les médecins et les assurances sociales telles que l'assurance-maladie obligatoire selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance-accidents obligatoire selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA), l'assurance-invalidité (LAI) et l'assurance militaire (LAM).

Une procuration des patients/assurés est nécessaire dans les cas relevant de l'assurance privée, à savoir de l'assurance selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) complémentaire à la LAA ou à la LAMAL, de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA, de l'assurance-vie, de la réassurance, de l'assurance de la responsabilité civile ainsi que de la prévoyance professionnelle (LPP). En conséquence, ces assureurs sont tenus de joindre

une procuration de l'assuré lorsqu'ils demandent à disposer des rapports médicaux !

### *Flux de données*

Le rapport médical est adressé au service du médecin-conseil (SMC) de l'assureur-maladie uniquement (art. 57 al. 6 LAMal) dans le cas de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal).

En ce qui concerne les autres branches d'assurances, c'est-à-dire toutes celles qui sont regroupées au sein de l'ASA, les rapports médicaux doivent être adressés aux services administratifs de l'assureur. Un spécialiste de l'assurance s'y occupe des dossiers et de leur coordination et s'adresse au médecin-conseil pour les questions relevant de la médecine des assurances.

## 2. Rôle et missions des médecins-conseil

Les assureurs ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des médecins qui conseillent les spécialistes de l'assurance et les juristes des compagnies d'assurances et leur expliquent les interactions en matière de médecine des assurances ressortant de l'examen des prestations, mais aussi de l'examen des risques. C'est la raison pour laquelle, ils sont appelés médecins-conseil.

Les médecins-conseil assument des tâches multiples et variées. Lors de l'examen des prestations en cas de maladie ou d'accident et parfois pour un dossier de responsabilité civile, il s'agit des tâches suivantes : évaluation des liens de causalité naturelle lorsque ceux-ci ne sont pas évidents, propositions et recommandations relatives au suivi et au traitement médical, pronostics sur la durée de l'incapacité de travail et du traitement, estimation de l'atteinte à l'intégrité, examen de certaines demandes d'honoraires, discussion sur certaines questions médicales avec le collaborateur de la compagnie d'assurances, participation à l'organisation des expertises médicales et évaluation des expertises, discussion directe des questions et des problèmes d'ordre médicaux avec le médecin traitant, si nécessaire réalisation en personne d'un examen médical de l'assuré.

Dans le cas d'une proposition de souscription d'une assurance de droit privé, l'examen du risque a pour but de formuler une estimation de la mortalité et de la morbidité du proposant ainsi que du risque d'incapacité de travail ou d'invalidité sous l'angle de la médecine des assurances et est plus ou moins exhaustif selon le produit d'assurance considéré.

Il est important de noter que les médecins-conseil peuvent uniquement formuler des recommandations à l'intention des compagnies d'assurances. Ces dernières demeurent libres de suivre ou non ces recommandations, car la gestion d'un dossier dans un cas donnant droit à prestations ou le traitement de la proposition en cas de souscription d'un produit d'assurance incombent toujours au service correspondant des compagnies d'assurances.

La grande majorité des médecins-conseil collaborent avec les assureurs privés sur la base de mandats, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas salariés de la compagnie d'assurances, mais qu'ils travaillent aussi au sein de leur propre cabinet ou à l'hôpital. En d'autres termes, la plupart des médecins-conseil exercent également comme thérapeutes, ils sont donc pour ainsi dire sur le front médical et s'appuient sur leur expérience du terrain en cabinet ou en milieu hospitalier pour formuler leurs conclusions en matière de médecine des assurances. En outre, les assureurs privés confient leurs mandats d'expertise à des médecins-conseil recouvrant les spécialités

les plus diverses, de sorte à disposer de la compétence médicale appropriée au cas considéré.

### 3. Desiderata des médecins traitants

Lors d'un sondage réalisé en Suisse en 2018 par le groupe d'experts en médecine des assurances de Swiss orthopaedics auprès des orthopédistes et des assureurs<sup>1</sup>, un certain nombre de médecins traitants ont critiqué les points suivants et formulé des desiderata :

1. Les assureurs leur demandent de remplir trop de formulaires et leur posent ensuite beaucoup trop de questions complémentaires. Cela est ressenti comme un manque de confiance et illustre le fait que les compétences du corps médical sont remises en cause par les assureurs.
2. Le processus est trop long jusqu'à la prise de décisions.
3. Les médecins déplorent un manque de transparence sur la manière dont les décisions sont prises.
4. Il arrive que les assureurs ne communiquent même pas leurs décisions aux médecins traitants et invoquent alors surtout la protection des données.
5. Il faut désigner un interlocuteur précis qui soit disponible et puisse assumer la responsabilité des décisions de l'assureur.
6. Il faut améliorer l'accès aux médecins-conseil, car ce sont généralement eux qui réalisent les expertises médicales. En général, les chargés de dossier ne sont pas assez compétents.

<sup>1</sup> Le sondage et ses résultats peuvent être obtenus auprès du docteur Bruno Soltermann, ASA, bruno.soltermann@svv.ch.

## 4. Explications des assureurs privés sur ces différents points

*1. Les assureurs leur demandent de remplir trop de formulaires et leur posent ensuite beaucoup trop de questions complémentaires. Cela est ressenti comme un manque de confiance et illustre le fait que les compétences du corps médical sont remises en cause par les assureurs.*

Les assureurs privés, à l'instar de tous les autres assureurs, doivent disposer des informations requises pour procéder à l'examen de leur obligation de verser des prestations (causalité naturelle, catalogue de prestations), des indications thérapeutiques et des attestations de capacité de travail par exemple. À cet effet, les assureurs privés ont mis à disposition le **rapport médical initial** qui couvre les différents domaines des assurances de personnes, accidents, maladie et responsabilité civile.

Les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie réclament parfois un **rapport médical abrégé sur le diagnostic et l'incapacité de travail** afin de soutenir le processus de réinsertion avec leurs gestionnaires de cas (*case managers*). Il est alors important que le code CIM soit précisé dans le diagnostic, car les dossiers sont répartis en interne aux fins d'examen approfondi en fonction de ce code.

Ces deux rapports médicaux sont disponibles sur le site web<sup>2</sup> de l'Association Suisse d'Assurances, où ils peuvent y être consultés et téléchargés pour une utilisation directe. Les assureurs privés sont libres d'utiliser les formulaires tels quels ou d'y ajouter d'autres questions. Ces rapports médicaux ne doivent être utilisés et envoyés qu'à la demande de l'assureur, ceci afin d'éviter tout flux inutile de données.

Si l'obligation de verser des prestations doit être clarifiée plus avant ou si la maladie ou les séquelles de l'accident durent plus longtemps que prévu, les assureurs privés demandent généralement un rapport spécial ou un rapport intermédiaire qui comprend des questions complémentaires portant

spécifiquement sur l'assuré/le patient. Les rapports médicaux intermédiaires types ont été supprimés, car les questions ne correspondaient pas forcément au cas considéré.

Il est important que les médecins traitants répondent de manière intelligible, concluante et lisible aux questions des spécialistes de l'assurance privée, car ce sont ces derniers qui gèrent le dossier. En cas d'incertitudes médicales, les spécialistes de l'assurance s'adressent aux médecins-conseil. S'ils ne comprennent pas non plus les réponses alors fournies, cela entraîne de nouvelles questions et des retards, ce qui implique perte de temps et une charge de travail supplémentaire pour toutes les parties impliquées.

Dans le domaine traumatologique, des formulaires médicaux viennent compléter les rapports. Ils doivent être utilisés directement lors de la consultation d'urgence et versés tels quels au dossier médical. Ces formulaires médicaux doivent au besoin être envoyés à l'assureur.

- Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical
- Rapport complémentaire détaillé sur le genou
- Premier diagnostic / première documentation pour adultes en cas de traumatisme crano-cérébral léger
- En cas de guérison lente, le questionnaire sur l'évolution de la pathologie après un traumatisme d'accélération crano-cervical doit être utilisé en complément à la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical.

Les assureurs-vie disposent de deux rapports médicaux :

- Rapport de l'examen médical
- Certificat médical d'incapacité de travail à l'intention du médecin conseil de l'assureur-vie

Tous ces formulaires, rapports et certificats sont également téléchargeables depuis le site de l'ASA.

### **En résumé :**

*Les assureurs privés souhaitent traiter les dossiers avec le moins de rapports médicaux possible. La plupart du temps, le rapport médical initial leur suffit. En cas de clarifications de l'obligation de verser des prestations, de guérison lente ou*

<sup>2</sup> <https://www.svv.ch/fr/secteur/medecine-des-assurances/rapports-medicaux-instruments-pour-la-gestion-de-cas-pour>

de reprise du travail, des rapports spéciaux ou intermédiaires peuvent être demandés en complément. Les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie demandent parfois également le rapport médical abrégé. Plus les rapports médicaux sont clairs et compréhensibles, moins il y aura de questions complémentaires.

#### Conseils aux médecins traitants :

Rappelez-vous à quel point il est désagréable de recevoir un rapport médical d'un collègue où vous ne comprenez pas ce qui a été fait ni pourquoi et ce qui doit encore être fait. Si vous avez bien conscience de cela, il vous sera plus facile de remplir les rapports de manière compréhensible et en indiquant les informations nécessaires afin d'éviter de recevoir de nouvelles questions.

## 2. Le processus est trop long jusqu'à la prise de décisions.

Les décisions ne peuvent être prises que si les demandes, telles une demande de prise en charge d'une intervention ou de rapport médical en cas de clarification de l'obligation de verser des prestations, contiennent les informations essentielles.

Une demande de prise en charge d'une intervention doit préciser l'évolution de la maladie ou revenir sur l'évolution post-traumatique. Constats objectifs, les atteintes morphologiques et fonctionnelles ainsi que les examens d'imagerie doivent être présentés de manière différenciée. Si l'intervention considérée s'écarte des interventions usuelles conformément à d'éventuelles lignes directrices ou, par exemple, du fait de nouvelles technologies, il faut joindre la documentation correspondante. Le principe suivant s'applique : C'est au médecin traitant de prouver que l'intervention prévue présente un rapport coûts-bénéfice positif et non à l'assureur de prouver le contraire.

Lorsqu'il est question de clarifier une obligation de verser des prestations, sont alors déterminants l'anamnèse détaillée avec précision des antécédents médicaux, l'indication de l'événement dommageable avec mention du mécanisme traumatique ou de la date de l'apparition de la maladie ainsi que l'évolution de la pathologie.

Dans le cas de certificats de capacité/d'incapacité de travail, le médecin doit comparer l'atteinte fonctionnelle avec les exigences du poste de travail afin d'évaluer la capacité de travail en termes quantitatifs et qualitatifs. À cet effet, il peut s'appuyer sur le profil d'intégration axé sur les ressources de Compasso <https://www.compasso.ch/fr/f090000584.html> et le certificat de capacité de travail SIM <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/incapacite-de-travail/certificat-de-capacite-de-travail-sim> ainsi que sur les éventuelles indications mentionnées sur les rapports médicaux demandés par les assureurs privés.

#### En résumé :

Plus un rapport médical ou un formulaire sont remplis de manière informative et concluante, plus le spécialiste de l'assurance peut se faire une opinion et prendre une décision rapidement. Si certaines informations ne sont pas claires, il se retournera alors vers le médecin-conseil, lequel n'est pas toujours disponible à ce moment-là. Et si, ce dernier ne peut pas formuler de recommandation, car les documents fournis ne sont pas suffisants, cela retarde d'autant le traitement du dossier par le spécialiste de l'assurance.

#### Conseils aux médecins traitants :

À chaque fois que vous remplissez un rapport médical, demandez-vous si les informations que vous indiquez permettent effectivement à un médecin qui n'est pas le médecin traitant de formuler une recommandation objective à l'intention du spécialiste en assurance.

## 3. Les médecins déplorent un manque de transparence sur la manière dont les décisions sont prises.

Comme cela a été précisé en introduction, le pouvoir de décision incombe toujours au service interne de la compagnie d'assurances.

Si la décision est de nature purement formelle, par exemple parce que les conditions générales d'assurance excluent d'office toute prise en charge des prestations, alors l'intervention du médecin-conseil est inutile.

En présence d'une question complexe relevant de la médecine des assurances qui doit donc être évaluée par le médecin-conseil, lequel doit ensuite formuler une recommandation,

c'est néanmoins le service interne de la compagnie d'assurances qui prend en dernière instance la décision, et non le médecin-conseil.

Cette manière de procéder présente l'énorme avantage de préserver intacte l'indépendance des médecins-conseil. Dans le cas contraire, ils relèveraient inévitablement de l'administration et devraient se conformer à des instructions.

La transparence signifie :

À chaque fois qu'une décision doit être prise et communiquée à l'assuré, ce dernier devrait savoir qui a tranché et pourquoi.

Les réflexions du spécialiste de l'assurance et du médecin-conseil éventuellement consulté devraient être portées à sa connaissance. Si la décision est favorable à l'assuré, aucune explication n'est vraiment nécessaire. Lorsque la décision lui est défavorable, les explications devraient être compréhensibles et convaincantes, comme attendu également des rapports médicaux.

**En résumé :**

*Plus une décision est transparente, compréhensible et convaincante, mieux elle est acceptée.*

#### **Conseils aux spécialistes de l'assurance ainsi qu'aux médecins traitants :**

Soyez aussi transparents que possible, car cela stimule la confiance mutuelle dans le triangle relationnel patient/assuré – médecin – assureur.

#### **4. Il arrive que les assureurs ne communiquent même pas leurs décisions aux médecins traitants et invoquent alors la protection des données.**

En assurance-accidents obligatoire selon la LAA ainsi qu'en assurance-invalidité et en assurance militaire, le principe de la prestation en nature est applicable. Cela signifie que c'est à l'assureur qu'il revient de payer les honoraires du médecin et non au patient. En conséquence, les rapports relatifs à la prise en charge des coûts ou au traitement peuvent sans problème être échangés directement entre le médecin et l'assureur, ceci en dépit de la protection des données.

Dans toutes les autres branches d'assurance, c'est-à-dire en LAMAL et en assurances privées, la relation contractuelle est uniquement établie entre l'assuré et l'assureur. Ce dernier garantit simplement les frais médicaux. Afin de respecter la protection des données, généralement un assureur envoie ses décisions à l'assuré et non au médecin.

En responsabilité civile, la situation est un peu plus compliquée encore, car il n'y a pas de relation contractuelle entre le patient (le lésé) et l'assureur. Ici, la protection des données est essentielle, et l'assureur ne peut communiquer avec le médecin que s'il a une procuration de l'assuré.

À l'inverse, il est important que le médecin sache qu'il doit éclairer son patient à la fois sur les risques du traitement (explication des risques) et le comportement à suivre pendant et après le traitement (explication des garanties) ainsi que sur les frais de traitement (explication des aspects économiques). S'il omet d'éclairer le patient sur les frais de traitement et que l'assureur refuse de le prendre en charge, le patient peut alors avancer qu'il n'aurait jamais suivi cette thérapie s'il en avait été informé et, dans le pire des cas, il peut tout à fait refuser d'acquitter les frais médicaux. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de demander une prise en charge des coûts à l'assureur avant toute intervention ou traitement prévus et non urgents.

**En résumé :**

*La protection des données est essentielle.*

#### **Conseils aux médecins traitants :**

Demandez-vous toujours dans quel domaine d'assurance se trouve votre patient pour le traitement considéré et pour quel domaine d'assurance vous devez établir un rapport. Cette information est extrêmement importante pour le paiement de vos honoraires médicaux ainsi qu'en matière de protection des données, se reporter aux paragraphes ci-avant sur les procurations et les flux de données.

#### **Conseils aux spécialistes de l'assurance :**

Demandez-vous s'il ne serait pas utile et plus efficace d'informer également le médecin traitant lorsque le client a donné son consentement à l'échange de données.

*5. Il faut désigner un interlocuteur précis qui soit disponible et puisse assumer la responsabilité des décisions de l'assureur.*

En général, un dossier d'assurance n'est géré que par un seul spécialiste bien déterminé qui regroupe toutes les informations qui lui sont adressées. Il peut arriver qu'un dossier soit traité par plusieurs personnes pour cause de travail à temps partiel ou de congés.

Lorsqu'une décision est prise, les noms des collaborateurs impliqués de la compagnie d'assurances sont systématiquement précisés avec indication des coordonnées auxquels ils peuvent être joints.

**En résumé :**

*Les spécialistes compétents de l'assureur peuvent être contactés à tout moment.*

**Conseils aux médecins traitants :**

En cas d'incertitudes, vous ou le patient devez écrire ou téléphoner à la personne indiquée comme étant l'interlocuteur auprès de l'assureur. En son absence, son remplaçant doit pouvoir fournir des renseignements et, si cela n'est exceptionnellement pas possible, il faut alors convenir d'un rendez-vous téléphonique.

**Conseils à l'assureur :**

Les spécialistes de l'assurance doivent désigner un remplaçant.

*6. Il faut améliorer l'accès aux médecins-conseil, car ce sont généralement eux qui réalisent les expertises médicales. En général, les chargés de dossier ne sont pas assez compétents.*

Il est compréhensible que les médecins traitants aient envie de discuter avec des médecins-conseil. Le médecin traitant doit néanmoins clarifier au préalable la question de savoir si le patient est d'accord. Lors des contacts avec les assureurs privés comme les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie ou plus particulièrement les assureurs responsabilité civile, une procuration est indispensable pour des raisons de protection des données. Comme ce sont les spécialistes de l'assurance qui gèrent les dossiers, les médecins

traitants doivent dans un premier temps contacter les services administratifs de l'assureur par courrier ou par téléphone, surtout pour des questions d'ordre tarifaire ou actuariel. Correspondre ou téléphoner avec le médecin-conseil n'est approprié que pour les questions d'ordre médical. À ce sujet, il convient de préciser que le médecin-conseil exerce simplement une fonction de conseiller et qu'il ne dispose d'aucun pouvoir décisionnel. Comme les médecins-conseil ne travaillent pas à plein temps pour les compagnies d'assurances, il faut fixer un rendez-vous téléphonique au cours duquel le médecin-conseil aura le dossier devant lui. Au regard du grand nombre de cas d'assurance, il est inutile d'appeler le médecin-conseil à son cabinet ou à l'hôpital, car il ne peut avoir présent à l'esprit tous les détails du dossier considéré.

Par ailleurs, les médecins-conseil doivent eux-mêmes accepter d'entrer en contact avec des médecins traitants pour toute question d'ordre médical.

**En résumé :**

*Toute discussion avec l'assureur doit systématiquement passer par le spécialiste en assurance chargé du dossier considéré. Les questions portant sur les aspects tarifaires ou actuariels sont du ressort des services administratifs. Les questions médicales relèvent de la compétence du médecin-conseil, sachant que ce dernier ne dispose d'aucun pouvoir décisionnel.*

**Conseils aux médecins traitants :**

Dans vos relations avec les assureurs, tenez-vous en au niveau médical et abordez les médecins-conseil comme des collègues, car la plupart d'entre eux exercent également dans des cliniques ou jouissent d'une grande expérience en milieu hospitalier. Pensez à la protection des données et au fait, que la vue de la médecine des assurances ne doit pas être congruent à celle de la médecine.

**Conseil aux assureurs :**

Lorsqu'un médecin traitant prend le temps et se donne la peine d'écrire ou de téléphoner à la personne chargée du dossier d'un patient afin de demander un entretien avec le médecin-conseil, cela témoigne d'un grand engagement de sa part face à un dossier complexe. S'il s'agit d'un problème d'ordre médical, il faut alors se retourner vers le médecin-conseil et convenir d'un

entretien dès que possible. S'il ne s'agit pas d'un problème d'ordre médical, il faut alors le signaler au médecin traitant et lui expliquer que le médecin-conseil n'est pas nécessaire.

#### **Conseils aux médecins-conseil :**

En votre qualité de médecin-conseil, si besoin il est de votre devoir de contacter les médecins traitants et de discuter avec eux en cas de désaccords sur des questions d'ordre médical. Adoptez une attitude collégiale et expliquez-leur votre analyse du point de vue de la médecine des assurances. Si à la fin de la discussion, vous avez une autre vision des choses et que vous modifiez dès lors votre recommandation à la compagnie d'assurances, ne promettez rien, car la décision finale revient au service interne.

## **5. Conclusion**

Les compagnies d'assurances doivent pouvoir récolter les informations nécessaires pour le traitement des dossiers. À cet effet, elles sont tributaires des informations fournies par les médecins traitants. Plus un rapport médical est rempli de manière informative et concluante, plus le spécialiste de l'assurance peut se faire une opinion et prendre une décision rapidement. Dans les cas complexes d'un point de vue médical,

elles se tournent alors vers les médecins-conseil. En général, ces derniers travaillent sur mandat et exercent encore dans leur propre cabinet ou en milieu hospitalier. Ils ne sont donc pas toujours disponibles ni toujours joignables. En cas de désaccords sur une question d'ordre médical, si besoin le spécialiste en assurance chargé du dossier doit organiser un entretien entre le médecin traitant et le médecin-conseil.

Comme leur nom l'indique, ces derniers conseillent les spécialistes de l'assurance ; la décision finale est du ressort du service compétent de l'assureur. Une compréhension mutuelle ainsi qu'une certaine ouverture d'esprit favorisent une collaboration efficace et permettent d'éviter des tâches administratives inutiles.

## **Remerciements**

Ce rapport est le fruit de la collaboration d'un groupe de travail composé, par ordre alphabétique, de Sandra Erni, Suva; Stefanie Fankhauser, Groupe Mutuel; Patrick Frei, SWICA; Alfred Jaros, AXA; Dominik Solenthaler, Zürich ainsi que du responsable du groupe de travail Bruno Soltermann, ASA. Par ailleurs, ce rapport a été validé par le groupe de travail Dommages corporels et réinsertion de l'ASA ainsi que par la Commission des chefs de sinistres de l'ASA. Nous tenons à remercier l'ensemble de ces personnes pour leur engagement.

#### **Adresse de correspondante :**

Dr Bruno Soltermann, MAS Médecine des assurances,  
Médecin-chef de l'ASA  
Association Suisse d'Assurances ASA  
Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14  
Case postale  
8022 Zurich  
bruno.soltermann@svv.ch

**ISSN 2504-2203**

**ASA | SVV**

**Association Suisse d'Assurances ASA**

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Case postale

CH-8022 Zurich

Tél.+41 44 208 28 28

[info@svv.ch](mailto:info@svv.ch)

[svv.ch](http://svv.ch)