

Médecin traitant et assurance perte de gain maladie : vers quels partenariats ?

Aujourd'hui

Rapports, consiliams, expertises, compléments d'expertises... les contacts entre l'assureur perte de gain et le médecin traitant se limitent souvent à un échange de courrier. Ils débutent par un envoi de rapports médicaux au médecin-conseil de l'assurance et se terminent par un téléphone d'un confrère mandaté pour une expertise. Au centre de cette valse médico-administrative, le patient / assuré est presque toujours confiné dans un rôle d'acteur passif. En marge, son employeur est réduit au rang de figurant et son action se résume souvent à se prononcer sur les possibilités de poursuivre les rapports de travail une fois les délais de protection passés.

Le tableau est certes sombre et il existe fort heureusement nombre d'exceptions. Il n'en demeure pas moins que trop de situations se déroulent ainsi et qu'il faut aujourd'hui la conjonction de beaucoup de bonnes volontés pour qu'un dialogue constructif s'instaure.

La recherche de solutions ne passe pas par la désignation de coupables. Il s'agit simplement de voir comment dépasser une pratique qui annihile les bonnes volontés et ne fait au final que des perdants.

Demain

Sans attendre d'hypothétiques réformes, il est déjà possible d'améliorer les rapports entre assureurs perte de gain et médecins traitants. Examinons quelques pistes.

Les contacts avec l'employeur

Trop souvent laissés de côté, les employeurs ont pourtant un rôle important à jouer. La connaissance des spécificités de chaque entreprise ainsi que des différents postes de travail permettent une prescription plus pertinente de l'incapacité de travail mais surtout favorisent les

reprises d'activité précoces. Comment ces contacts peuvent-ils être développés? En instituant, par exemple, le modèle du médecin de proximité.

Le médecin de proximité est un médecin conseil qui connaît les conditions de travail d'une entreprise et consulte les assurés en incapacité de travail. Il a un rôle de communicateur, motivateur et coordinateur. Ce médecin remplit, en collaboration avec le médecin traitant, les fonctions suivantes :

- évaluer l'IT par rapport aux postes de travail de l'entreprise, en tenant compte notamment des postes adaptés/allégés ;
- optimiser la prise en charge et la rapidité du traitement médical ;
- dialoguer, responsabiliser et motiver l'assuré en direction d'une reprise précoce du travail.

La coordination entre les assurances

Les assureurs sollicitent régulièrement les médecins pour des demandes de rapports médicaux. Il n'est malheureusement pas rare que le médecin ait à adresser plusieurs fois les mêmes informations à des assurances différentes. Parmi les projets à même d'améliorer cela, citons la collaboration interinstitutionnelle plus (CII+). Son objectif est d'accélérer la réadaptation professionnelle complète en garantissant une transition simple du versement d'indemnités journalières – proposées par les assurances perte de gain – à la réadaptation professionnelle – proposée par l'AI. Dans le cadre de ce projet qui entrera en vigueur au 1er janvier 2006, un rapport médical unifié a été développé ce qui devrait permettre à l'assurance invalidité d'utiliser directement les rapports médicaux transmis par les assureurs perte de gain. Cela évitera aux médecins, dans bien des situations,

d'avoir à remplir des rapports médicaux « à double ».

Le « case management »

La multiplication mais surtout l'absence de coordination entre les différents intervenants ralentit et complique sensiblement la réinsertion / réadaptation professionnelle. Le concept de « case management » permet de pallier en partie à ces difficultés. Différents modèles existent qui peuvent être classés en deux catégories principales : la première concerne les situations où le case manager est rattaché à l'une des parties (assurance, entreprise,...), la seconde, les situations où il appartient à un organisme neutre. Si la seconde option semble faciliter l'adhésion des travailleurs en incapacité et du corps médical, la question de son financement reste souvent problématique.

Un jour...

Des améliorations possibles du modèle actuel, passons à un peu de futurologie...

Décloisonnement des différents intervenants

Au contraire de l'accident, la maladie est marquée par l'intervention d'une pluralité d'intervenants : l'assurance-maladie qui prend en charge les soins, l'entreprise et/ou l'assureur qui versent les indemnités journalières et enfin l'assurance-invalidité qui finance les mesures de réadaptation professionnelle et alloue, le cas échéant, des rentes. En plus de la surcharge administrative déjà mentionnée, cette situation pose problème en terme de réinsertion professionnelle, des mesures qui seraient profitables sur un plan global n'étant pas financées si elles ne répondent pas aux critères d'économicité propres à chacune des parties. De plus, la seule instance à officiellement financer des mesures de réadaptation professionnelle, l'as-

surance-invalidité, n'intervient souvent qu'en bout de chaîne alors que la logique voudrait que ces mesures soient mises en place le plus tôt possible.

Le regroupement des soins et de la perte de gain, voire la création d'un fond commun de réinsertion alimenté par les assureurs et les entreprises sont deux des évolutions possibles d'un système qui démontre depuis trop longtemps ses limites.

Détection précoce, réinsertion, quelle place pour le diagnostic médical ?

« Dans le cadre de l'invalidité, le diagnostic médical est une étape importante mais non suffisante pour définir une incapacité de travail. En effet, l'environnement professionnel, la formation acquise, les possibilités de réhabilitation sont des facteurs essentiels dans le processus d'invalidation, respectivement de réinsertion professionnelle ». Ces propos du Dr Jan von Oberbeck, Chief Medical Officer de la Swiss Re, posent la question de l'omnipotence du diagnostic médical dans l'octroi du droit aux prestations. N'y aurait-il pas lieu de placer le diagnostic sur un pied d'égalité avec les autres facteurs cités ci-dessus ?

Aujourd'hui essentiellement centrés sur des éléments médicaux, les processus d'instruction seront-ils amenés à évoluer vers une approche pluridisciplinaire ? Qui interviendra lorsque les causes principales sont d'ordre psycho-social ?

Prescription de l'incapacité

Parmi les pistes évoquées dans le projet de 5ème révision de l'assurance-invalidité, la prescription de l'incapacité de travail par les seuls services médicaux régionaux des offices AI pose la question du rôle des médecins traitants. Si la relation thérapeutique qui unit un médecin à son patient peut être à partir d'un certain stade difficilement conciliable avec la prescription de l'incapacité de travail, écarter totalement le médecin traitant de ce processus

ne semble pas constituer une solution satisfaisante. Quelle alternative proposer ?

Tout l'enjeu de la prescription d'une moyenne voire d'une longue incapacité de travail reviendrait, d'une part, à ne pas rompre la relation de confiance entre le patient et le médecin traitant et, d'autre part, à encourager une vision médico-professionnelle en acceptant l'intervention d'un autre médecin.

Dans ce contexte, quelle place pour le secret médical ?

C'est souvent un silence gêné qui suit l'énoncé de cette question. Médecins, assureurs, responsables de ressources humaines et services sociaux : les différents intervenants hésitent, méconnaissent parfois leurs limites, surfent sur la frontière entre violation et respect du secret, entre divulgation ou non du diagnostic. Or, le débat est ailleurs.

Pour certains responsables de ressources humaines, le fait de connaître les diagnostics donnerait plus de crédit à l'absence de leurs collaborateurs. Si dans la pratique, près de 90% des causes d'incapacité de travail sont connues par les proches collaborateurs, il n'en demeure pas moins que l'on fait fausse route à vouloir connaître la pathologie, ceci d'autant plus que l'on aurait tendance à déduire de ce diagnostic un raisonnement médical alors que l'on n'est pas médecin. Ces informations ne sont d'aucune utilité pour les ressources humaines qui doivent se limiter à tout mettre en œuvre pour faciliter la reprise du travail.

S'il semble acquis que le diagnostic relève du strict secret médical, une communication entre médecin et employeur est toutefois nécessaire. En effet, la méconnaissance du contexte professionnel rend périlleux le fait de se prononcer sur les limitations fonctionnelles, les adaptations du poste de travail ou les conditions de reprise progressive de l'activité. L'établissement d'une

procuration signée par le patient permet la transmission de ces informations dans le respect du cadre légal.

Tout le défi du dialogue entre les médecins et le monde économique reviendra à trouver un mode de communication qui respecte la sphère médicale et porte le débat sur les limitations fonctionnelles et non sur le diagnostic.

Attendu que l'apprentissage de ce modèle de communication ne peut se faire en un jour, il n'est pas inintéressant de commencer cet exercice périlleux avec l'aide d'un intermédiaire médical (médecin-conseil d'entreprise, médecin de proximité, médecins des services médicaux régionaux de l'AI) qui décoderait ces messages et se porterait garant du respect du secret médical.

*Groupe Mutuel
Managed care Entreprise
Abbet Frédéric & Saillen Pierre*

**Site
de la SNM**

www.snm.ch

**Secrétaire médicale
confirmée,**

avec expérience,

cherche poste à 80%

pour changement de situation.

Région neuchâteloise.

Renseignements

au 078 763 89 03