



Introduction à la chronique sur l'invalidité

À PARTIR DU PRÉSENT NUMÉRO, *Le Médecin du Québec* publiera quatre fois l'an une chronique portant sur les diverses facettes de l'invalidité. L'étude qui a précédé cette série a révélé des besoins de formation pressants concernant les notions d'invalidité totale et partielle, les normes de durée d'invalidité, la réadaptation et la réinsertion en milieu de travail, la participation du patient à sa guérison, la santé mentale, les demandes d'assurance invalidité et certaines conditions particulières comme la fibromyalgie et la fatigue chronique.

Nous avons fait appel à une équipe d'auteurs membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) qui sauront, nous l'espérons, lever le voile sur cet aspect parfois « invalidant » de notre pratique.

Bonne lecture ! 

L'apport du médecin au traitement des demandes d'assurance invalidité

par Nicole Ruel

Un patient vous demande de remplir un formulaire d'assurance invalidité. Savez-vous à quel point votre contribution à cette démarche est importante ?

Un outil essentiel à l'évaluation

Le formulaire *Déclaration du médecin traitant* contribue à déterminer l'admissibilité d'une personne aux prestations d'invalidité, conformément aux conditions de son contrat d'assurance. En fait, l'assureur fonde sa décision sur les renseignements écrits fournis par le médecin traitant. La déclaration de ce dernier constitue donc un document primordial lors du règlement d'un dossier d'assurance.

M^{me} Nicole Ruel est directrice, Règlement d'assurance vie et invalidité chez Desjardins Sécurité financière, société membre de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, à Québec.

Bien qu'il existe plusieurs variantes de ce formulaire dans l'industrie, elles visent toutes essentiellement à obtenir des renseignements concernant notamment les capacités et les limitations de l'assuré, les exigences physiques de son emploi, les éléments démontrant son état d'invalidité, le traitement médical choisi et le suivi établi.

À chaque question sa raison d'être

Il est essentiel de remplir le formulaire en entier et de façon adéquate. Nous ne regarderons toutefois de plus près que les sections *Diagnostic* et *Traitement*.

La section *Diagnostic* sert à recueillir des renseignements de premier ordre qui permettent à l'assureur d'évaluer l'incapacité de l'assuré à faire son travail. Par conséquent, un



1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : N° de groupe ou de police : N° de membre : _____
 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 5 Date de naissance : [A.A.A.A.M.M.J.J.]

Déclaration du médecin traitant (À remplir en lettres majuscules et à remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Complications : _____
 1.4 Auparavant, ce patient a-t-il, pour la ou les maladies ou les symptômes associés dont font état le ou les diagnostics :
 a) reçu des traitements médicaux b) consulté un autre médecin c) pris des médicaments d) été hospitalisé e) subi des examens
 Précisez les périodes : _____
 1.5 L'incapacité est-elle reliée à : un accident une maladie un accident du travail un accident d'automobile
 Date de l'événement : [A.A.A.A.M.M.J.J.]
 une grossesse Non Oui
 un retrait préventif Non Oui Date prévue de l'accouchement : [A.A.A.A.M.M.J.J.]
 1.6 Décrivez les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.
 Au début de l'invalidité [A.A.A.A.M.M.J.J.] Actuellement _____

2. Traitement

2.1 Médicaments – nom – posologie : _____
 2.2 Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 a) des examens ou tests Non Oui Précisez : _____
 b) une opération Non Oui D'un jour Type _____ Date : [A.A.A.A.M.M.J.J.]
 Intervention chirurgicale : _____
 c) d'autres traitements Non Oui Précisez : _____
 d) une hospitalisation : du _____ au _____ Nom de l'hôpital : _____
 e) un court séjour en observation Non Oui N° d'heures : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la première consultation pour cette incapacité : [A.A.A.A.M.M.J.J.] Prochaine consultation : [A.A.A.A.M.M.J.J.]
 3.2 Autres dates de consultations : _____ Fréquence du suivi : _____
 3.3 Orientation vers un autre médecin : Non Oui Nom du médecin : _____
 Spécialité : _____
 3.4 Durée approximative de l'incapacité : N° de jours _____ N° de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail [A.A.A.A.M.M.J.J.]
 3.5 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? N° de jours _____ N° de semaines _____
 à temps partiel à temps plein retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

4.1 Au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien, ou pris des médicaments prescrits par un médecin pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes : cancer ou tumeur, diabète, hypertension artérielle, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite, maladies du cœur ou troubles des vaisseaux sanguins, toxicomanie ou alcoolisme, troubles nerveux ou mentaux, troubles pulmonaires, troubles rénaux ou urinaires, troubles cérébraux ou neurologiques, troubles reliés à la colonne vertébrale, maladies reliées au SIDA, ou subi une épreuve démontrant la présence d'anticorps au virus V.I.H.?

Maladies	Dates	Résultats	Périodes d'hospitalisation	Quand le patient a-t-il été informé de sa maladie?
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				

4.2 _____

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : { _____ }
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : { _____ }
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : [A.A.A.A.M.M.J.J.]



Le saviez-vous ?

Une assurance invalidité prévoit le versement de prestations pour compenser la perte de revenus d'emploi par suite d'une maladie ou d'un accident qui rend l'assuré incapable d'exercer ses activités professionnelles.

En 2001, les compagnies d'assurances de personnes ont versé plus de 882 millions de dollars en prestations d'invalidité au Québec, permettant ainsi aux assurés de continuer à subvenir à leurs besoins.

dossier incomplet peut mener à un refus de verser des prestations à l'assuré ou conduire à une décision inappropriée, comme en témoigne le cas vécu ci-dessous.

Une dame ayant subi une réduction mammaire pour des raisons de santé transmet une demande de prestations d'invalidité à son assureur. Bien qu'elle reprenne le travail après six semaines de convalescence, l'assureur détermine, à partir des renseignements reçus, qu'elle n'a droit qu'à quatre semaines de prestations. Cette période correspond à la norme pour ce type d'intervention chirurgicale. Lors d'une demande de révision du dossier, l'assureur apprend que les complications survenues à la suite de l'intervention chirurgicale ont entraîné une convalescence prolongée. Les prestations ont dès lors été ajustées.

Pour sa part, la section *Traitement* permet à l'assureur de valider un critère important de la définition de l'invalidité totale : le recours à des soins médicaux continus. Encore une fois, des renseignements incomplets peuvent entraîner de sérieux retards dans le règlement d'un dossier d'assurance.

Prenons l'exemple d'une personne qui, après une hospitalisation de trois jours, s'absente du travail pendant neuf semaines en raison d'un problème d'hypertension artérielle. Son contrat d'assurance prévoit un délai de carence de 90 jours. Par contre, en cas d'hospitalisation pendant une période minimale de 24 heures, ce délai d'attente est réduit à 31 jours.

Par ailleurs, la nature et le type d'intervention que le patient a subie sont aussi des renseignements essentiels pour établir la période d'invalidité conformément aux conditions du contrat. À titre d'exemple, une cholécystectomie par laparoscopie entraîne une période d'incapacité nettement inférieure à celle qui est associée à une cholécystec-

tomie par laparotomie. Là encore, l'information fournie par le médecin traitant doit être complète et précise.

Une déclaration dûment remplie peut accélérer le traitement de la demande

L'absence d'un renseignement, même en apparence anodin, peut entraver un règlement d'assurance. Tout document incomplet, toute déclaration contenant un diagnostic imprécis ou ne comportant aucun plan de traitement médical défini, ainsi que toute déclaration d'invalidité qui n'est pas appuyée par des éléments objectifs de restriction du travail (limitations fonctionnelles) risquent de retarder considérablement le traitement d'une demande de prestations d'assurance.

En effet, l'assureur doit alors entreprendre de nouvelles démarches pour obtenir le dossier médical ou hospitalier de l'assuré, une nouvelle déclaration du médecin traitant ou encore une entrevue avec ce dernier. Parfois, l'assureur fait appel à l'expertise d'un médecin indépendant ou encore exige une évaluation des capacités fonctionnelles ou neuropsychologiques de l'assuré.

Pendant ce temps, le patient peut être privé de prestations, car l'assureur peut refuser ou suspendre la demande de prestations s'il n'a pas les renseignements requis. Ainsi, non seulement ces situations causent de l'inquiétude à l'assuré, mais elles se traduisent aussi par des démarches supplémentaires pour toutes les parties concernées.

Somme toute, pour assurer un règlement d'assurance rapide et sans encombre, le formulaire de déclaration médicale doit être rempli adéquatement dès le départ. ☞

Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par courriel à ncamirand@clhia.ca à l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.