

Assurance voyage

John D. Allingham PhD MD CCFP

A une époque où les frais médicaux sont extrêmement élevés pour les Canadiens qui ont besoin de soins de santé urgents à l'étranger, il est devenu incontournable de souscrire une assurance maladie lorsqu'on voyage. Une enquête par des journalistes de l'émission Marketplace de la CBC révèle que les clients croient souvent être protégés alors qu'en réalité, ils ne sont pas couverts¹. Le nombre et la proportion de réclamations refusées ne sont pas connus, car les données ne sont apparemment pas recueillies de manière coordonnée par l'industrie. Une source du secteur de l'assurance a proposé une estimation approximative de 3 % de refus des réclamations totales (communication écrite avec M. David Hartman, président de l'Association canadienne de l'assurance voyage, mars 2012). Il semble probable que cette part soit beaucoup plus élevée pour des groupes démographiques spécifiques ayant des profils de risque plus élevés, comme les aînés. On peut bien dire que l'assurance maladie à l'étranger devrait relever entièrement de la responsabilité des patients, mais les médecins aident parfois leurs patients avec la demande initiale et ils sont inévitablement impliqués dans le processus des réclamations. Les médecins doivent être conscients des nuances de la couverture des frais médicaux en voyage et de leurs répercussions sur les patients et, possiblement, sur leurs propres pratiques.

Le présent commentaire présume que les clients des compagnies d'assurance ont un médecin de soins primaires. Ceux qui n'en ont pas peuvent rencontrer d'importantes difficultés à obtenir une assurance voyage et, surtout, à réussir à se faire rembourser par l'assureur.

Risques financiers pour les Canadiens qui voyagent

Les Canadiens qui ont besoin de soins d'urgence alors qu'ils sont à l'étranger ne peuvent compter que sur la contribution financière des régimes d'assurance maladie de leur gouvernement respectif (RAMG) à raison de ce qu'ils auraient payé si la maladie s'était produite au pays. Les divers RAMG contribueront dans le meilleur des cas au paiement des médecins et des établissements à l'extérieur du Canada pour une gamme limitée de services aux taux du RAMG payés dans la province². Cette politique laisse ceux qui souffrent de maladies graves, qui ont besoin d'aller à l'urgence ou d'être hospitalisés, avec le risque de contracter des obligations financières considérables pour payer leurs frais médicaux. Le cas de la défunte skieuse Sarah Burke illustre bien l'importance des sommes en jeu pour des soins intensifs³.

Exception faite de la minorité qui a une couverture collective à l'étranger fournie par l'employeur ou une police d'une autre tierce partie, les Canadiens doivent

acheter une assurance médicale supplémentaire lorsqu'ils voyagent ou alors ils prennent de grands risques, surtout s'ils ont des problèmes médicaux existants.

Tous les Canadiens qui voyagent devraient être au courant de la nécessité d'une couverture médicale, mais les voyageurs les plus vulnérables sont les personnes âgées. C'est parce qu'il est plus probable qu'elles soient victimes d'une maladie ou d'un accident nécessitant des soins médicaux, d'autant plus que bon nombre d'entre elles ont des problèmes existants susceptibles de ne pas être couverts par l'assurance qu'elles achètent.

Les formulaires de demande d'assurance médicale pour ceux à risque considérable ne devraient pas être remplis sans avoir consulté un médecin traitant bien au fait des questions d'assurance.

Assureurs

De nombreuses compagnies ont pour activité d'assurer les Canadiens contre les frais médicaux encourus pendant qu'ils voyagent. Quoique certaines aient dominé le marché, on compte néanmoins de nombreux acteurs. Plus d'une douzaine de compagnies d'assurance offrent des assurances voyages. Certaines d'entre elles agissent comme souscripteurs pour différents courtiers «de première ligne» qui vendent les polices mais ne s'occupent pas de l'aspect des réclamations. Par exemple, la CIBC vend des assurances voyages pour des soins médicaux d'urgence, mais la demande et toutes réclamations subséquentes passent par TCI assurance de voyage. Medipac est une importante compagnie qui assure les «retraités migrants» canadiens, mais la Manuvie est le souscripteur, comme c'est aussi le cas pour l'Association canadienne des automobilistes et bien d'autres. Certaines compagnies d'assurance médicale sont axées sur les membres, mais d'autres sont des corporations à buts lucratifs en affaires pour maximiser les profits des actionnaires que l'on protège en partie en n'assurant pas ceux à risques sérieux ou encore en imposant des primes suffisamment élevées pour compenser ces risques.

Ce commentaire n'est pas une attaque contre la légitimité de l'industrie, mais plutôt un caveat emptor.

Il y a des différences entre les compagnies qui offrent l'assurance voyage, en particulier dans l'aspect et la convivialité des formulaires de demande initiale. Toutefois, bon nombre d'entre elles se conforment au modèle décrit ici.

Les compagnies réduisent le risque soit en ne couvrant aucun problème préexistant ou, plus souvent, en acceptant certains problèmes préexistants sous réserve

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the August 2013 issue on page 819.

d'importantes conditions comme une période requise de «stabilité» et de «contrôle».

On demande au client éventuel de remplir un questionnaire sur sa santé sous forme imprimée ou en ligne. Ce processus en exclura certains dès le départ en raison de l'âge et de quelques problèmes spécifiques qui sont jugés *non assurables*. Certains de ce groupe pourraient être admissibles moyennant des primes plus élevées à la suite d'une évaluation individuelle offerte par certaines compagnies. Pour ceux qui sont encore «inclus» mais ayant certains problèmes de santé déclarés, il pourrait y avoir des questions plus détaillées, souvent subtilement répétitives, dont la réponse exige parfois des connaissances assez approfondies de la médecine. Par exemple, une compagnie demande à ceux qui ont indiqué avoir fait l'objet d'un dépistage cardiaque si leur fraction d'éjection se situe à moins d'une certaine valeur, présumant que le client comprendra et aura accès à cette donnée. Le requérant ne peut que répondre oui ou non. Les clients potentiels sont avertis, parfois en petits caractères, de consulter leur médecin s'ils ne sont pas certains de la réponse à des questions en particulier. L'utilité de ce conseil dépend de la bonne connaissance par le médecin du mode de fonctionnement des assureurs et d'une sensibilisation au fait qu'il pourrait très bien y avoir une divergence entre la définition d'un problème selon le médecin et celle selon l'assureur.

Quels sont les patients stables et contrôlés?

La première chose essentielle que doivent savoir les médecins est la manière dont l'assureur définit la période précédant la mise en vigueur de la police pendant laquelle le problème de santé du patient doit être «stabilisé» et «contrôlé». Même si c'est généralement 3 mois, cette période peut varier de 2 mois à un an ou plus. Cette période sans problème médical avant l'activation de la police au moment du voyage est appelée ici la «zone rouge». Durant cette zone rouge, une personne doit être stable et contrôlée selon les définitions des assureurs.

L'industrie ne semble pas particulièrement intéressée à l'opinion du médecin traitant quant à la stabilité et au contrôle du patient sur le plan médical. C'est compréhensible, car il y a potentiellement trop de subjectivité en cause. Elle utilise plutôt des «indicateurs» qui sont quantifiables et, pour les compagnies, des précurseurs du risque. Pour ceux qui souffrent de maladie pulmonaire, l'utilisation de 2 inhalateurs ou plus représente un de ces indicateurs dont se sert un important assureur. Une réponse affirmative permet à la compagnie d'éviter ou d'évaluer au prorata le risque de ceux qui ont des problèmes pulmonaires sérieux, même au point d'exclure ou de coter négativement certains requérants qui n'ont pas de risque clinique important. Il convient de signaler que le protocole médical actuel qui recommande un maintien au moyen d'un corticostéroïde inhalé combiné à un bronchodilatateur de secours à brève action pour les exacerbations inévitables est un drapeau rouge, même si le patient n'utilise

le bronchodilatateur que très rarement. Un autre indicateur utilisé par de nombreux assureurs pour les pneumopathies est l'utilisation des stéroïdes par voie intraveineuse ou orale; pour les problèmes cardiaques, on utilise souvent comme indicateur l'usage de diurétiques comme le furosémide.

Le principal indicateur de risque dont se sert l'industrie pour évaluer la stabilité et le contrôle de problèmes se situe dans les changements de la médication. Ce facteur est défini très largement comme étant toute modification au type de médicament, à la forme ou à la dose, prescrit ou recommandé durant la zone rouge précédant le début de la période couverte par l'assurance. Les autres indicateurs de stabilité et de contrôle des problèmes médicaux pourraient inclure ce qui suit: l'apparition de symptômes, diagnostiqués ou non, des changements ou une augmentation des symptômes des problèmes déclarés, des analyses en laboratoire effectuées ou même seulement suggérées et toutes les demandes de consultation auprès de spécialistes suggérées, accomplies ou prévues.

Présumant que le requérant «réussit» à toutes les questions de dépistage au point d'obtenir un estimé de prime, la police est conclue. En réalité, ce n'est pas un contrat garantissant que le requérant est couvert, mais plutôt une entente qu'il peut procéder au paiement de la prime. La prochaine étape dans le cas d'une malchance médicale qui se produit durant un voyage est la demande d'indemnisation.

Réclamations

L'acceptation initiale de la réclamation par les assureurs peut être renversée en se fondant sur l'interprétation par la compagnie de rapports ultérieurs obtenus du médecin du client ou encore du formulaire de demande d'indemnisation du client. Le formulaire de réclamation n'exigera pas seulement les détails des dépenses encourues, mais demandera aussi au client de revisiter des questions posées dans la demande initiale. Cette fois, il pourrait y avoir une enquête pour contre-vérifier les déclarations antérieures. On pourrait demander spécifiquement au client de donner la liste non seulement des médicaments qu'il prend, mais aussi la date et la nature de la dernière modification ou cessation d'un médicament. Le médecin de référence sera aussi contacté individuellement. Les renseignements spécifiques concernant les questions posées aux médecins ne sont pas publiés. Ces questions varient probablement d'une compagnie à l'autre, selon la réclamation et le contenu du questionnaire initial. On peut quand même présumer que l'enquête portera sur une variation des thèmes mentionnés précédemment et pourrait concerner la nature et le moment des derniers tests prescrits, la raison de la dernière demande de consultation avec un spécialiste, toutes les prescriptions rédigées, toutes les analyses suggérées ou prescrites et tous les autres renseignements additionnels contenus dans les dossiers médicaux pertinents à la réclamation pour frais

médicaux en voyage. Les incohérences dans les formulaires soumis peuvent mettre en péril le remboursement des indemnités.

Les médecins sont inévitablement impliqués dans le processus des réclamations et devraient être conscients des nuances dans la couverture des frais médicaux en voyage et de leurs répercussions sur les patients et sur eux-mêmes. Tout écart entre les renseignements fournis par le patient et ceux transmis par le médecin sera relevé et pourrait nuire à la réclamation. Tout renseignement donné par le médecin qui laisserait entendre une non-conformité aux définitions de stabilité et de contrôle de la compagnie pourrait aussi se traduire par un refus de remboursement.

Quelles sont donc les répercussions de cette réalité sur les patients et leurs médecins?

Patients

Réussir à se faire rembourser en temps opportun des frais médicaux encourus en voyage est plus compliqué que beaucoup se l'imaginent. Les erreurs découvertes dans la demande initiale, qu'elles soient délibérées ou par inadvertance, peuvent se traduire par un rejet de la réclamation. L'assureur examinera attentivement toutes les incohérences entre l'état de santé signalé dans la demande et celui évalué lorsque la réclamation est étudiée.

Même s'ils ont compris les questions et répondu en toute candeur au questionnaire de la demande, les clients peuvent quand même voir leur réclamation refusée. Même s'il y a la concordance complète exigée comme condition préalable entre les réponses du requérant sur le formulaire de la demande et le dossier médical détenu par son médecin, le rejet d'une réclamation peut quand même se produire si la compagnie trouve 1 ou plusieurs des éléments suivants dans le dossier médical:

- Un résultat de test est arrivé durant la zone rouge. Cette situation pourrait ne pas être permise, compte tenu de la définition des assureurs de ce que constituent la stabilité et le contrôle. De plus, si le médecin a prescrit un test qui n'a pas encore été subi ou s'il est mentionné dans le dossier qu'on envisagerait peut-être de le recommander, la réclamation pourrait être refusée. Des considérations semblables s'appliquent aux demandes de consultation auprès de spécialistes.
- Dans le dossier médical, il est consigné qu'il y a des changements défavorables dans les symptômes du problème en cause durant la période de zone rouge, même s'ils n'ont pas déclenché l'ordonnance de tests, une demande de consultation ou un changement dans la médication. Pareillement, le dossier pourrait signaler des symptômes, un diagnostic ou un traitement pour un nouveau problème apparemment périphérique.
- Le médecin a prescrit des médicaments pertinents d'une manière que la compagnie considère être un indice d'instabilité ou de mauvais contrôle. Les médicaments au besoin ou épisodiques, en tout ou en partie, peuvent déclencher le refus de la réclamation, quoique

les ajustements à la warfarine et à l'insuline soient spécifiquement permis par de nombreux assureurs.

- Dans le dossier médical du patient, il est mentionné un problème qui, selon la compagnie, pourrait avoir contribué à celui pour lequel le patient demande un remboursement. Par exemple, une personne qui a signalé avoir eu une consommation excessive d'alcool, même bien avant la période de zone rouge, pourrait essuyer un refus de sa réclamation pour le traitement d'un ulcère qui saigne, même s'il y avait d'autres raisons causant le saignement⁴. Par extrapolation, on pourrait se poser des questions concernant des saignements se produisant chez des patients qui prennent des médicaments antiplaquettaires ou anticoagulants. De nombreux problèmes étant potentiellement intimement reliés d'une certaine façon, cet aspect représente donc un champ de mines qu'une personne ne peut absolument pas désamorcer avant de recevoir le refus d'une réclamation.

Médecins

Les préoccupations entourant la possibilité d'obtenir une assurance voyage peuvent porter les patients à éviter des soins médicaux nécessaires. Les patients au courant des questions entourant les assurances pourraient éviter de demander une aide médicale nécessaire pendant des mois avant d'entreprendre un voyage dans l'espoir de préserver leur admissibilité à l'assurance. Les médecins pourraient aussi recommander de ne pas procéder à des dépistages optionnels si les tests ou la réception des résultats se produisent durant la zone rouge de l'assurance. Ironiquement, ces réactions d'évitement pourraient accroître le risque pour les assureurs.

Les médecins peuvent être aux prises avec un dilemme quand ils remplissent les formulaires des compagnies d'assurance lorsqu'il y a une incohérence entre «l'esprit» de la question et la formulation spécifique dans un dossier médical. Cette situation devient encore plus problématique lorsque le médecin sait ce qui se cache derrière les questions précises de la compagnie. La requête par certaines compagnies d'obtenir le dossier médical, plus tard si ce n'est pas initialement, enlève la tentation et devrait à juste titre modérer l'envie de donner des réponses potentiellement incomplètes aux questions posées.

Étant donné que le temps considérable nécessaire pour conseiller les patients durant leurs demandes initiales n'est pas couvert par les régimes de santé provinciaux, il faut négocier une rémunération appropriée pour le médecin, à moins que le patient ait opté pour l'un des plans de dépenses supplémentaires qu'offrent certaines cliniques. Si le médecin aide le patient à remplir la demande, il faut aussi tenir compte de la responsabilité du médecin dans le cas du refus d'une réclamation et des poursuites subséquentes contre le médecin que pourrait tenter le patient. L'Association canadienne de protection médicale a abordé ce problème en disant qu'elle assistera généralement les membres dans l'éventualité de difficultés médico-légales survenant au Canada et découlant du

travail professionnel effectué au Canada⁵. Des cas précis de situations avec lesquelles l'Association canadienne de protection médicale a transigé sont expliqués dans leur publication intitulée «Les formulaires et les rapports: l'importance d'une consignation soignée»⁶.

Les réclamations d'assurance médicale peuvent devenir accusatoires. Les compagnies sont obligées de chercher des raisons pour refuser ou, à tout le moins, modifier les réclamations. Certains patients vont naïvement tenter de tromper la compagnie d'assurance dans leur demande, n'étant pas au courant de la rigueur exercée dans l'examen des réclamations. Le plus souvent, les patients n'ont tout simplement pas l'expertise pour minimiser leur risque d'erreur non intentionnelle en répondant aux questions.

Les conversations entourant l'assurance préviennent le médecin des projets de voyage du patient, soulevant les besoins médicaux possibles imminents comme l'immunisation et la prolongation des ordonnances. Comme les médecins font partie intégrante du processus des réclamations, ils doivent être au courant des nuances de cette industrie afin de protéger les patients pour qu'ils ne mettent pas involontairement à risque leur admissibilité à l'assurance. Parfois, il peut s'agir d'informer les patients que leurs problèmes de santé viennent en premier et que l'assurance voyage ne leur sera pas accessible pendant une période donnée ou même jamais. Dans d'autres cas, il faudra planifier le moment des investigations électives, les demandes de consultation et les modifications aux médicaments. Pour les retraités migrants, une telle démarche veut souvent dire compléter tous les «changements» nécessaires avant la fin de septembre pour ceux qui espèrent voyager munis d'une assurance durant la nouvelle année.

Le processus pourrait être amélioré si les questionnaires des requérants étaient plus clairs, si les définitions des termes utilisées par la compagnie étaient aisément accessibles et complètes. Idéalement, les formulaires devraient permettre aux requérants de répondre qu'ils ne savent pas, au lieu de limiter les réponses à oui ou non comme c'est le cas actuellement. Toutefois, ce n'est tout simplement pas pratique. Si un requérant a des doutes quant à la bonne façon de répondre à une question, il est temps de consulter son médecin de soins primaires qui, à son tour, pourrait devoir communiquer avec l'éventuel assureur pour clarifier les nombreuses nuances.

Les questionnaires des réclamations ne devraient pas s'ingérer dans des aspects qui n'étaient pas couverts dans la demande initiale ni présenter les mêmes questions d'une manière différente. Cette pratique ressemble à une tactique de «je t'ai eu». Ce qui doit être connu pour une évaluation appropriée du risque devrait faire partie de l'évaluation préalable à l'émission de la police. On devrait clairement conseiller aux clients de consulter leurs médecins pour vérifier la symétrie entre leurs réponses et leurs dossiers médicaux.

Les patients et les médecins devraient être au courant de tous les enjeux qui pourraient affecter la stabilité et le contrôle. Les médecins doivent faire attention de ne pas

adopter des modèles «permissifs» de rédaction des ordonnances. Exception faite de ce qui est expressément permis par la compagnie, comme pour la warfarine et l'insuline, les doses ajustables par le patient pourraient nuire à sa cote de stabilité et de contrôle. Au lieu d'habiliter le patient, ce genre d'ordonnance pourrait tout simplement habiliter l'assureur à rejeter la réclamation.

Conclusion

Les nombreuses circonstances mentionnées dans lesquelles on se retrouve inopinément sans assurance mettent en évidence le fait que les patients ayant des problèmes préexistants devraient idéalement être évalués spécifiquement et leurs primes individuelles fixées en fonction d'un examen en profondeur, ce qu'offrent certains assureurs. C'est potentiellement beaucoup plus cher mais, au moins, tous les renseignements sont divulgués dès le départ aux assureurs et leur police, si elle est consentie, serait probablement moins susceptible d'être contestée dans l'éventualité d'une réclamation. La deuxième meilleure option et le choix pratique pour bon nombre de patients, c'est de remplir une demande générale en étroite collaboration avec leur médecin de soins primaires. Remplir une demande chez un voyageur représente un risque inacceptable pour les personnes ayant des problèmes préexistants.

Nous ne remettons pas ici en cause le droit des assureurs de choisir et de coter les facteurs de risque individuels. Les variations dans les populations ciblées, les combinaisons acceptables de risque et le taux des primes sont nécessaires dans une industrie concurrentielle. Par ailleurs, la clarté et la transparence sont essentielles pour le maintien de la bonne réputation de l'industrie et constituent la meilleure approche pour éviter des mesures de réglementation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r John Allingham, 3701 Glen Oaks Dr, Nanaimo, BC V9T 6H3; courriel jallingham@shaw.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Marketplace. *Tripped up*. Toronto, ON: CBC; 2012. Accessible à: www.cbc.ca/marketplace/2012/trippedup. Accédé le 2 juillet 2013.
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [site web]. *Travelling outside Canada*. Toronto, ON: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 2012. Accessible à: www.health.gov.on.ca/en/publications/ohip/travel.aspx. Accédé le 2 juillet 2013.
3. Mertl S. *Americans put their health-care costs in spotlight after flap over skier Sarah Burke's hospital bill* [blogue]. Yahoo! Canada; 2012. Accessible à: <http://ca.news.yahoo.com/blogs/dailybrew/americans-put-health-care-costs-spotlight-flap-over-201043889.html>. Accédé le 3 juillet 2013.
4. *Manitoba couple billed despite travel insurance*. Toronto, ON: CBC; 2011. Accessible à: www.cbc.ca/news/canada/manitoba/story/2011/11/15/manitoba-health-insurance-travel.html. Accédé le 3 juillet 2013.
5. Association canadienne de protection médicale. *CMPA assistance in legal matters arising from telehealth: technology makes location of physician less relevant*. Ottawa, ON: Association canadienne de protection médicale; 2008. Accessible à: www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/member_assistance/pdf/com_is0661-e.pdf. Accédé le 3 juillet 2013.
6. Association canadienne de protection médicale. *Forms and reports: the case for care. An article for physicians by physicians*. Ottawa, ON: Association canadienne de protection médicale; 2008. Accessible à: www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2002/com_is0227-e.cfm. Accédé le 3 juillet 2013.