RÉPONDRE AUX AUDITS D'ASSURANCE :
UN GUIDE POUR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES

A. INTRODUCTION

Les services de physiothérapie sont généralement inclus dans les régimesprivés d'assurance maladie complémentaire qui visent à compléter la protection de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation de la province. Les compagnies d'assurance gèrent les régimes d'assurance maladie complémentaire, qui couvrentles services de physiothérapie. Pour maintenir la viabilité de leurs régimes, ces assureurs mettenten place des mesures de contrôle. Ces mesures visent à confirmer que les demandes de remboursement présentées dans le cadre de leurs régimes d'avantages sociaux sont conformes à leurs politiques et que les services rendus par les physiothérapeutes sont valables et appropriés. Il se peut que ce processus comporte une demande d'informations auprès du prestataire de services, communément appelée « audit ».

Si un audit d'assurance révèle que les services réclamés ne sont pas admissibles à un remboursement ou que les documents justifiant une réclamation sont incomplets, insuffisants ou inexistants, la réclamation sera probablement refusée, et l'assureur peut se réserver le droit de recouvrer tout montant déjà payé en vertu de la réclamation. C'est pourquoi il est important de se préparer à répondre à un audit d'assurance et d'adhérer aux bonnes pratiques pour s'assurer que les demandes de remboursement présentées sont bien documentées et valides. Le présent guide donne un bref aperçu de la manière de s'y retrouver dans le processus d'audit d'assurance ainsi que des conseils pratiques pour gérer votre cabinet de manière proactive afin de vous assurer d'être prêt à répondre à l'audit.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les régimes d'assurance maladie complémentaires, l'Association canadienne de physiothérapie, en collaboration avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), a préparé un guide intitulé Comprendre l'assurance maladie complémentaire, publié en novembre2019, afin d'aiderles patients et les fournisseurs à comprendre le milieu de l'assurance maladie privée.

B. LE PROCESSUS D'AUDIT D'ASSURANCE

Objectif d'un audit

L'ACCAP définit le but d'un audit d'assurance comme suit[1] :

> Les audits sont généralement effectués dans le cadre des activités normales et non en raison d'une irrégularité réelle ou possible; ils visent à améliorer les méthodes de présentation des demandes de règlement. Les audits ont pour but de confirmer que les services ont été fournis au patient et que les frais sont admissibles selon les dispositions du contrat.

Par conséquent, le fait de recevoir un avis d'audit n'implique pas nécessairement que l'assureur a des doutes quant aux services rendus par le fournisseur. Par exemple, un audit peut être entrepris si des préoccupations sont soulevées à propos de certaines demandes de règlement faites par un assuré. Dans les cas où des problèmes liés aux demandes d'un assuré surviennent, il peut être demandé aux fournisseurs de vérifier les services fournisà un patient donné et les dates auxquelles ils ont été fournis. Cela peut impliquer de fournir des informations figurant dans les dossiers des patients confirmant la nécessité du traitement et les dates auxquelles le traitement a été dispensé. Il arrive également que les compagnies d'assurance

sélectionnent les prestataires à auditer sur la base d'une sélection aléatoire, d'une analyse des paiements et d'une comparaison des données relatives aux demandes de remboursement, ainsi que sur la base d'informations reçues via les lignes de dénonciation ou les plaintes[2].

Avis d'audit

Les audits peuvent prendre la forme d'une demande écrite de renseignements ou d'une demande de clarification par téléphone (souvent appelée « vérification sur place ») ou d'une inspection sur place des informations dans le cadre de laquelle le ou les auditeurs de l'assureur se rendent dans les locaux du prestataire.

Lorsque des documents sont demandés, les assureurs fournissent généralement un avis d'audit par une lettre officielle. Cette lettre précise les informations demandées et le délai de réponse. Le délai habituel est de deux à quatre semaines, pouvant être prolongé dans des limites raisonnables par l'assureur.

Les cliniques sont généralement prévenues des inspections sur place, avec une certaine flexibilité quant à la date. Dans de rares cas, la compagnie d'assurance peut effectuer des visites inopinées si elle a des raisons de penser que le prestataire ne coopérerait pas avec les auditeurs si elle était prévenue de l'inspection[3].

Il est important de ne pas ignorer ces avis. Si le délai de production des documents demandés est dépassé, certains assureurs peuvent en déduire qu'il n'existe pas de documents à l'appui d'une demande, ou que les documents à l'appui d'une demande sont incomplets ou insuffisants.

Consentement du patient à divulguer des renseignements

Afin de traiter efficacement les demandes de remboursement, les assureurs demandent généralement aux participants au régime d'autoriser la divulgation et l'échange de renseignements entre un prestataire de soins de santé et l'assureur. Cette autorisation est normalement incluse dans les conditions des formulaires de demande de règlement, qui font l'objet d'un accusé de réception sur les formulaires de demande électronique ou d'une signature sur les formulaires de demande de règlement imprimés. Les prestataires doivent demander une preuve appropriée de l'autorisation de divulguer les renseignements personnels de santé du patient, si l'assureur le demande. En l'absence d'autorisation, le prestataire peut être tenu de confirmer le consentement du patient à la divulgation des renseignements demandés, ou de communiquer le dossier au patient directement (qui peut à son tour le communiquer à l'assureur). Pour éviter tout problème lié au consentement et à l'autorisation, il est préférable d'obtenir l'autorisation au cours de la procédure de début de traitement.

Le formulaire de consentement éclairé que vous utilisez peut contenir une clause vous autorisant à fournir des renseignements aux compagnies d'assurance qui en font la demande. Vous devriez informer vos patients que, s'ils utilisent leur assurance maladie complémentaire pour payer des services, vous pourriez être tenu de donner accès aux renseignements contenus dans leur dossier pour étayer leur demande de remboursement ou pour répondre à des demandes raisonnables de l'assureur. Le non-respect des demandes d'audit des compagnies d'assurance peut entraîner le refus de la demande de remboursement du patient et/ou du prestataire, le refus de tout remboursement futur et la demande de remboursement des demandes déjà payées par l'assureur.

Communication des résultats de l'audit

À l'issue de l'audit, l'assureur envoie généralement une lettre officielle pour communiquer les résultats. Cette lettre indique si aucune autre mesure ne sera prise ou s'il est nécessaire de rembourser les fonds. Dans les cas nécessitant un recouvrement, le rapport précise le montant à recouvrer et expose les raisons pour lesquelles l'assureur considère les réclamations comme irrecevables.

Certaines compagnies d'assurance fournissent des résultats d'audit détaillés, tandis que d'autres fournissent des résumés généraux. Si un prestataire a l'intention de contester les résultats de l'audit, il doit demander des précisions afin de comprendre ce que l'assureur trouve discutable dans chaque demande de remboursement.

Il est courant que les assureurs donnent au prestataire la possibilité de répondre à la lettre de communication des résultats. C'est l'occasion de clarifier les pratiques et les procédures du prestataire et de signalertoute information, tout document ou toute pièce qui auraitpu être omis.

Plaintes aux ordres professionnels

Certaines pratiques peuvent inciter l'assureur à déposer une plainte auprès de l'organisme de réglementation du prestataire. Parmi les problèmes les plus fréquents, citons la mauvaise tenue des dossiers, la facturation incorrecte et le recoursnon autorisé à des prestataires qui exercent une profession non réglementée pour dispenserun traitement, notammenten ce qui concerne les programmes d'exercices physiques supervisés.

Lorsqu'un risque de faute professionnelle est constaté, il n'est pas rare que les assureurs procèdent à des enquêtes secrètes, dans le cadre desquelles un auditeur joue le rôle d'un patient et demande intentionnellement des services qui ne sont manifestement pas admissibles. Le but de ces enquêtes est d'évaluer si la clinique ou le fournisseur de soins de santé autorise et/ou facilite des pratiques qui ne respectent pas les normes de conduite professionnelle ou les limites définies par leurs polices d'assurance.

C. COMMENT SE PRÉPARERÀ UN AUDIT

Pour être prêt à répondre à un audit d'assurance, il est important de conserver des dossiers détaillés, précis et à jour qui justifient la nécessité des services rendus.Il est égalementutile de se tenir informé des procédures de facturation de l'assureur de votre patient et de veiller au respect des normes de facturation de votre ordre professionnel. Enfin, les physiothérapeutes devraient confirmer que la délégation de certaines tâches à des prestataires qui exercent une profession non réglementée, tels que les aides-physiothérapeutes, est conforme aux normes de l'ordre, et veiller à ce que les patients aient la possibilité de confirmer que ces services sont couverts par leur police d'assurance. Vous trouverez ci-dessous quelques conseils sur la tenue de dossiers et la prestation de services admissibles.

Tenue de dossiers

Conservez les dossiers médicaux des patients conformément à la norme de votre ordre professionnel sur la tenue des dossiers, notamment :

- des identifiants uniques attribués à chaque patientet à tous les prestataires de soins impliqués dans la prise en charge du patient
- des échanges réguliers avec le patient pour obtenir son consentement à l'évaluation, au traitement et à la participation d'autres prestataires de soins
- la date de chaque rencontre avec le patient, y compris les rendez-vous manqués
- détails sur l'analyse, le diagnostic, les objectifs du patient, le plan de traitement et les traitements effectués
- notes d'évolution, résultats, réévaluations et modifications du plan de traitement qui en découlent
- résumés de fin de traitement comprenant les résultats de la réévaluation, les motifs de la fin de traitement et d'autres recommandations.

En bref, les dossiers cliniques doivent justifier le raisonnement des physiothérapeutes quant aux soins qu'ils prodiguent. Ces dossiers doivent contenir des données objectives, des preuves et des mesures de résultats pertinentes chaque fois que cela est possible et approprié.

Dossiers de facturation

Il est également important de tenir des dossiers de facturation précis et à jour, conformément aux normes de votre ordre professionnel, comprenant :

- le nom du patient et le nom du physiothérapeute, de l'aide-physiothérapeute et des autres personnes qui ont prodigué des soins sous la supervision du physiothérapeute;
- la date à laquelle le service a été dispensé;
- la description des soins, des services ou du produit fournis;
- le coût du soin, du service ou du produit;
- tout paiement reçu.

Outre les normes applicables de l'ordre professionnel, l'ACCAP a publié un document public intitulé « Informations à saisir sur les reçus servant au remboursement de services ou de biens médicaux au titre d'une garantie collective », afin d'aider les prestataires à s'assurer que les informations nécessaires à l'examen d'une demande de paiement sont présentes dans les dossiers de facturation.

En ce qui concerne les reçus, il est recommandé d'éviter de laisser des champs vides sur le reçu afin d'éviter toute possibilité de fraude. Au lieu de cela, indiquez des zéros dans ces champs ou utilisez la mention « s.o. », selon le cas.

Fournisseurs et services admissibles

La délégation et la supervision des soins font partie du champ d'exercice de la physiothérapie et sont reconnues dans les normes de pratique des organismes de réglementation, par exemple en Colombie- Britannique[4] et en Ontario[5]. Même si les assureurs comprennent que le champ d'exercice le permet, certains régimes exigent que les services ou les produits soient fournis directement par le physiothérapeute ou la physiothérapeute pour que les frais soient admissibles.

En ce qui concerne les fournisseurs de services qui n'exercent pas une profession de la santé réglementée, l'ACCAP mentionne ce qui suit[6]:

> Si un assureur ou un administrateur d'avantages sociaux estime que les conditions d'adhésion d'une association professionnelle ne respectent pas les critères qu'il a fixés, les services ou les produits fournis par les membres de cette association ne sont pas couverts.

Lorsque les patients cherchent à se faire rembourser par leur assureur, il leur appartient de vérifier que les services rendus sont admissibles. Toutefois, les physiothérapeutes sont encouragés à poser directement la question à l'assureur ou à demander des précisions au patient avant que les frais ne soient engagés.

D. ÉTUDE DE CAS : PROGRAMMES SUPERVISÉS D'EXERCICES DE PHYSIOTHÉRAPIE

Certaines compagnies d'assurance ont récemment envoyé aux physiothérapeutes de la Colombie-Britannique des avis définissant les critères d'admissibilité au remboursement. En particulier, ces assureurs définissent la physiothérapie comme un « traitement individuel dispensé par un physiothérapeute agréé à un patient. » Selon cette définition, les « services rendus pendant la consultation par d'autres praticiens, tels qu'un aide-physiothérapeute, un kinésiologue, un entraîneur personnel ou un instructeur de yoga ou de pilates, ne sont pas considérés comme des dépenses remboursables, même s'ils sont effectués sous la direction ou la supervision d'un physiothérapeute agréé. » [traduction] Tant que cette décision reste en vigueur, les physiothérapeutes qui souhaitent continuer à faire appel à des aides-physiothérapeutes doivent facturer ces services directement aux patients et les informer qu'ils ne seront pas remboursés par leur assureur.

De même, les assureurs d'autres provinces ont déposé des plaintes concernant des pratiques de facturation inappropriées, dans le cadre desquelles des programmes d'exercices supervisés,

dispensés uniquement par des aides-physiothérapeutes, sont ensuite facturés par des physiothérapeutes en tant que services de physiothérapie. L'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario (OPO) a transmis certaines de ces plaintes au comité de discipline, ce qui a donné lieu à des suspensions. Dans ces cas, l'Ordre estime que les programmes d'exercices réalisés sous la supervision d'un physiothérapeute ne peuvent être considérés comme de la physiothérapie que si certaines conditions sont remplies. Ces conditions sont :

a. Une évaluation initiale qui identifie un problème de santé, une maladie ou un déficit relevant du champ d'application de la physiothérapie. Il s'agit notamment de dysfonctionnements des systèmes neuromusculaire, musculo-squelettique et cardiorespiratoire;

b. Le programme d'exercices doit porter précisément sur la pathologie ou le déficitobservé, en tenant compte du stade derétablissement du patient;

c. Le programme comprend des exercices précis qui ciblent les déficits observés;

d. Le physiothérapeute ou la physiothérapeute est chargé non seulementde prescrire les exercices, mais aussi de déterminer la fréquence et l'intensité appropriées du traitement, en donnant des instructions claires à l'aide-physiothérapeute. Toute modification du plan de traitement doit être faite par le physiothérapeute et non par l'aide-physiothérapeute;

e. Le programme d'exercices doit être étayé par des mesures objectives et quantifiables consignées dans l'évaluation initiale et les notes cliniques, afin de faire état des progrès accomplis et de déterminer si les objectifs du traitement sont atteints.

E. CONCLUSION

Un audit d'assurance peut être stressant et perturbateur. Toutefois, vous pouvez vous préparer à ces audits en tenant des dossiers précis et détaillés validant les services rendus. Restez informé des services couverts par les assureurs, en gardant à l'esprit que même si les assureurs autorisent le remboursement de services fournis par des prestataires exerçant une profession non réglementée, vous devez vous assurer que les normes de l'Ordre en matière de délégation de fonctions sont respectées et que les services constituent bien de la physiothérapie. Si vous êtes propriétaire d'une clinique, partenaire ou praticien exerçant seul, il est prudent d'exiger des audits réguliers au sein de votre cabinet pour garantir le respect des normes de votre ordre professionnel en matière de facturation et de tenue des dossiers.

OÙ OBTENIR DE L'AIDE

Ligne d'assistance pro bono

En participant au programme d'assurance responsabilité professionnelle de votre association, vous avez égalementaccès à des **conseils juridiques pro bono de Gowling WLG, l'un des plus importants cabinets d'avocats du Canada.** Les membres de l'ACP ont accès à un service d'assistance téléphonique spécialisé qui leur permet d'obtenir des conseils juridiques sur diverses questions liéesà l'exercice de leur profession.

Numéro sans frais : 1-888-943-0953

COMMENT L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ACP ME PROTÈGE-T-ELLE?

L'assurance responsabilité professionnelle offerte aux membres de l'APC protège les assurés contre toute responsabilité ou allégation de responsabilité liée à des blessures ou des dommages résultant d'un acte de négligence, d'une erreur, d'une omission ou d'une faute professionnelle découlant des activités professionnelles qu'ils exercent à titre de

physiothérapeute.

L'assurance responsabilité professionnelle de l'ACP couvre les plaintes déposées contre des membres auprès de l'ordre des physiothérapeutes de leur province. L'assurance responsabilité professionnelle comprend automatiquement un montant de garantie de 160 000 $ par réclamation/période d'assurance couvrant les frais juridiques liés à la comparution lors d'une audience disciplinaire auprès d'un organisme de réglementation provincial. En cas de plainte ou d'enquête, les membres bénéficient d'une représentation juridique et d'une défense de qualité supérieure.

PUIS-JE OU DEVRAIS-JE AUGMENTER MA COUVERTURE D'ASSURANCE?

L'assurance responsabilité professionnelle de l'ACP comprend automatiquement un montant de garantie de 160 000 $ par réclamation/période d'assurance couvrant les frais juridiques à payer lorsqu'une plainte est déposée auprès de votre organisme de réglementation. En tant que membre de l'ACP, vous avez la possibilité d'augmenter le montant de garantie pour la prise en charge de ces frais juridiques à 200 000 $ par réclamation/période d'assurance. La décision d'augmenter votre couverture d'assurance doit être fondée sur les risques propres à votre activité et sur l'évaluation de l'évolution de l'environnement juridique et économique.

Veuillez communiquer avec un courtier de BMS au 1-855-318-6136 ou à cpa.insurance@bmsgroup.com pour discuter de la situation particulière de vos activités professionnelles.

COMMENT DÉCLARER UNE RÉCLAMATION AU TITRE DE L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'APC?

La rapidité avec laquelle vous déclarez une réclamation au titre de votre police d'assurance responsabilité professionnelle est cruciale et peut peut être déterminante pour l'acceptation ou le refus de votre demande. Dès que vous prenez connaissance d'une réclamation ou d'une réclamation potentielle, veuillez le signaler immédiatement à Crawford & Company (Canada) Inc. par téléphone, au 1-877-805-9168, ou par courriel, à BMSclaims@crawco.ca. Veuillez vous assurer de documenter officiellement l'incident, en incluant les informations sur les personnes impliquées.

Lors de la déclaration, on vous demandera de fournir :

- Votre certificat d'assurance;
- La demande, la déclaration, la requête, la lettre de plainte de l'ordre ou toute autre procédure judiciaire, s'il y a lieu;
- Autres documents pertinents.

Une fois que vous aurez contacté Crawford & Company, cette dernière accusera réception de la déclaration et affecter a un expert en sinistres à votre dossier. L'expert en sinistres sera chargé d'enquêter sur la réclamation et de déterminer la marche à suivre, y compris vous mettre en contact avec un conseiller juridique. Vous collaborerez avec votre conseiller juridique pour rédiger votre réponse à l'Ordre. Votre réponse doit indiquer ce qui s'est passé, vos interactions et le bien-fondé des soins que vous avez prodigués ou de votre conduite.

COORDONNÉES IMPORTANTES

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires sur votre police d'assurance ou si vous souhaitez parler à un courtier de BMS, veuillez composer le 1-855-318-6136 ou envoyer un courriel à cpa.insurance@bmsgroup.com.

Pour obtenir des conseils juridiques pro bono de Gowlings WLG, veuillez composer le 1-888-943-0953.

Pour signaler une réclamation en responsabilité professionnelle, veuillez communiquer avec Crawford & Company (Canada) Inc. par téléphone, au 1-877-805- 9168, ou par courriel, à BMSclaims@crawco.ca.

Cet article a été préparé et rédigé par Aweis Osman, Gowling WLG, en partenariat avec BMS CanadaRisk Services.

Cet article a été rédigé à des fins d'information générale et ne doit pas être interprété comme un avis juridique ou comme les conseils d'un courtier.Si vous avez besoin de conseils précis pour répondre à un audit d'assurance, nous vous recommandons de consulter un avocat qualifié de votre province ou de votre territoire, ou de communiquer avec la ligne d'assistance pro bono de Gowling WLG offerte par l'Association canadienne de physiothérapie. Si vous avez des questions précises concernant votre police d'assurance responsabilité professionnelle, veuillez communiquer avec BMS pour parler à un professionnel de l'assurance.

CITATIONS

[1] ACCAP. Comprendre l'assurance maladie complémentaire : à l'intention des fournisseurs de soins de santé, novembre 2019, section 6, p. 15

[2] Voir, par exemple,Pacific Blue Cross,Health Reference Guide, septembre 2022, lignes directrices pour les fournisseurs, p. 37

[3] Note 2 ci-dessus, p. 37

[4] Voir College of Physical Therapists of British Columbia (CPTBC) Practice Resource: Working with Physical Therapist Support Workers

[5] Voir la norme de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario (OPO) : Physiothérapeutes travaillant avec des aides-physiothérapeutes, mise à jour le 29 juin 2016

[6] ACCAP. Comprendrel'assurancemaladie complémentaire : à l'intention des fournisseurs de soins de santé, novembre 2019, section 5, p. 13