

Amendements n^os 110 et 111 et Lettre d'entente n^o 213

Changements à votre entente et renseignements d'ordre administratif

Introduction

La Régie vous présente l'Amendement n^o 110 concernant la santé au travail et la santé publique convenu entre les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et votre Fédération. Cet amendement est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2009.

De plus, les parties ont convenu de l'Amendement n^o 111 concernant le remplacement de l'annexe XIII de l'entente générale et le changement tarifaire des services médico-administratifs.

Finalement, les parties ont convenu de la Lettre d'entente n^o 213 concernant la supervision par un médecin du stage d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne rémunéré selon l'*Entente particulière relative au médecin enseignant*. Elle est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009.

Documents de référence

Partie I Texte paraphé de l'Amendement n^o 110 et annexe III de l'*Entente particulière relative à la santé publique*

Partie II Texte paraphé de la Lettre d'entente n^o 213

Partie III Texte paraphé de l'Amendement n^o 111

Partie IV Texte paraphé de l'annexe XIII (annexe A de l'Amendement n^o 111)

Sommaire

1. Nouveau forfait de santé au travail	2
2. Rémunération des services médico-administratifs visés par la <i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i> et la <i>Loi sur les accidents du travail</i>	2
3. Entente particulière relative à la santé publique – Modifications aux secteurs d'activité.....	3
4. Lettre d'entente n ^o 213 – Supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.....	4
5. Lettre d'entente n ^o 182	4
6. Renseignements d'ordre administratif : Nouvel avis administratif et retrait d'un message explicatif	4

1. Nouveau forfait de santé au travail

BROCHURE N° 1 → ENTENTE GÉNÉRALE, PARAGRAPHE 17.01 → HONORAIRES FIXES ET TARIF HORAIRE

Un nouveau **forfait de santé au travail de 20 \$ de l'heure** est versé pour toute forme d'interventions faites auprès des entreprises et des autres organismes pertinents dans le cadre de l'entente entre la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et les directions de santé publique. Ce forfait est alloué au médecin par le directeur régional de santé publique d'une agence. La banque de forfait n'a pas encore été répartie entre les directions régionales, alors la distribution des forfaits par le directeur régional n'est pas possible pour l'instant. Dès que la répartition de la banque aura été effectuée, nous vous informerons du nouveau code d'acte et des modalités de facturation.

Cette disposition est rétroactive **au 1^{er} avril 2009**.

2. Rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*

MANUEL DE FACTURATION → ONGLET B – CONSULTATION ET EXAMEN → PAGES B-22 À B-30

L'article 1 de l'Amendement n° 111 remplace l'annexe XIII relative à la rémunération des services médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*. Les changements tarifaires des services médico-administratifs touchent les codes d'acte 09907, 09908, 09909, 09926, 09927, 09928, 09929, 09930, 09936, 09939, 09942, 09944, 09946, 09970 et 09978. Les libellés des codes d'acte 09970 et 09975 ont aussi subi des petites modifications.

Les articles 20 et 21 sont ajoutés à l'annexe XIII pour le certificat médical du plongeur professionnel et pour le rapport de suivi d'une lésion musculo-squelettique (autre que lombalgie). Vous trouverez dans les deux tableaux suivants, le code d'acte, le libellé et le tarif pour chaque article.

Tableau 1 - Certificat médical du plongeur professionnel (article 20)

Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
À venir	rédaction et remise sans délai au travailleur du certificat médical du plongeur professionnel	110,00

À NOTER

Ce nouveau service médico-administratif entrera en vigueur à la date fixée par la *Gazette officielle* puisque ce service requiert une modification au *Règlement sur la santé et la sécurité au travail*. Nous vous informerons du nouveau code d'acte dans une prochaine infolettre.

Tableau 2 - Rapport de suivi d'une lésion musculo-squelettique (autre que lombalgie) (article 21)

Code d'acte	Libellé	Tarif (\$)
09955	pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'évaluation des impacts de la lésion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission sans délai de la fiche à la Commission	50,00

La CSST nous a informé qu'elle transmettra par la poste quelques copies du nouveau formulaire à chaque médecin d'ici le 1^{er} septembre 2009. Au besoin, vous pouvez obtenir des copies additionnelles en vous adressant à votre bureau régional de la CSST.

Le rapport a été conçu pour identifier les patients qui présentent des facteurs de risque d'évolution défavorable. Il n'est donc pas utile de remplir un formulaire pour des patients suivis depuis le 1^{er} avril 2009 dont la lésion serait consolidée. En ce qui a trait aux patients dont la lésion n'est pas consolidée, le médecin peut remplir le formulaire lors d'un prochain examen de suivi, s'assurant ainsi d'être en mesure de fournir l'ensemble des informations demandées.

Pour plus de détails, veuillez vous référer au texte paraphé de l'amendement en [Partie III](#) ou au texte de l'annexe XIII présentée en [Partie IV](#).

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} avril 2009**. À l'exception du certificat médical du plongeur professionnel, la Régie sera en mesure de traiter votre facturation selon les nouvelles modalités **à compter du 1^{er} septembre 2009**. La Régie procédera ultérieurement à une **révision des codes facturés entre le 1^{er} avril et le 1^{er} septembre 2009** pour s'assurer que le médecin soit payé au nouveau tarif.

3. Entente particulière relative à la santé publique – Modifications aux secteurs d'activité

BROCHURE N^o 1 → ENTENTE PARTICULIÈRE N^o 24 → HONORAIRES FIXES ET TARIF HORAIRE

Des modifications sont apportées aux secteurs d'activité présentés au paragraphe 3.01 de l'entente particulière. Les secteurs d'activité « La participation à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques » et « Les habitudes de vie » **sont fusionnés**. Les natures de service **125XXX et 135XXX seront abolies au 16 octobre 2009**. Toutefois, vous pouvez, dès maintenant, utiliser la nature de service **195XXX** qui résulte de la fusion des deux secteurs d'activité.

De plus, deux secteurs d'activité sont ajoutés, c'est-à-dire :

- la santé en milieu de travail (nature de service **175XXX**);
- autres secteurs d'activité (nature de service **185XXX**).

Le libellé des textes des paragraphes 5.10 et 5.10.02 concernant le forfait de soutien à la première ligne en santé publique prévu par l'Amendement n^o 108 est modifié pour le « forfait de santé publique ». Les modalités de rémunération de 20 \$ par heure restent les mêmes. Lors de la facturation, vous devez indiquer le lieu de facturation correspondant au numéro de l'agence de santé et de services sociaux (ASSS), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ou de la Direction générale de santé publique qui est responsable de votre nomination en santé publique.

L'annexe III de l'entente particulière fait état du nombre de forfaits admissibles pour chacune des directions régionales de santé publique, de l'INSPQ et de la Direction générale de santé publique.

Pour plus de détails, veuillez vous référer à l'article 2 B) et C) en [Partie I.](#)

Cette disposition est en vigueur **depuis le 1^{er} avril 2009**.

4. Lettre d'entente n° 213 – Supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

BROCHURE N° 1 → LETTRES D'ENTENTE

Cette nouvelle lettre d'entente stipule que le médecin qui assure la supervision du stage d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins de première ligne pendant sa formation a droit à une rémunération.

Le médecin est alors rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité **d'un externe** déterminées à l'*Entente particulière relative au médecin enseignant*. Autant les tarifs que les lieux permis mentionnés à la section 1 de cette entente s'appliquent à la *Lettre d'entente n° 213*. Vous trouverez les détails sur ces modalités et les instructions de facturation dans le [Communiqué 214](#) du 30 mars 2009.

Cette lettre d'entente est **en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009**.

Pour les demi-*per diem* réclamés pour la période du 1^{er} janvier 2009 au 17 août 2009, vous avez jusqu'au 15 novembre 2009 pour les facturer.

Le texte officiel de la lettre d'entente est présenté en [Partie II](#) de l'infolettre.

5. Lettre d'entente n° 182

BROCHURE N° 1 → LETTRES D'ENTENTE

L'Amendement n° 111 abroge la *Lettre d'entente n° 182* relative à la mise en place d'un comité technique ayant pour responsabilité de faire des recommandations quant au suivi, par le même médecin omnipraticien, des travailleurs victimes de lésion professionnelle. Le comité ayant terminé ses travaux la lettre d'entente n'est plus en vigueur.

6. Renseignements d'ordre administratif : Nouvel avis administratif et retrait d'un message explicatif

6.1 Manuel de facturation

- Dans l'onglet *Messages explicatifs*, le message suivant est retiré :
195 « Le modificateur utilisé est incompatible avec le code d'établissement inscrit sur votre demande de paiement (Réf. : l'Entente particulière/conditions d'exercice et de rémunération du médecin/CH régional de Sept-Îles). ».

- Dans l'onglet *Peau - Phanères* à la page F-15, l'avis sous *Chirurgie plastique* est remplacé par le suivant :

AVIS : *Les codes d'acte 01451, 01452, 01453, 01454, 01455, 01460 et 01461 sont des codes d'acte négociés C.S. au tarif (voir la règle 1.1.2 du Préambule général). Les honoraires inscrits pour ces actes ne le sont qu'à titre de référence.*

6.2 Brochure n° 1

Un nouvel avis administratif est inséré dans les ententes particulières (E.P.) suivantes :

- E.P. – Chef de département (CHSGS) (sous le paragraphe 4.01),
- E.P. – Chef du service d'urgence (CHSGS) (sous le paragraphe 4.01),
- E.P. – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle (sous l'avis actuel du paragraphe 9.00 B 1))

AVIS : *Pour faciliter le traitement et le paiement rapide de votre réclamation, vous devez facturer un montant inférieur à 3 000 \$ sur votre demande de paiement. Vous pouvez alors répartir votre facturation sur plus d'une journée pour respecter cette limite.*

c. c. Agences commerciales de traitement de données

Développeurs de logiciels - Médecine

Agences de santé et services sociaux - Directeurs de santé publique

Texte paraphé de l'Amendement n° 110

Amendement n° 110 et annexe III de l'*Entente particulière relative à la santé publique*

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'entente générale est modifiée en remplaçant le paragraphe 17.01 par le suivant :

« 17.01 Le paiement à l'acte constitue le mode de rémunération en cabinet privé. Ce mode s'applique également en établissement sauf dans les cas suivants :

- Lorsqu'un autre mode de rémunération est prévu dans le cadre d'une entente particulière, d'une lettre d'entente, d'un protocole d'accord ou d'un accord, ou permis, en centre hospitalier, en vertu d'une nomination spécifique octroyée au médecin, conformément à l'article 10.00A de l'entente.
- Lorsqu'il s'agit d'activités faites en santé et sécurité au travail relevant de la responsabilité des directeurs régionaux de santé publique. Ces activités peuvent être exercées dans ou auprès d'un centre local de services communautaires ou dans un centre hospitalier à qui le service ou l'équipe de santé publique est rattaché selon les dispositions de l'*Entente particulière relative à la santé publique*.

À compter du 1^{er} avril 2008, une prime de santé au travail est versée. Cette prime est de 2,10 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2008 et de 2,20 \$ par heure à compter du 1^{er} avril 2009 et elle s'applique sur 70 % des heures rémunérées dans le cadre de la présente disposition. Cette prime est versée au médecin sur une base trimestrielle, le premier trimestre d'une année d'application débutant le 1^{er} janvier.

Est également versé, à compter du 1^{er} avril 2009, un forfait de santé au travail défini comme toute forme d'interventions auprès des entreprises et autres organismes pertinents faites dans le cadre de l'entente entre la Commission de la santé et sécurité au travail et les directions de santé publique. Ce forfait est de 20 \$ par heure. Le comité paritaire attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits allouée annuellement à chaque direction régionale de santé publique. La répartition entre les médecins visés de la banque de forfaits allouée est déterminée par le directeur régional de santé publique. »

AVIS : *Dès que l'allocation des forfaits sera faite, nous vous informerons des modalités de facturation.*

2. L'*Entente particulière relative à la santé publique* est modifiée de la façon suivante :

A) En remplaçant le paragraphe 3.01 par le suivant :

« 3.01 Les activités professionnelles couvertes par la présente entente sont :

AVIS : *Veuillez inscrire obligatoirement une des natures de service et un des emplois de temps pour composer le code d'activité à six chiffres.*

- L'expertise-conseil, l'information et la sensibilisation des intervenants du réseau et de la population, le soutien des intervenants et leur coordination professionnelle; (Veuillez utiliser l'emploi de temps XXX067)
- La planification, l'élaboration et l'implantation de programmes et de services, incluant l'élaboration de protocoles et d'outils d'intervention; (Veuillez utiliser l'emploi de temps XXX037)

- L'évaluation de l'impact des programmes de santé publique et, dans le cadre de l'approche épidémiologique, les activités liées à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé de la population; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX047**)
- Le transfert chez les médecins des connaissances en santé publique en vue de l'harmonisation des pratiques d'intervention; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX032**)
- La participation au système de coordination et de garde en disponibilité des urgences en santé publique; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX029**)
- En situation de sinistre, de catastrophe ou d'épidémie réelle ou appréhendée, la dispensation, à titre exceptionnel et temporaire, de services cliniques, ceux-ci comprenant, en pareille situation, les vaccinations de population-cible; (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX148**)
- Les activités liées au programme de dépistage du cancer du sein incluant celles découlant de l'invitation faite aux femmes ainsi que le suivi des femmes dépistées. (Veuillez utiliser l'emploi de temps **XXX025**)

AVIS : Vous pouvez également utiliser les emplois de temps suivants :

- **XXX015** Examens relatifs à l'hépatite C
- **XXX030** Services cliniques
- **XXX043** Tâches médico-administratives et hospitalières
- **XXX088** Programme de vaccination contre le méningocoque
- **XXX098** Services de santé durant le délai de carence

Ces activités professionnelles sont rattachées aux secteurs d'activité suivants :

- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale; (Veuillez utiliser la nature de service **115XXX**)
- Les habitudes de vie et les maladies chroniques; (Veuillez utiliser la nature de service **195XXX**)
- Les traumatismes non intentionnels; (Veuillez utiliser la nature de service **145XXX**)
- Les maladies infectieuses; (Veuillez utiliser la nature de service **155XXX**)
- La santé environnementale; (Veuillez utiliser la nature de service **165XXX**)
- La santé en milieu de travail; (Veuillez utiliser la nature de service **175XXX**)
- Autres secteurs d'activité. » (Veuillez utiliser la nature de service **185XXX**)

AVIS : Veuillez prendre note que la nature de service **005** est abolie depuis le 30 avril 2009 et les natures de service **125** et **135** seront abolies au 31 août 2009. Depuis le 1^{er} avril 2009, vous devez utiliser les natures ci-dessus selon les activités professionnelles rattachées aux secteurs d'activité.

B) En remplaçant le paragraphe 5.10 par le suivant :

« **5.10** Les modalités de rémunération spécifiques à la santé publique sont les suivantes : »

C) En remplaçant le paragraphe 5.10.02 par le suivant :

« **5.10.02** À compter du 1^{er} avril 2009, un forfait de **santé publique** de 20 \$ par heure est accordé aux conditions suivantes :

AVIS : Pour facturer le forfait de **santé publique**, inscrire les données suivantes sur votre Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- **XXXX01010112** dans la case **NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE**;
- **la date et le code 19930** dans la section « **Actes** »;
- **le nombre d'heures effectuées dans la journée** dans la case **UNITÉS**;
- **dans la case ÉTABLISSEMENTS**, le lieu de la facturation correspondant au numéro de l'agence de santé et de services sociaux (94019 à 94179, 94183), de l'INSPQ (94559) ou la Direction générale de santé publique (94509) qui est responsable de votre nomination en **santé publique**;
- **le montant réclamé** dans la case **HONORAIRES**.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

- i) Le forfait de santé publique est défini comme toute forme d'interventions auprès des CSSS, des cabinets privés ou d'autres organismes pertinents, en lien avec le Programme national de santé publique ou avec le Plan d'action régional de santé publique et visant, notamment, l'intégration des pratiques cliniques préventives;
- ii) le comité paritaire FMOQ-MSSS attribue, selon les critères qu'il détermine, la banque de forfaits de santé publique allouée annuellement à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ ainsi qu'à la Direction générale de santé publique;
- iii) la répartition entre les médecins d'une direction de santé publique, de l'INSPQ ou la direction générale de santé publique, de la banque de forfaits allouée, est déterminée par le directeur de la santé publique, après consultation du chef de département de santé publique ou, selon le cas, de médecine générale du CH où sont nommés les médecins, par le directeur de l'INSPQ pour cet organisme ou par le directeur national pour la Direction générale de santé publique. »

AVIS : L'annexe III à la présente entente particulière fait état des forfaits alloués à chaque direction régionale de la santé publique, à l'INSPQ et la Direction générale de santé publique.

3. Le présent amendement prend effet au 1^{er} avril 2009 et demeure en vigueur jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

Annexe III de l'*Entente particulière relative à la santé publique*

Nº de facturation	Directions (ASSS)	Nombre de forfaits
94019	Région 01 – Bas St-Laurent	540
94029	Région 02 – Saguenay / Lac-St-Jean	1080
94039	Région 03 – Québec	1960
94049	Région 04 – Mauricie / Centre-du-Québec	1020
94059	Région 05 – Estrie	600
94069	Région 06 – Montréal-Centre	3160
94079	Région 07 – Outaouais	680
94089	Région 08 – Abitibi-Témiscamingue	520
94099	Région 09 – Côte-Nord	380
94109	Région 10 – Nord-du-Québec	100
94119	Région 11 – Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine	380
94129	Région 12 – Chaudière-Appalaches	1620
94139	Région 13 – Laval	1100
94149	Région 14 – Lanaudière	800
94159	Région 15 – Laurentides	1000
94169	Région 16 – Montérégie	2160
94179	Région 17 – Nunavik	80
94183	Région 18 – Baie-James	100
94559	INSPQ	1540
94509	Direction générale de santé publique	1160
	Total	20 000

Texte paraphé de la Lettre d'entente n° 213

Ayant trait à la supervision médicale dispensée dans le cadre de la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

CONSIDÉRANT que la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS) est dispensée par plusieurs universités depuis quelques années;

CONSIDÉRANT que la formation d'une IPS comprend, notamment, un stage, d'une durée de 24 semaines à raison de 20 heures par semaine, supervisé par un médecin omnipraticien dans le cadre d'un milieu de stages reconnu par une université;

CONSIDÉRANT que les stages pour la première cohorte d'étudiantes ont débuté et qu'il y a lieu d'assurer la rémunération des médecins qui supervisent ces stages;

CONSIDÉRANT les difficultés de convenir des modalités de financement dans le délai requis;

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1.00 Le médecin qui assure la supervision du stage d'une IPS pendant sa formation est rémunéré selon les modalités applicables à la prise en charge et à la responsabilité d'un externe de la section I de l'Entente particulière ayant pour objet la détermination de certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin enseignant.

AVIS : *Veuillez facturer quotidièrement, par lieu de stage, le nombre de demi-per diem effectués. Au cours d'une journée, si l'enseignement est supervisé sur plus d'un lieu de stage, veuillez utiliser une demande de paiement différente par lieu de stage.*

Instructions pour la facturation du forfait de formation sur la Demande de paiement – Médecin n° 1200 :

- *Inscrire le code XXX01010112 dans la case NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE;*
- ***Inscrire la date de chaque formation réclamée;***
- *Inscrire, dans la case ÉTABLISSEMENT, le lieu de stage, soit le numéro d'établissement ou, pour un cabinet privé, le numéro de facturation attribué par la Régie (54XXX, 55XXX ou 57XXX);*
- *Inscrire le code d'acte approprié au forfait de formation demandé dans la section « Actes »;*
- *Inscrire le nombre de demi-per diem pour la supervision d'une IPS selon le code d'acte réclamé, dans la case UNITÉS;*
- *Inscrire les honoraires demandés sur chaque ligne de service et inscrire le cumul des honoraires demandés dans la case TOTAL.*

Avant de facturer le forfait de formation vous devez identifier si le lieu de formation est lié à la liste 1 (sous-paragraphe 5.01) ou 2 (sous-paragraphe 5.02) de l'EP – Médecin enseignant :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/medecinenseignant/>

S'il s'agit d'un lieu identifié à la liste 1 utilisez :

- *le code 19922 au tarif de 56 \$ si le lieu est un cabinet reconnu;*
- *le code 19923 au tarif de 42 \$ si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- *le code 19924 au tarif de 42 \$ si le lieu est une UMF (CLSC ou CH);*

S'il s'agit d'un lieu identifié à la liste 2 utilisez :

- *le code 19925 au tarif de 82,65 \$ si le lieu est un cabinet reconnu;*
- *le code 19926 au tarif de 62 \$ si le lieu est un établissement (CH, CLSC ou CHSLD);*
- *le code 19927 au tarif de 62 \$ si le lieu est une UMF (CLSC ou CH).*

La facturation faite dans un établissement de la liste 2 est soumise aux majorations des annexes XII et XII-A.

Aucun autre service ne doit être facturé sur cette demande de paiement.

2.00 Les modalités de financement des coûts découlant de la supervision des stages des IPS pendant leur formation seront convenues lors des négociations qui se tiendront dans le cadre du renouvellement de l'entente générale.

3.00 La présente lettre d'entente entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et le demeure jusqu'au renouvellement de l'entente générale.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____,
ce _____^e jour de _____ 2009.

DOCTEUR YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

LOUIS GODIN
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Texte paraphé de l'Amendement n° 111

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. L'Annexe XIII de l'entente générale est modifiée de la façon suivante :
En la remplaçant par celle qui est produite ci-après en Annexe A.
2. La Lettre d'entente N° 182 est abrogée.
3. Sous réserve du paragraphe suivant, le présent amendement entre en vigueur le 1^{er} avril 2008 et prend effet le 1^{er} avril 2009. Il se terminera le 31 mars 2011, mais demeurera néanmoins en vigueur jusqu'à son remplacement.
4. Le certificat médical du plongeur, décrit à l'article 20 de l'Annexe A, prendra effet à la date fixée par la *Gazette officielle* pour l'entrée en vigueur des modifications au *Règlement sur la santé et la sécurité du travail, S-2.1, r. 19.01*.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à _____
ce _____^e jour de _____ 2009.

YVES BOLDUC
Ministre
Ministère de la Santé et des
Services sociaux

LOUIS GODIN
Président
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

LUC MEUNIER
Président du Conseil d'administration
Commission de la santé et de la sécurité du travail

Amendement n° 111 – Annexe A

Texte paraphé de l'Annexe XIII

Prenez note que les instructions de facturation ne changent pas. Vous les trouverez dans l'onglet *B Consultation et examen* du Manuel de facturation.

RÉMUNÉRATION DES SERVICES MÉDICO-ADMINISTRATIFS VISÉS PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. ATTESTATION MÉDICALE

Il s'agit de l'attestation médicale comportant le diagnostic et soit la date prévisible de consolidation, soit la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle remise à ce travailleur par un médecin, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant de l'attestation médicale.

09926 rédaction et remise sans délai au travailleur du formulaire d'attestation médicale prescrit par la Commission.....19,00 \$

2. RAPPORT SOMMAIRE DE PRISE EN CHARGE

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si la date prévisible de consolidation est de plus de quatorze (14) jours complets après la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion; ce rapport comporte notamment :

1. la date de l'accident du travail;
2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents;
3. la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle;
4. le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé;
5. dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent;

le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport sommaire de prise en charge.

09927 rédaction et expédition à la Commission, dans les six (6) jours du premier examen, du formulaire de prise en charge prescrit par la Commission.....19,00 \$

3. RAPPORT D'ÉVOLUTION

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le tout tel qu'édicté par les articles de la loi traitant du rapport d'évolution.

09928 rédaction et expédition immédiate à la Commission du formulaire d'évolution prescrit par la Commission13,50 \$

4. RAPPORT FINAL

Il s'agit du rapport médical expédié à la Commission par un médecin, dans le cas :

- a) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée dans les quatorze (14) jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- b) d'un travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée plus de quatorze (14) jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion.

Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion professionnelle et, le cas échéant :

1. l'existence d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
2. l'existence de limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion;
3. l'aggravation de limitations fonctionnelles antérieures, si connues, à celles qui résultent de la lésion,

le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09930 rédaction et expédition à la Commission, dès que la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, du formulaire de rapport final prescrit par la Commission.....21,50 \$

5. INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

Il s'agit d'une demande de précisions provenant du médecin de la Commission à un médecin ayant dispensé des services au travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- relation physiopathologique entre l'événement déclaré et le diagnostic;
- relation entre le diagnostic et les traitements;
- précision sur la période prévisible de consolidation de la lésion;
- existence de limitations fonctionnelles;
- existence d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation;
- existence ou prévision d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- identification ou aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit les précisions demandées par le médecin de la Commission en complétant le formulaire prescrit à cet effet, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport produit à la suite d'une demande de précisions requises par la Commission.

09929 rédaction et expédition à la Commission, dans les dix (10) jours de la réception de la demande, du formulaire d'information médicale complémentaire écrite prescrit par la Commission.....75,00 \$

6. BILAN MÉDICAL

A) Nature du rapport

Il s'agit d'une demande verbale de précisions provenant du médecin de la Commission au médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Les demandes de précisions portent notamment sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- diagnostic et évolution;
- antécédents et pathologies au siège de la lésion;

- conditions associées pertinentes à la lésion professionnelle;
- examens subjectifs et objectifs;
- examens paracliniques réalisés et prévus;
- consultations réalisées et prévues;
- traitements en cours et prévus;
- possibilité d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique;
- possibilité de limitations fonctionnelles;
- possibilité de retour au travail avant consolidation.

Dans le cas où le médecin qui a charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle communique avec le médecin de la Commission, ce dernier détermine si la communication est de la nature d'un bilan médical.

09907 pour l'information verbale fournie.....95,00 \$

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier.

09914.....25,00 \$

09915.....50,00 \$

09916.....75,00 \$

7. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI

Il s'agit d'une communication d'un intervenant de la Commission, sous forme d'entrevue téléphonique ou de présence au cabinet du médecin qui a charge, expliquant la solution de retour au travail retenue pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle non consolidée et requérant une opinion professionnelle, au vu et au su du dossier, afin de déterminer s'il existe, à la solution de retour au travail, des contre-indications médicales dont il faudrait tenir compte.

09908 pour l'opinion professionnelle obtenue du médecin.....95,00 \$

8. RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Il s'agit du rapport médical complémentaire expédié à la Commission par le médecin qui a charge du travailleur afin d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1^o à 5^o du premier alinéa de l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la Commission ou choisi par l'employeur. Ces sujets portent sur :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09909 rédaction du formulaire prescrit par la Commission et expédition à celle-ci, dans les trente (30) jours de la réception du rapport du professionnel de la santé.....115,00 \$

9. RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

Il s'agit de la demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur à la suite d'un rapport qui infirme ses conclusions. Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

09910 rédaction du rapport de consultation motivé et expédition
au médecin qui a charge du travailleur 150,00 \$

10. RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Médecin qui a charge

Il s'agit d'une évaluation faite par le médecin qui a charge du travailleur, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, ayant pour objets d'établir, le cas échéant, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du rapport final.

09944 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai
à la Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 330,00 \$

09901 supplément en neurologie et neurochirurgie, dans le cas
de pathologies cérébrales organiques, ou supplément
en toxicologie pour les médecins désignés
par les parties à l'entente 75,00 \$

B) Médecin désigné

Il s'agit d'une évaluation faite par un médecin désigné par la Commission pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion professionnelle du travailleur.

Ce rapport d'évaluation médicale peut être complété selon l'une ou l'autre des deux situations suivantes :

1. évaluation faite à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie
- 09978 examen du travailleur, rédaction et expédition sans délai à la
Commission du rapport d'évaluation médicale prescrit 545,00 \$
2. évaluation faite en urgence à la demande de la Commission par un médecin désigné par celle-ci pour effectuer cette évaluation dans le cas d'un travailleur qu'elle identifie
- 09946 examen du travailleur dans un délai de un à cinq jours consécutifs
suivant la demande de la Commission, rédaction et expédition sans
délai à la Commission du rapport d'évaluation
médicale prescrit 560,00 \$

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée par le médecin de la Commission, dans certains dossiers, au médecin qui a charge du travailleur victime de lésion professionnelle ou au médecin désigné en raison de la complexité de l'évaluation médicale.

09947.....	55,00 \$
09948.....	100,00 \$
09949.....	155,00 \$

11. RAPPORT D'ÉVALUATION HISTOLOGIQUE

A) Nature du rapport

Il s'agit, à la demande de la Commission, d'un rapport écrit de pathologie réalisé à partir de l'étude microscopique de lames histologiques provenant d'une biopsie, d'une cytologie ou d'une autopsie.

09921 étude du dossier, du matériel anatomo-pathologique, rédaction et expédition sans délai d'un rapport à la Commission.....	350,00 \$
--	-----------

12. BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE

A) Avis écrit

Il s'agit de l'avis écrit motivé dans lequel le médecin membre du Bureau d'évaluation médicale infirme ou confirme, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur et y substitue les siens, s'il y a lieu, ou se prononce relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;
6. le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09938 avis donné au vu du dossier.....	310,00 \$
09939 avis donné après examen du travailleur.....	500,00 \$

B) Dossier complexe

Il s'agit de l'avis écrit motivé de plus d'un membre du Bureau d'évaluation médicale désignés par le Ministre dans les cas où celui-ci l'estime opportun, en raison de la complexité d'un dossier.

Les membres du Bureau d'évaluation médicale y infirment ou confirment, dans les trente (30) jours de la date à laquelle le dossier leur a été transmis, le diagnostic et les autres conclusions soit du médecin qui a charge du travailleur, soit du professionnel de la santé désigné par la Commission ou par l'employeur et y substituent les leurs, s'il y a lieu, ou encore, se prononcent relativement aux sujets suivants :

1. le diagnostic;
2. la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;

3. la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
 4. l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
 5. l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur,
- le tout tel qu'édicte par les articles de la loi traitant du Bureau d'évaluation médicale.

09936	le médecin qui participe à la préparation de l'avis commun.....	56,00 \$
09937	le médecin qui rédige l'avis commun reçoit des honoraires additionnels de.....	75,00 \$

C) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le responsable médical du Bureau d'évaluation médicale en raison de la complexité.

09981.....	160,00 \$
09982.....	210,00 \$

13. INDEMNITÉ

Lorsqu'un examen par un membre du Bureau d'évaluation médicale ou une évaluation médicale visée à l'article 10 n'a pas lieu parce que le travailleur victime d'une lésion professionnelle ne se présente pas au rendez-vous qui lui a été fixé par le centre administratif du ministère du Travail ou par la Commission, le médecin a droit à une compensation équivalant à 40 % des honoraires prévus pour l'examen ou pour l'évaluation médicale. Cette indemnité ne s'applique pas si le temps prévu pour le travailleur est comblé par l'examen d'un autre travailleur. (MOD=032)

14. AUDIOLOGIE

Lorsque le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle produit, en cabinet privé, les tests audiométriques nécessaires à son rapport d'évaluation médicale, il reçoit un supplément afin de fournir le matériel et le personnel requis pour la production de ces tests.

09919	supplément pour la production des tests audiométriques.....	75,00 \$
-------	---	----------

15. CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Il s'agit du certificat délivré par le médecin de la travailleuse enceinte ou qui allaite attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou qu'elle allaite ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, et visant à son affectation ou à son retrait préventif, dans le cadre de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

09970	réécriture, remise de la copie à la travailleuse et expédition sans délai du certificat prescrit par la Commission visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.....	60,00 \$
-------	---	----------

16. ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Assignation temporaire

Il s'agit du rapport médical complété à la demande de l'employeur par le médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle, même si la lésion professionnelle du travailleur n'est pas consolidée.

Ce rapport a pour objet de déterminer la possibilité d'assigner temporairement le travailleur au travail qu'a proposé pour lui son employeur sur un formulaire d'assignation temporaire qui respecte l'article 179 de la Loi, en attendant que ce travailleur redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable.

L'article 179 de la Loi prévoit que l'employeur d'un travailleur victime de lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier si le médecin qui a charge de ce travailleur croit que :

- 1^o le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
- 2^o ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
- 3^o ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur;

09971 rédaction complète de la partie du formulaire où il est demandé au médecin de se prononcer sur le travail préalablement proposé par l'employeur, remise de la copie au travailleur et expédition sans délai du formulaire d'assignation temporaire prévu par la Commission.....50,00 \$

17. ÉTUDE DE DOSSIERS PARTICULIERS

A) Nature du rapport

Il s'agit de l'étude d'un dossier médical faite par un ou des médecins, à la demande d'un médecin de la Commission, pour déterminer toute question relative notamment à la pathologie ou au décès du travailleur, qu'il s'agisse d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. L'étude d'un dossier peut également prendre la forme d'une rencontre avec un ou des médecins de la Commission.

09942 étude de dossier, rédaction et expédition sans délai à la Commission d'un rapport, pour chaque médecin.....210,00 \$

B) Considération en raison de la complexité

Considération pouvant être accordée dans certains dossiers par le médecin de la Commission en raison de la complexité du dossier particulier.

09911.....25,00 \$

09912.....50,00 \$

09913.....75,00 \$

18. RAPPORT DE PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle au dos. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lombalgie;
- la remise de la brochure d'information ou du DVD qu'il commente au besoin;
- la discussion avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur l'accomplissement de ses activités et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités de retour au travail, eu égard à sa condition;
- la fixation par le médecin de la date de sa prochaine consultation avec le travailleur.

09975 pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'information au travailleur et la transmission à la Commission, le cas échéant, de la fiche.....50,00\$

19. AVIS MOTIVÉ

Il s'agit d'un rapport médical par lequel le médecin qui a charge du travailleur analyse les résultats au point de vue fonctionnel des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dont son patient a bénéficié, afin de motiver si ceux-ci doivent cesser, se poursuivre au-delà de trente (30) traitements ou pendant plus de huit (8) semaines, selon la première échéance rencontrée, ou si, dans certains cas, un autre genre de traitement doit débuter. L'avis motivé n'est complété qu'une seule fois durant le cours du dossier d'une lésion professionnelle. L'intervenant de la santé du travailleur fournira à son client le formulaire à faire remplir par le médecin qui a charge avant l'arrivée de la première des échéances ci-dessus décrites :

Le médecin complète les trois éléments suivants du formulaire :

1. Appréciation du bilan fonctionnel. Le médecin rapporte les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction (et non les symptômes résiduels);
2. Recommandation du médecin qui a charge concernant les traitements de physiothérapie (section « A ») et d'ergothérapie (section « B »); lorsque les traitements sont en cours, le médecin indique s'il juge pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, il indique s'il prévoit que ce sera éventuellement nécessaire et, dans l'affirmative, dans combien de temps environ. À la section « C », le médecin indique les raisons qui motivent la poursuite des traitements lorsqu'il la recommande. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles recherchées en lien avec les constatations rapportées en « 1 ». Ces objectifs doivent témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non des symptômes résiduels.
3. Date prévue de la prochaine visite médicale.

Lorsque l'avis motivé est complété et signé, le médecin l'expédie sans délai à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie à son patient, par le moyen de son choix ou celui convenu avec cet intervenant.

09900 Pour la rédaction complète et l'expédition
du formulaire d'avis motivé prescrit par la Commission
à l'intervenant de la santé qui prodigue les traitements
au travailleur, avant la première des deux échéances suivantes :
huit (8) semaines de la prise en charge par l'intervenant
de la santé ou trente (30) traitements.....110,00 \$

20. CERTIFICAT MÉDICAL DU PLONGEUR PROFESSIONNEL

Il s'agit du certificat délivré après examen, par le médecin de plongée de niveau I ou de niveau II, indiquant si l'état de santé du plongeur professionnel le rend apte à plonger professionnellement et si cette personne présente des restrictions susceptibles de limiter ses activités à titre de plongeur, le tout selon les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et son règlement concerné.

A venir rédaction et remise sans délai au travailleur
du certificat médical du plongeur professionnel.....110,00 \$

AVIS : Ce nouveau service médico-administratif entrera en vigueur à la date fixée par la Gazette officielle puisque ce service requiert une modification au Règlement sur la santé et la sécurité au travail. Nous vous informerons du nouveau code d'acte dans une prochaine infolettre.

21. RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULO-SQUELETTIQUE (AUTRE QU'UNE LOMBALGIE)

Il s'agit d'activités professionnelles faisant suite à l'examen au cours duquel le médecin prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle musculo-squelettique autre qu'une lombalgie. Celles-ci comprennent notamment :

- la rédaction de la fiche d'évaluation relative à la lésion musculo-squelettique;
- l'évaluation avec le travailleur de l'impact de sa lésion sur les activités que celui-ci peut accomplir et, le cas échéant, de l'intérêt et des possibilités pour lui de retourner au travail, même à des tâches modifiées, eu égard à sa condition;
- la prise du prochain rendez-vous fixé avec le travailleur, pour la réévaluation de sa condition.

09955 pour la rédaction de la fiche d'évaluation prescrite par la Commission, l'évaluation des impacts de la lésion avec le travailleur, la fixation du rendez-vous suivant et la transmission sans délai de la fiche à la Commission.....50,00 \$

AVIS: Pour facturer le rapport de suivi, le médecin doit préalablement avoir rencontré le travailleur et facturé l'un des codes suivants : 09926, 09927 ou 09928.