

L'avis motivé à la CSST

LE CODE POUR l'avis motivé à la CSST, qui a vu le jour il y a quelques années, donne encore lieu à des questions de la part des médecins. Nous tentons justement de répondre à ces questions.

Situation au Canada

Le Québec serait la province au sein de laquelle le nombre de traitements de physiothérapie pour une lésion professionnelle est le plus élevé. Pourtant, en ce qui a trait à la physiothérapie, la responsabilité de paiement des caisses d'assurance pour des accidents du travail est la même. Elle se limite à ce qui est nécessaire pour retrouver la fonction, tant au Québec que dans le reste du Canada. Les traitements de confort sont à la charge des travailleurs. Les organismes des autres provinces qui jouent le même rôle que la CSST font respecter cette distinction en fixant une limite au nombre de traitements qu'ils remboursent. Pour sa part, la CSST s'en remet au jugement du médecin.

Rôle de l'avis motivé

L'avis motivé à la CSST (code 09900) sert à s'assurer qu'après un nombre ou une durée prédéterminée de traitements (soit trente traitements ou huit semaines, selon ce qui arrive en premier), le médecin du travailleur s'interroge sur la pertinence de continuer la physiothérapie ou l'ergothérapie. Dans la première section, le médecin est invité à faire le bilan des améliorations fonctionnelles obtenues depuis le début du traitement de la lésion professionnelle. Vous remarquerez que le libellé spécifie qu'il n'est pas question ici des symptômes résiduels, comme la douleur.

La deuxième section comporte trois sous-sections : A, B et C. La sous-section A traite de la physiothérapie. Le médecin doit y énoncer ses recommandations

Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

sur le maintien des traitements de physiothérapie, ou, en l'absence de tels traitements, indiquer s'ils seront nécessaires dans l'avenir et quand. La sous-section B parle d'ergothérapie. Le médecin doit se prononcer de la même façon qu'en A.

À titre d'exemple, un médecin peut prévoir que le patient devra subir une intervention chirurgicale et que de la physiothérapie sera nécessaire par la suite. Il peut aussi prévoir si, après la fin de la physiothérapie visant à retrouver la mobilité d'un doigt à la suite d'une entorse, un travailleur aura besoin d'ergothérapie pour que sa main redevienne pleinement fonctionnelle.

Lorsque le médecin recommande la poursuite de traitements en cours ou indique que des traitements ultérieurs seront exigés, il doit remplir la sous-section C en y indiquant pourquoi les traitements recommandés sont nécessaires et spécifiquement quelles sont les améliorations fonctionnelles recherchées.

Enfin, il doit inscrire la date de la prochaine visite médicale et transmettre une copie de son avis à l'intervenant de la santé (physiothérapeute ou ergothérapeute) qui offre des services au travailleur.

Nature des problèmes visés

Toutes les lésions professionnelles musculosquelettiques pour lesquelles des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ont été prescrits par le médecin qui a charge peuvent faire l'objet d'un avis motivé, sous réserve des délais ou du nombre de traitements convenus.

Particularités

L'avis motivé à la CSST constitue un outil pour s'assurer que le médecin du travailleur vérifie s'il est utile de continuer des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. Ses exigences sont donc différentes de celles de la majorité des formulaires de la

(Suite à la page 87) >>>>

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Centres particuliers et Annexes

En fin... la facturation noir sur blanc

◀◀◀ (Suite de la page 88)

CSST que les médecins remplissent couramment. Ces différences expliquent peut-être la confusion de certains en ce qui a trait aux exigences du formulaire.

Délai préétabli

D'abord, contrairement à la plupart des rapports transmis à la CSST, la date de rédaction du formulaire n'est pas au choix du médecin. Le libellé prévoit que le formulaire doit être rempli après trente traitements ou huit semaines de traitement. Cette limite a été établie en fonction de la littérature médicale qui semble montrer qu'au-delà de cette balise les traitements ont peu d'effet.

Démarche à la demande d'un autre professionnel

Le médecin peut connaître la durée du traitement, mais il est moins souvent au courant du nombre exact de traitements prodigués. C'est pourquoi la CSST a choisi de confier au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute la responsabilité de se soucier de l'atteinte de la limite établie. C'est donc le professionnel qui donne des traitements au patient qui transmet le formulaire au médecin qui a charge. Plus souvent, il remettra le formulaire au patient et lui demandera de le faire remplir par son médecin.

Le médecin du travailleur peut toujours, dès la prescription d'un traitement physique, fixer un rendez-vous de suivi huit semaines plus tard. Comme l'évolution des problèmes musculosquelettiques peut être imprévisible, il pourra devoir annuler le rendez-vous si le patient va bien ou le devancer d'une ou deux semaines plus tôt si les traitements se font plus rapidement que prévus. Il ne semble donc pas y avoir de solution parfaite pour gérer cette situation.

Démarche unique

De plus, le formulaire ne doit être rempli qu'une seule fois par problème pour un patient donné, sans égard au nombre de médecins qui assurent le suivi. Par la suite, si l'évolution de l'état du travailleur modifie la nature ou la durée des soins, le médecin peut

toujours remplir un rapport d'évolution (code 09928), qu'il devra ensuite acheminer à la CSST. En tout temps, advenant que les médecins de la CSST s'interrogent sur le suivi du patient, ils peuvent demander des précisions au médecin qui a charge du travailleur, ce qui pourra donner lieu au rapport d'information médicale complémentaire écrit (code 09929).

Formulaire à retourner à l'autre professionnel

Enfin, comme nous l'avons évoqué, l'avis est envoyé au professionnel de la santé qui prodigue les traitements au patient et non à la CSST. Le médecin devrait en garder une copie au dossier.

Exigences lors de la facturation

La CSST a transmis des conditions de validation à la RAMQ. Elle exige notamment qu'un médecin ait antérieurement réclamé la rémunération pour un code médicoadministratif concernant le patient (rapport de prise en charge ou d'évolution). Elle s'assure ainsi que le travailleur est traité pour une lésion professionnelle et qu'il fait l'objet d'un certain suivi.

Il n'est pas nécessaire que le patient ait été suivi systématiquement par le médecin qui est l'auteur de l'avis motivé. Toutefois, le médecin qui remplit le formulaire doit pouvoir comparer l'état actuel et antérieur du patient pour mesurer l'atteinte des objectifs de traitement. Dans un contexte de pratique de groupe, un médecin remplaçant a généralement accès au dossier de son collègue et pourrait donc comparer la situation actuelle à la situation de départ, lorsque cette dernière est décrite au dossier.

Ces contraintes peuvent en irriter certains ou compliquer la gestion des rendez-vous des patients qui atteignent les limites énoncées. Il n'en demeure pas moins qu'elles découlent du cadre mis de l'avant par la CSST.

Ces contraintes peuvent en irriter certains ou compliquer la gestion des rendez-vous des patients qui atteignent les limites énoncées. Il n'en demeure pas moins qu'elles découlent du cadre mis de l'avant par la CSST.

VOUS Y VOYEZ PLUS CLAIR ? Le mois prochain, nous traiterons de quelques dernières particularités en ce qui touche la CSST. D'ici là, bonne facturation !

L'avis motivé est exigé au plus une seule fois durant l'évolution d'un travailleur pour un même problème, sans égard au nombre de médecins qui assurent le suivi.

Généralités

Cabinet et domicile

Établissement

Tarif horaire

Honoraires fixes

Codes spécifiques

Ententes particulières et Annexes