

# RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE ET CODES DE COMPLEXITÉ

Michel Desrosiers

Les omnipraticiens remplissent parfois des rapports d'évaluation médicale de la CSST qui font état des séquelles permanentes dont souffre un travailleur à la suite de la consolidation de sa lésion professionnelle. Il arrive souvent que les médecins se demandent alors s'ils peuvent se prévaloir de la rémunération supplémentaire par un code de complexité dans ce contexte. La CSST a formalisé sa politique à cet égard. Parlons-en !

Le rapport d'évaluation médicale doit être rempli par le médecin qui a charge ou son substitut lorsqu'un travailleur conserve des séquelles en raison d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Le « médecin qui a charge » est celui que le travailleur a choisi pour lui prodiguer les soins qu'exige sa lésion professionnelle. Le « médecin substitut » est celui qui remplace le médecin qui a charge pour assurer le suivi ou pour remplir le rapport d'évaluation médicale au choix du travailleur ou à la demande du médecin qui a charge.

La CSST peut aussi désigner un médecin pour la rédaction du rapport lorsqu'elle désire obtenir un avis complémentaire concernant une lésion professionnelle. Elle choisit alors le médecin qui fera l'évaluation, plutôt que ce soit le médecin qui a charge ou le travailleur qui le fasse. Cette évaluation pourra se faire selon l'horaire normal des choses ou de façon urgente.

La Fédération et la CSST ont convenu d'un tarif de 360 \$ (code 09944) pour la rédaction d'un rapport d'évaluation médicale par le médecin qui a charge ou son substitut. Des tarifs distincts prévalent lorsque les rapports sont remplis par un médecin désigné par la CSST. Les codes sont alors 09978 et 09946 (évaluation d'urgence), et les tarifs sont respectivement de 740 \$ et de 575 \$.

La CSST ne choisit généralement pas des omnipraticiens pour effectuer ces évaluations. C'est donc en tant que médecin qui a charge ou substitut de ce dernier que les omnipraticiens rempliront habituellement un rapport portant sur des séquelles simples, comme une cicatrice,

ou sur des problèmes plus complexes. Malgré la variété possible de situations qui peuvent faire l'objet d'un rapport, le tarif, selon le rôle que remplit le médecin, est fixe. Le recours à des codes de complexité qui majorent la rémunération pour la rédaction du rapport permet de moduler la rétribution en fonction des diverses situations possibles, tant pour le médecin qui a charge que pour le médecin désigné.

**Le code de complexité est exceptionnel. Son attribution et son taux sont établis par le médecin-conseil de la CSST responsable du dossier.**

**Des critères ont été établis par la CSST pour autoriser l'application d'un code de complexité, mais l'existence de ces codes n'élimine pas le besoin de communiquer avec un médecin de la CSST.**

non participant pour la rédaction du rapport.

Il existe trois codes de complexité qui se distinguent simplement par le montant prévu et le code de facturation. Il s'agit des codes 09947, 09948 et 09949. Leurs tarifs sont respectivement de 55 \$, 100 \$ et 155 \$. Un seul peut s'appliquer à un rapport d'évaluation médicale.

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

## LES CRITÈRES DE LA CSST

La CSST a arrêté des critères objectifs pour guider les médecins-conseils appelés à répondre aux demandes des médecins évaluateurs. Ces critères peuvent aussi servir de guide aux médecins qui remplissent les rapports d'évaluation médicale, question de savoir quand le médecin-conseil pourrait les autoriser à réclamer un supplément. Les voici donc:

### CODE 09947

Ce code de complexité peut s'appliquer à deux situations :

- un dossier de traumatisme craniocérébral exigeant un examen neurologique complet effectué par un médecin évaluateur qui n'est ni un neurologue ni un neurochirurgien ;
- un dossier exigeant l'évaluation de trois lésions\* (autres qu'un traumatisme craniocérébral ou une «lésion psychiatrique») par le même médecin.

### CODE 09948

Ce code de complexité peut s'appliquer à trois situations :

- un dossier exigeant l'évaluation d'au moins deux lésions par le même médecin, une étant un traumatisme craniocérébral ;
- une évaluation dont la durée s'est prolongée de façon exceptionnelle en raison de facteurs humains (présence d'un interprète, agressivité du patient, recours à un gardien de sécurité ou autre situation comparable) ;
- l'examen mental complet d'une «lésion psychiatrique» effectué par un évaluateur qui n'est pas un psychiatre.

### CODE 09949

Ce code de complexité peut s'appliquer à trois situations :

- une évaluation de deux lésions par le même évaluateur, dont au moins une est une «lésion psychiatrique» ;
- un dossier pour lequel le médecin évaluateur (celui qui a charge ou son substitut) doit se déplacer auprès du travailleur pour faire l'évaluation ;
- tout dossier comportant un des diagnostics suivants : fibromyalgie, séquelles de l'échec d'une intervention chirurgicale du rachis, syndrome douloureux régional complexe ou polytraumatisme avec plus de trois lésions évaluées par le même médecin.

\* Quatre régions anatomiques sont reconnues aux fins de ce critère : poignet et main, cheville et pied, région cervicodorsale, région dorsolombaire.

## COMMENT DEMANDER SI UN CODE DE COMPLEXITÉ S'APPLIQUE À UN RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE ?

Le médecin qui effectue un rapport d'évaluation médicale et qui croit qu'un code de complexité devrait s'appliquer (en raison des critères énoncés ou du fait qu'il s'agit d'une situation comparable qui n'est pas prévue aux critères) doit communiquer par téléphone avec le médecin-conseil. Si ce dernier décide d'attribuer un code de complexité, il en informera le médecin-évaluateur et le notera au dossier du travailleur à la CSST. Il inscrira un avis contraire et en avisera le médecin-évaluateur s'il décide qu'aucun code ne s'applique.

**La facturation d'un code de complexité sans l'autorisation préalable de la CSST peut initialement donner lieu à un paiement de la RAMQ, mais faire l'objet d'une récupération plusieurs mois plus tard.**

## MISE EN GARDE

Notez que la RAMQ n'est pas informée de la décision du médecin-conseil. Le médecin qui réclamerait un code de complexité sans autorisation serait donc payé par la RAMQ, mais la somme ferait l'objet d'une validation subséquente. Après avoir effectué la conciliation des réclamations présentées par la RAMQ, la CSST pourrait refuser de rembourser la RAMQ pour des codes de complexité dont le paiement n'aurait pas été autorisé au préalable. La RAMQ récupérerait alors les montants versés aux médecins les ayant réclamés.

Le délai entre le paiement par la RAMQ et la conciliation des comptes par la CSST peut dépasser un an. La conciliation peut ainsi viser une période d'un an ou plus. La récupération qui en découle s'effectue en bloc, souvent sur un seul état de compte. Le médecin qui aurait fait plusieurs rapports d'évaluation médicale durant les mois précédents et qui aurait réclamé des codes de complexité sans l'autorisation requise pourrait être surpris de l'ampleur de la somme à rembourser.

## CONCLUSION

Les médecins qui veulent se prévaloir d'un code de complexité pour les rapports d'évaluation médicale remplis devraient s'assurer d'obtenir l'autorisation d'un médecin-conseil de la CSST avant de faire leur réclamation à la RAMQ.

Espérons que ces informations vous permettront de mieux comprendre les règles applicables à la facturation de ces services et contribueront à améliorer vos rapports avec la CSST. Le mois prochain, nous reviendrons sur la facturation selon les régimes A et B auprès des patients admis en soins de courte durée. D'ici là, bonne facturation ! //