

Les formulaires CSST – comment s'y retrouver ?

Votre rôle

par Paul Gélinas

Avant d'aborder le sujet même des formulaires médicaux, reculons un peu dans le temps. Nous apprendrons ainsi que depuis le 19 août 1985, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* accorde un rôle prépondérant aux médecins qui prennent en charge les travailleurs.

AFIN DE CONCRÉTISER ce rôle essentiel, le législateur a clairement précisé que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), dans son processus décisionnel, est liée aux opinions du « médecin qui prend en charge le travailleur » (médecin traitant) sur les cinq sujets de l'article 212.

- « 1° le diagnostic ;
2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion ;
3° la nature, la nécessité, la quantité suffisante 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. »

Afin d'assurer concrètement le respect de ces opinions, le législateur a enchâssé, au cœur même de la loi, une procédure d'évaluation médicale. Celle-ci circonscrit aussi bien le contenu des renseignements à fournir, les circonstances de production des rapports médicaux, les modalités et les délais de transmission de ces rapports que l'usage que doit en faire la Commission.

C'est aussi à partir des exigences très précises de la loi que la CSST élabore et révisé, en collaboration avec les représentants des fédérations médicales, le contenu et la présentation des formulaires médicaux.

Lequel, quand, comment, à qui ?

Saviez-vous que 85 % des dossiers sont réglés par la CSST en l'espace de 45 jours ? Par ailleurs, dans la majorité des cas,

Le Dr Paul Gélinas, omnipraticien, est médecin-conseil à la CSST au bureau régional Mauricie-Centre-du-Québec, à Trois-Rivières.

les données médicales nécessaires sont transmises uniquement sur cinq types de formulaires.

- l'attestation médicale (initiale et complémentaire) ;
- le rapport sommaire de prise en charge ;
- le rapport médical d'évolution ;
- le rapport d'information médicale complémentaire écrite ;
- le rapport final en deux parties : rapport final sommaire et rapport d'évaluation médicale.

Des données médicales détaillées, transmises au bon moment, permettent à la CSST de traiter une réclamation sans retard et de façon appropriée et d'éviter tout préjudice à votre patient.

Les formulaires le plus souvent utilisés

Attestation médicale – Code RAMQ 9926 (rapport vert)

- C'est la porte d'entrée du régime d'indemnisation.
- Le médecin doit la produire dès qu'il soupçonne qu'une lésion peut être d'origine professionnelle.

Contenu :

- le diagnostic précis ;
- la date ou la période prévisible de la consolidation ;
- la nature et la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés.

Le médecin remet toutes les copies au travailleur, sauf la sienne (qu'il doit garder dans ses dossiers). Le travailleur doit faire suivre les autres copies à son employeur et à la CSST.

Ce rapport est envoyé directement à l'employeur plutôt qu'au médecin qu'il a désigné.

Rapport sommaire de prise en charge – Code RAMQ 9927 (rapport brun)

- Ce rapport est produit par le médecin qui prend en charge le travailleur, dans les six jours qui suivent son premier examen,

si la consolidation prévisible dépasse 14 jours.

- Un exemplaire est gardé par le médecin traitant dans ses dossiers.
- Un exemplaire est envoyé par le médecin à la CSST.
- La case « Prise en charge » doit être cochée.
- Le médecin peut remettre une copie au travailleur.
- Les exemplaires destinés à l'employeur sont envoyés uniquement au médecin désigné par celui-ci et non à l'employeur directement (en raison de la confidentialité des informations que ce rapport contient).
- Il faut inscrire tous les renseignements demandés au sujet de la lésion ; le diagnostic le plus précis possible et toutes les autres informations détaillées.

Dès qu'un autre médecin prend en charge un travailleur, selon l'évolution ultérieure du dossier, il doit également produire, dans les six jours qui suivent son premier examen, un rapport de prise en charge.

Rapport d'évolution – Code RAMQ 9928 (rapport brun)

- Il s'agit du même formulaire que celui de la prise en charge, mais il faut cocher la case « Évolution ».
- Ce formulaire est rempli en cas de changement de diagnostic ou d'évolution importante de la lésion professionnelle.
- Il permet de suivre l'évolution médicale de la lésion et de connaître le plan de traitement et les investigations en cours.
- Les données sur la période de consolidation permettent à l'agent de la CSST d'octroyer les indemnités de salaire prévues par la loi.
- Le médecin garde un exemplaire dans ses dossiers et en remet un au travailleur. Les autres sont envoyés à la CSST.

Rapport final – Code RAMQ 9930 (rapport bleu)

- Le médecin traitant y indique le diagnostic final de la lésion professionnelle.
- Il précise la date de consolidation, l'existence ou non d'une atteinte permanente et l'existence ou non de limitations fonctionnelles résultant de la lésion.
- Il indique également si les limitations fonctionnelles antérieures se sont aggravées.
- Il précise s'il compte ou non produire un rapport d'évaluation médicale, en conformité avec le barème des dommages corporels.
- Il précise également si le travailleur a été adressé à un autre médecin. Le cas échéant, il indique son nom.
- Il doit informer immédiatement le travailleur du contenu de ce rapport. Il lui en remet un exemplaire et il en envoie un autre à la CSST. Il garde une copie dans ses dossiers.
- Quant aux copies qu'il faut envoyer à l'employeur, la même prudence s'impose sur le plan de la confidentialité.

Rapport d'information médicale complémentaire écrite – Code RAMQ 9929

- Demande faite par la CSST dans le but d'obtenir un complément d'information sur la lésion professionnelle afin de mieux en comprendre l'évolution.
- Le médecin traitant doit retourner ce formulaire à la CSST dans les dix jours suivant la réception.

Rapport d'évaluation médicale (RÉM) – Code RAMQ 9944

- Formulaire à remplir une fois la lésion consolidée, lorsqu'il existe une atteinte permanente (selon le barème des dommages corporels) ou des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle.

Le rapport final informe la CSST de l'existence d'une atteinte permanente ou de limitations fonctionnelles tandis que le rapport d'évaluation médicale nous en précise la nature.

Ces données sont essentielles pour déterminer la capacité de travail ainsi que le besoin d'une réadaptation, et pour calculer le montant forfaitaire lié à l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (A.P.I.P.P.).

- Tout médecin peut fournir cette évaluation. On doit appliquer le règlement sur le barème des dommages corporels.
- Le médecin traitant du travailleur peut adresser celui-ci à un autre médecin.
- L'examen doit être détaillé et précis.
- Les limitations fonctionnelles doivent être permanentes et en lien avec la lésion professionnelle.

Lorsque la lésion professionnelle est plus grave et que les soins se prolongent, la CSST exige d'autres types de formulaires afin de cueillir l'information médicale nécessaire au suivi du dossier.

Rapport complémentaire – Code RAMQ 9909

Le rapport complémentaire est envoyé par la CSST ou par l'employeur au médecin traitant du travailleur, afin de lui demander d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des cinq sujets mentionnés à l'article 212 ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la CSST ou choisi par l'employeur.

Ce rapport doit être transmis à la Commission dans les 30 jours qui suivent la réception du rapport du professionnel de la santé désigné.

L'information médicale qui est communiquée dans ce rapport s'adresse au membre du Bureau d'évaluation médicale (BÉM) qui aura à statuer sur la lésion du patient. Le but est d'améliorer la qualité des renseignements soumis au BÉM.

Le médecin traitant est invité à utiliser le rapport complémentaire pour fournir des arguments à l'appui de son opinion, pour communiquer les données sur lesquelles il s'est

fondé et pour indiquer la démarche intellectuelle qui sous-tend ses conclusions.

Une information médicale complète est d'autant plus importante que les experts du BÉM peuvent se prononcer sur tous les autres aspects du dossier médical déposé.

Le médecin traitant doit toujours donner les raisons qui sous-tendent son opinion, qu'il soit ou non d'accord avec les conclusions du médecin désigné.

Rapport de consultation motivé – Code RAMQ 9910

Le rapport de consultation motivé consiste en une demande **d'opinion, faite par le médecin traitant du travailleur auprès d'un collègue, afin d'étayer les conclusions de son Rapport complémentaire**. Cette demande porte sur un ou plusieurs des cinq sujets déjà mentionnés dans le rapport complémentaire (article 212).

C'est le médecin traitant qui a la responsabilité de demander un rapport de consultation motivé, s'il le juge nécessaire, et de l'annexer à son rapport complémentaire qu'il doit transmettre à la CSST dans les 30 jours qui suivent la réception du rapport du professionnel de la santé désigné.

Assignation temporaire – Code RAMQ 9971

- Ce formulaire est rempli par le médecin traitant à la demande de l'employeur.
- L'assignation temporaire est le privilège de l'employeur.

Article 179

« L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou qu'il devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin traitant croit que :

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

Le travailleur peut contester l'assignation et, dans ce cas, il n'est pas tenu d'accomplir ce travail, tant que le rapport du médecin n'est pas confirmé par une décision finale.

Bilan médical téléphonique – Code RAMQ 9907

- Il est demandé par le médecin-conseil de la CSST.
- Il doit être effectué avec l'autorisation du travailleur.

Deux objectifs principaux :

- bonifier les renseignements médicaux consignés dans le dossier ;

- évaluer les possibilités de maintien du lien d'emploi entre un travailleur et son employeur (retour au travail avec restrictions, malgré l'absence de consolidation).

Cette politique peut favoriser un retour au travail prompt et durable et protège le droit du retour au travail chez le même employeur. Il s'agit de la meilleure garantie qu'un régime de santé et de sécurité du travail puisse offrir aux travailleurs et aux employeurs.

Prise en charge d'un patient présentant une lombalgie – Code RAMQ 9975

- Formulaire à remplir lors d'une première consultation en raison d'une lésion lombaire et seulement lors d'une première visite pour une même lésion.
- Des explications doivent être données au travailleur.
- Il faut lui remettre la brochure sur les lombalgies (« Tournez le dos à la lombalgie »).
- Il faut aussi lui remettre la vidéocassette sur les lombalgies ou la lui faire visionner.

Les gages de succès de la démarche

- Inscrire le diagnostic précis, en indiquant le siège de la lésion, et écrire lisiblement.
- Fournir tous les détails des évaluations ou des traitements en cours ou prévus, de même que leurs résultats.
- Lorsque l'état du travailleur le permet, contribuer au maintien du lien d'emploi.
- Produire le rapport final lorsque la lésion est consolidée et indiquer si elle a entraîné une atteinte permanente ou des limitations fonctionnelles permanentes.
- Si le rapport d'évaluation médicale n'est pas produit, diriger le travailleur vers un autre médecin et en aviser la CSST dans le rapport final.

LE LÉGISLATEUR vous a confié un rôle prépondérant en tant que médecin traitant du travailleur, assorti de responsabilités très précises dont les formulaires sont le reflet.

Ainsi, toute imprécision, tout délai ou toute erreur dans la production des rapports médicaux peuvent entraîner des retards dans le traitement d'une réclamation, causer préjudice à votre patient et entraver le fonctionnement du régime.

Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec le médecin-conseil du bureau régional de la Commission de votre région. ☎

Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par télécopieur au secrétariat de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec : (418) 666-0684.