

Politique 5.01

Les services des professionnels de la santé

Objectif

Préciser la nature des services des professionnels de la santé prévus dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) ainsi que les normes de paiement et de remboursement de ces services

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 2, 8, 188, 189(1), 192, 194, 196, 197 et 198

Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), article 170

Règlement sur l'assistance médicale (RAM), article 4(2)

Loi sur l'assurance maladie (LAM)

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (RALAM)

Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques

Résumé de la politique

Dans le cadre de l'assistance médicale, des services rendus par des professionnels de la santé sont accordés au travailleur ayant subi une lésion professionnelle. Les professionnels de la santé sont les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens. Ils sont regroupés en trois catégories : participant au régime public, désengagé du régime public et non participant au régime public. Les services rendus par les professionnels de la santé peuvent être assurés ou non assurés par le régime public.

Énoncés de la politique

1. Services des professionnels de la santé

1.1 Principes généraux

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur ayant subi une lésion professionnelle a droit aux services des professionnels de la santé de son choix lorsqu'ils sont requis par son état en raison de sa lésion professionnelle.

[LATMP, article 188](#)

[LATMP, article 189\(1\)](#)

[LATMP, article 192](#)

Ces services comprennent :

- Les services assurés par la LAM;
[Loi sur l'assurance maladie](#)
- Les services non assurés, comme précisé dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (RALAM). Certains services médicaux ne sont pas assurés lorsqu'ils sont rendus ailleurs que dans un centre hospitalier. D'autres services médicaux ne sont pas assurés, quel que soit l'endroit où ils sont rendus.
[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

Les frais d'assistance médicale sont à la charge de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La CNESST acquitte les honoraires des professionnels de la santé pour les services rendus selon les normes qu'elle a établies. Aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit en vertu de la LATMP. Un employeur ne peut assumer ces frais à la place de la CNESST.

[LATMP, article 194](#)

1.2 Désignation des professionnels de la santé

Dans cette politique, par « professionnels de la santé », on entend les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens au sens de la LAM, comme énoncé dans l'article 2 de la LATMP, ainsi que tout autre professionnel au sens du Code des professions et déterminé par règlement par la CNESST.

[LATMP, article 2](#)

1.3 Catégories de professionnels de la santé

La LAM circonscrit trois catégories de professionnels de la santé :

- Le **professionnel participant** au régime public :
Celui qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la LAM et qui est rémunéré suivant le tarif prévu à une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et son association professionnelle ou sa fédération. Le médecin participant, par exemple, est soumis aux ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ);
- Le **professionnel désengagé** du régime public :
Celui (autre qu'un pharmacien) qui exerce sa profession **en dehors** du régime public institué par la LAM, mais **qui accepte** d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente entre le MSSS et son association professionnelle ou sa fédération. Le médecin désengagé, par exemple, accepte d'être payé selon ce qui est prévu aux ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales;
- Le **professionnel non participant** au régime public :
Celui qui exerce sa profession **en dehors** du régime public institué par la LAM et **qui n'accepte pas** d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une entente entre le MSSS et son association professionnelle ou sa fédération. Le médecin non participant, par exemple, exerce en dehors du régime public et n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu aux ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales.

[Loi sur l'assurance maladie](#)

2. Services rendus par les médecins

2.1 Services médicaux assurés

Tous les services que rendent les médecins et qui sont requis du point de vue médical sont des services assurés dans le cadre du régime de l'assurance maladie du Québec, sauf les services non assurés précisés à l'article 22 du RALAM. Les services médicaux assurés sont rendus par des médecins omnipraticiens ou spécialistes dans les établissements publics de santé, dans les cabinets privés ou à domicile, en clinique privée. Ils comprennent notamment les examens, les consultations, les soins psychiatriques, les actes diagnostiques et thérapeutiques, la chirurgie, l'anesthésie et la radiologie.

[Loi sur l'assurance maladie](#)

[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

Normes de paiement des services médicaux assurés

Les services médicaux assurés rendus par un **médecin participant** (honoraires) sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) au tarif prévu aux ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales. La CNESST rembourse par la suite à la RAMQ les sommes versées à cet égard.

[LATMP, article 196](#)

[LATMP, article 197](#)

Lorsque les services médicaux assurés sont rendus par un **médecin désengagé ou non participant**, la CNESST assume directement le coût de ces services (honoraires) aux mêmes conditions que pour les médecins participants, c'est-à-dire selon les tarifs prévus aux ententes entre le MSSS et les fédérations médicales.

La CNESST peut payer en sus au médecin participant, désengagé ou non participant des frais pour le transport des échantillons biologiques prélevés en cabinet ou en clinique privée qui sont dirigés vers un établissement ou un laboratoire selon les coûts et les critères établis par règlement.

[Règlement abolissant les frais accessoires liés à la dispensation des services assurés et régissant les frais de transport des échantillons biologiques](#)

Si le service médical assuré est une chirurgie réalisée par un médecin non participant, la CNESST paie les honoraires du médecin selon les tarifs prévus aux ententes entre le MSSS et les fédérations médicales, ainsi que la composante technique sur la base de l'entente type conclue entre la CNESST et le MSSS relativement aux soins et aux traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de la LATMP.

2.2 Services médicaux non assurés

Certains services médicaux nommément spécifiés à l'article 22 du RALAM ne sont pas assurés lorsqu'ils sont rendus **ailleurs que dans un centre hospitalier** et d'autres ne sont pas assurés, **quel que soit l'endroit où ils sont rendus**.

[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

Normes de paiement des services médicaux non assurés

Les services médicaux qui ne sont pas assurés en vertu de la LAM ne peuvent pas être payés par la RAMQ. La CNESST acquitte ces services directement aux médecins (participants, désengagés ou non participants) lorsqu'ils sont **requis du point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle**.

Pour certains services médicaux non assurés **lorsqu'ils sont rendus à l'extérieur d'un centre hospitalier** (tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique), la CNESST signe des ententes avec des cliniques privées. La CNESST paie à la clinique qui offre ces services :

- les honoraires du médecin selon les tarifs prévus aux ententes entre le MSSS et les fédérations médicales;
- la composante technique selon la grille tarifaire de l'annexe 1 de la *Circulaire sur les tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation*, émise par le MSSS à la suite de l'entente entre la CNESST et le MSSS sur les coûts des soins ou des traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, pour la tomodensitométrie par ordinateur et la résonance magnétique, la CNESST paie la composante technique selon le contrat négocié avec les cliniques. À titre d'exemple, on peut trouver, dans la composante technique, le salaire du personnel autre que le médecin, les appareils, les instruments et le plateau de chirurgie (y compris les aiguilles).

Pour les services médicaux non assurés (par exemple, la correction d'une cicatrice localisée ailleurs qu'au visage ou au cou), **peu importe l'endroit où ils sont rendus et** requis du point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle, la CNESST acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable. De plus, elle informe le médecin qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

2.3 Services médico-administratifs

Les services médico-administratifs visés par la LATMP font aussi partie des services médicaux. Il s'agit de documents exigés par la CNESST pour la gestion des dossiers. Ces services comprennent notamment certaines évaluations médicales et la rédaction de rapports (attestation médicale, rapport final, rapport d'évaluation médicale, certificat visant le retrait préventif et affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite, etc.).

Normes de paiement des services médico-administratifs

Les **médecins participants** sont payés par la RAMQ au tarif prévu aux ententes conclues entre le MSSS et les fédérations médicales. Puis, la CNESST rembourse à la RAMQ les sommes versées à cet égard. Les **médecins**

désengagés ou non participants sont payés directement par la CNESST aux mêmes conditions que les médecins participants.

3. Services rendus par les dentistes

3.1 Services de chirurgie buccale assurés en centre hospitalier

Les services de chirurgie buccale sont assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie lorsqu'ils :

- sont déterminés par le [RALAM, à l'article 31](#);
[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)
- sont requis par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle;
- sont rendus dans un centre hospitalier du Québec par un dentiste autorisé à les rendre dans ce centre.

Normes de paiement des services de chirurgie buccale assurés en centre hospitalier

La CNESST rembourse à la RAMQ les frais pour les services assurés rendus par des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux en centre hospitalier.

Normes de paiement des services médico-administratifs fournis par les dentistes

Les dentistes peuvent agir comme professionnels de la santé qui ont charge dans le cadre d'une lésion dentaire et fournir les services médico-administratifs nécessaires à la gestion des dossiers des travailleurs. Ils peuvent ainsi remplir et expédier à la CNESST les rapports médicaux exigés par celle-ci et être rémunérés à cet effet. À défaut d'une entente particulière avec leur association ou fédération, la CNESST leur paiera le coût des services médico-administratifs aux mêmes conditions que pour les médecins.

3.2 Services de chirurgie buccale et services dentaires non assurés

Les services de chirurgie buccale non assurés en centre hospitalier, les services de chirurgie buccale rendus à l'extérieur d'un centre hospitalier et les services dentaires rendus à des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle sont des services non assurés.

[Loi sur l'assurance maladie](#)

[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

Normes de paiement des services de chirurgie buccale et des services dentaires non assurés

Les services qui ne sont pas assurés ne peuvent être payés par la RAMQ. La CNESST les acquitte directement aux dentistes lorsqu'ils sont requis du point de vue dentaire et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

La CNESST acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable. Pour ce faire, elle se réfère à la tarification de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec ou de la Fédération des dentistes spécialistes. De plus, elle informe le dentiste qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

Il est à noter que la CNESST acquitte également le coût d'achat et les frais d'ajustement, de réparation ou de renouvellement des prothèses dentaires devenues nécessaires à la suite d'une lésion professionnelle.

4. Services rendus par les optométristes

4.1 Services optométriques assurés et non assurés

La CNESST couvre tous les services optométriques, qu'ils soient assurés ou non assurés, lorsqu'ils sont requis du point de vue optométrique et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

[Loi sur l'assurance maladie](#)

Normes de paiement des services optométriques

À défaut d'une entente avec la RAMQ couvrant les services fournis à des travailleurs, la CNESST paie directement aux optométristes les coûts des services requis du point de vue optométrique et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

La CNESST acquitte les montants selon les tarifs négociés avec l'Association des optométristes du Québec (AOQ) pour les lentilles et les examens de la vue (honoraires). De plus, elle informe l'optométriste qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

Il est à noter que la CNESST n'assume pas les coûts des services optométriques rendus aux travailleurs en vertu de l'application de l'article 113 de la LATMP.

[LATMP, article 113](#)

Voir [politique 2.08 : Les frais divers](#)

Normes de paiement des services médico-administratifs fournis par les optométristes

Les optométristes peuvent agir comme professionnels de la santé qui ont charge dans le cadre d'une lésion oculaire et fournir les services médico-administratifs nécessaires à la gestion des dossiers des travailleurs. Ils peuvent ainsi remplir et expédier à la CNESST les rapports médicaux exigés par celle-ci et être rémunérés à cet effet. À défaut d'une entente particulière avec leur association, la CNESST leur paiera le coût des services médico-administratifs aux mêmes conditions que pour les médecins.

5. Services rendus par les pharmaciens

5.1 Services pharmaceutiques assurés et non assurés

La CNESST couvre tous les services pharmaceutiques, qu'ils soient assurés ou non assurés par le régime général d'assurance médicaments (RGAM), lorsqu'ils sont requis par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Normes de paiement des services pharmaceutiques

La CNESST acquitte les honoraires de services pharmaceutiques aux pharmaciens ou au travailleur, si ce dernier les a acquittés en pharmacie. Ces honoraires peuvent être inclus dans le prix de vente des médicaments ou facturés séparément (ex. : prolongement d'une ordonnance, mise en pilulier, supervision de prise de médicaments, opinion pharmaceutique, etc.).

La CNESST acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable en se référant, à titre comparatif, aux tarifs prévus à l'Annexe III de l'Entente entre l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et le MSSS.

6. Services des professionnels de la santé rendus hors du Québec

6.1 Lésion survenue hors du Québec

Lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle hors du Québec et que les conditions d'admissibilité énoncées à l'article 8 de la LATMP sont remplies, la CNESST assume les coûts des services des professionnels de la santé au tarif réel (les pièces justificatives et l'attestation du médecin sont nécessaires). La CNESST doit vérifier s'il existe une entente internationale entre la CNESST et le pays où est survenue la lésion. Les conditions à respecter, les coûts remboursés et les documents à remplir sont différents selon qu'il existe une entente ou pas.

[LATMP, article 8](#)

6.2 Lésion survenue au Québec dans une région frontalière

Lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle dans une région frontalière (c'est-à-dire une région du Québec située dans un rayon de moins de 80 km à partir d'un point de contact avec la province de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick ou de Terre-Neuve), la CNESST assume, avec préautorisation au travailleur, le coût des soins et des traitements reçus dans un centre hospitalier ainsi que des services des médecins, des dentistes, des optométristes ou des pharmaciens reçus hors du Québec, y compris, le cas échéant, le coût des fournitures et des frais accessoires qui y sont reliés, d'après ce qu'il en coûterait pour des soins, des traitements et des services

semblables en vertu des régimes publics d'assurance-hospitalisation (selon les tarifs de l'Entente interprovinciale en assurance santé) et d'assurance maladie en vigueur au Québec.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 4\(2\)](#)

6.3 Lésion survenue au Québec et soins disponibles au Québec alors que le travailleur choisit de recevoir ses traitements hors du Québec

La CNESST ne rembourse aucun montant pour des soins et des traitements au travailleur domicilié au Québec ayant subi une lésion professionnelle au Québec et qui décide, par choix personnel, de recevoir des soins et des traitements à l'extérieur du Québec alors que ceux-ci sont disponibles au Québec, sauf si le travailleur a subi la lésion professionnelle dans une région frontalière.

6.4 Lésion survenue au Québec et soins reçus hors du Québec alors que ceux-ci ne sont pas disponibles au Québec

Lorsque des soins ne sont pas disponibles au Québec, alors que la lésion est survenue au Québec, ce sont les règlements d'application de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* ou de la *Loi sur l'assurance maladie* qui s'appliquent. Le professionnel de la santé qui a charge du travailleur doit déposer une demande d'autorisation à la RAMQ afin que le travailleur puisse recevoir le remboursement des frais des soins hors Québec.

[Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie](#)

6.5 Lésion survenue au Québec et soins reçus hors du Québec alors que le travailleur est déménagé hors du Québec (y compris le travailleur migrant)

Lorsqu'un travailleur déménage dans une autre province ou un autre territoire, la CNESST assume, avec préautorisation au travailleur, le coût des services des professionnels de la santé reçus à l'extérieur du Québec selon les tarifs prévus pour des services semblables en vertu du régime public d'assurance maladie du Québec.

Si le travailleur déménage dans un pays avec lequel il existe une entente, la CNESST assume, avec préautorisation au travailleur, le coût des services des professionnels de la santé selon les conditions et modalités de paiement prévues à l'entente du pays concerné.

[LSST, article 170](#)

Si le travailleur déménage dans un pays avec lequel il n'y a pas d'entente, la CNESST assume, avec préautorisation au travailleur, le coût des services des professionnels de la santé selon les tarifs prévus pour des services semblables en vertu du régime public d'assurance maladie du Québec.