Services de santé connexes (PDC nº 12)

Autorité compétente : Directeur général, Politiques
Date d'entrée en vigueur 18 mai 2012
Numéro du document : 1065

Cette politique remplace la politique suivante de la MPPAC 2 : 2.2.21 Services de santé connexes – Généralités (PDC 12).

Table of Contents

Objectif
Politiques
Contexte
Objectifs et principes directeurs
Définitions
Admissibilité
Norme d'approbation
Approche fondée sur les besoins
Exigences concernant les ordonnances
Services courants du PDC 12
Approbation des services ne figurant pas dans les tableaux des avantages
Soins à domicile
Thérapie de groupe
Rendez-vous manqués
Fournisseurs
Prolongation du Traitement
Plans d'intervention
Programmes de natation et d'exercices
Gestion de la Douleur
Références

Objectif

La présente politique a pour objectif de fournir des directives sur la gamme de services et d'avantages offerts dans le cadre du Programme de choix 12 (PDC 12). L'objectif du présent document est d'énoncer la politique, de fournir des directives et d'établir les principes de base à mettre en application au moment des prises de décision concernant les questions touchant le PDC 12. La présente politique vise à donner des directives et ne doit pas être interprétée comme une liste de règles.

Politiques

Contexte

1. La présente section vise à montrer les liens qui existent entre les lois et règlements applicables et les principes en matière de politique énoncés dans ce document.
2. La Partie I du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* (RSSAC) confère le pouvoir d'offrir des « avantages médicaux »; les articles 3-5 décrivent les critères d'admissibilité, les avantages inclus et les taux payables. La Partie IV contient des dispositions générales qui devront être suivies dans l'administration du RSSAC.
3. De même, la Partie II de la *Loi sur le bien-être des vétérans* (LBV) et du *Règlement sur le bien-être des vétérans* confère le pouvoir d'offrir des « services de réadaptation », et décrit les critères d'admissibilité ainsi que les principes applicables et autres facteurs.
4. La présente politique donne des lignes directrices concernant l'approbation de services de santé connexes, c'est-à-dire les types de services offerts par les professionnels de la santé autres que les médecins, les dentistes et le personnel infirmier. Ce regroupement de services de santé connexes est communément appelé Programme de choix 12 (PDC 12). Les services décrits dans la présente politique sont offerts aux clients comme « avantages médicaux » en vertu des dispositions du RSSAC et/ou comme « services de réadaptation » en vertu des dispositions du *Loi sur le bien-être des vétérans et règlement*.

Objectifs et principes directeurs

5. L'objectif de la politique en matière de programme de services de santé connexes est d'offrir aux clients une gamme de services de santé professionnels visant à améliorer, rétablir, et maintenir la santé physique et mentale.
6. Les principes directeurs du programme des services de santé connexes sont les Suivants :
    a. Les services offerts dans le cadre de ce programme sont reconnus par ACC comme des traitements fondés sur l'expérience clinique et ayant une efficacité démontrée, de sorte qu'on peut raisonnablement s'attendre à des résultats positifs.
    b. La prestation de services sera axée sur la satisfaction des besoins du client en prenant en considération les résultats spécifiques recherchés.
    c. Les services doivent être fournis dans les meilleurs délais possibles.
    d. Du fait que les clients présentent des besoins multiples nécessitant une large gamme d'interventions et qu'ils peuvent avoir besoin d'aide pour accéder aux services, les décideurs veilleront à ce que les services de gestion de cas soient offerts de façon appropriée.

Définitions

7. a. **Aiguë** signifie une maladie de courte durée. Les soins de courte durée ont des chances raisonnables de donner des résultats positifs. Les symptômes apparaissent ou changent rapidement.
    b. **Chronique** signifie que l'affection existe depuis au moins six mois. On s'attend généralement que les signes et les symptômes persisteront malgré les soins médicaux, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite. Une affection chronique est permanente et persistante sur une période prolongée; elle ne se guérit pas facilement ni rapidement.
    c. **Thérapie de groupe** signifie une forme de thérapie ou de traitement dans le cadre desquels un ou plusieurs thérapeutes soignent un petit nombre de patients réunis en groupe.
    d. **Traitement à la maison** signifie qu'un professionnel de la santé donne le traitement ou fournit les services de santé au domicile du client.
    e. **Thérapie de suivi** signifie généralement une thérapie permanente appliquée à une affection chronique. Cela signifie que le but de la thérapie n'est pas de s'attaquer à la phase aiguë ou de poussée d'une affection. La thérapie de suivi doit produire un effet susceptible de minimiser ou de prévenir la dégradation de la santé. Dans certains cas, le suivi serait un résultat raisonnable.

f. **Ordonnance** signifie un ordre écrit ou verbal par un professionnel de la santé autorisé à prescrire dans le territoire où il exerce et qui décrit le traitement ou les services recommandés en fonction des besoins de santé du client.
g. **Résultat de traitement positif** signifie un résultat escompté du point de vue de l'amélioration, du rétablissement ou du maintien de la santé. Il peut s'agir du ralentissement de l'aggravation d'une affection, ou de mesures de gestion de la douleur. Compte tenu de la situation du client, le retour à un niveau raisonnable de fonctionnement quotidien constituerait un résultat de traitement positif. Dans certains cas, une thérapie de suivi pourrait être considérée comme un résultat de traitement positif.
h. **Fournisseur** signifie un professionnel de la santé approuvé par le ministre conformément à la politique établie dans la politique d'Approbation des professionnels de la santé.
i. **Les services de santé connexes** sont les services offerts par les professionnels de la santé autres que les médecins, les dentistes et le personnel infirmier. Ces services incluent généralement, mais non exclusivement, ceux offerts par des professionnels de la santé, tels que les chiropraticiens, les massothérapeutes, les acupuncteurs, les physiothérapeutes, les podologues, les podiatres, les ostéopathes, les ergothérapeutes, les audiothérapeutes, les orthophonistes et les psychologues.

Admissibilité

8. Les clients admissibles sont les clients qui ont droit aux avantages médicaux en vertu du RSSAC et les clients qui sont admissibles à des services de réadaptation en vertu de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Norme d'approbation

9. Les principes suivants s'appliquent :
    a. **Pour les clients de la catégorie A** : Le service ou l'avantage fourni doit correspondre à l'affection indemnisée. (Consulter la politique «Traitement à l'égard d'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité»).
    b. **Pour les clients de la catégorie B** : Le besoin du service ou de l'avantage demandé doit être clairement établi. Les services et les prestations du PDC 12 peuvent alors être approuvés dans la mesure où le ou les services demandés ne sont pas offerts au client à titre de militaire ou d'ancien membre39 des FC ou que le service ne fait pas partie des services assurés par le régime de soins de santé de la province où il réside.
    c. **Pour les clients du Programme de réadaptation** : La nécessité du service ou de l'avantage demandé doit être établie par une évaluation des besoins de réadaptation et être incluse dans un plan de réadaptation approuvé.

Approche fondée sur les besoins

10. On accordera aux clients admissibles des services offerts dans le cadre du programme PDC 12 en fonction du besoin établi.
11. En général, le besoin est établi :
    a. lorsque le service est prescrit par le médecin traitant; ou
    b. lorsque le service s'inscrit dans un plan approuvé du Programme de réadaptation; ou
    c. lorsque le service s'inscrit dans un plan d'intervention d'ACC visant un client qui n'est pas en réadaptation et qui fait l'objet d'une gestion de cas.
12. Lorsqu'un besoin de services ou d'avantages est établi et appuyé dans un plan d'intervention d'ACC ou dans un plan du Programme de réadaptation approuvé, les clients n'ont pas à présenter une ordonnance

pour que le service leur soit accordé. Le bien-fondé du besoin est plutôt confirmé par le décideur à la lumière des éléments de preuves fournis.

13. En l'absence d'une ordonnance, d'un plan de gestion de cas d'ACC ou d'un programme de réadaptation, il **serait** raisonnable d'approuver les services lorsque le besoin a été établi par d'autres moyens (par exemple, un plan d'intervention, l'évaluation par ACC ou par d'autres professionnels de la santé, etc.).

Exigences concernant les ordonnances

14. La disposition qui suit ne s'applique que lorsqu'il n'existe aucune exigence juridique concernant une ordonnance (p. ex., produits pharmaceutiques visés par le *RSSAC*, paragraphe 4[c]).
15. Les exigences concernant une ordonnance indiquées au tableau des avantages du PDC 12 peuvent être ignorées lorsque le besoin et le bien-fondé ont été établis par un autre moyen. Voici quelques exemples à cet égard :
    a. les clients qui n'ont pas de médecin de famille et qui se présentent à ACC avec un besoin de traitement démontrable; ou
    b. les clients des Forces canadiennes en transition et qui suivent déjà une série de traitements approuvés par les FC; ou
    c. dans les cas où l'exigence d'une ordonnance/recommandation porterait indûment préjudice au client ou causerait des retards dans la prestation du service.

Services courants du PDC 12

16. Les services habituellement disponibles dans le cadre du présent Programme apparaissent aux tableaux des avantages des services de santé connexes. Lorsque l'admissibilité et le besoin ont été établis, ces services peuvent être approuvés.

Approbation des services ne figurant pas dans les tableaux des avantages

17. Les services qui ne figurent pas dans les tableaux des avantages peuvent être approuvés dans les cas où, à la lumière de certains renseignements et d'une justification médicale en provenance du dispensateur de soins traitant, l'autorité ministérielle est d'avis que :
    a. le service peut être admissible à titre service de santé connexe;et
    b. le service est nécessaire sur le plan clinique, pour le maintien de l'état de santé du client; ou
    c. l'absence du traitement en cause aurait des effets négatifs sur l'affection ou l'état de santé général du client; ou
    d. aucun autre traitement acceptable sur le plan clinique n'est disponible dans ce cas-ci; ou
    e. lorsqu'il existe d'autres facteurs tout aussi importants.
18. Dans tous les cas, il est souhaitable de disposer d'une justification clinique indiquant que le client est un bon candidat pour le service proposé et que les mesures proposées ne sont pas censées avoir d'effets négatifs sur l'état de santé de cette personne.

Soins à domicile

19. Le paiement des soins à domicile offerts par des fournisseurs peut être approuvé par ACC. Ces paiements sont effectués à la condition que les fournisseurs démontrent à la satisfaction du responsable désigné d'ACC que le client a besoin de services médicaux et que ces services ne peuvent pas être fournis dans une clinique externe (parce que la santé ou l'affection du client ne lui permet pas de se rendre au lieu d'affaires habituel du fournisseur des soins, par exemple).

a. Les frais relatifs aux avantages médicaux à domicile offerts en vertu du RSSAC doivent être réglés conformément à l'article 5 dudit règlement.
b. Le paiement des services de traitement à domicile fournis aux clients du Programme de réadaptation en vertu de la *Loi sur le bien-être des vétérans* devrait raisonnablement être effectué selon le tarif normalement demandé aux clients qui ne sont pas des anciens combattants.

Thérapie de groupe

20. La thérapie ou les services de groupe peuvent être pris en charge par ACC lorsque le fournisseur du client juge qu'il s'agit d'une modalité de traitement appropriée et lorsque l'animation d'une thérapie de groupe relève de la pratique du fournisseur.

Rendez-vous manqués

21. En règle générale, il incombe au client de rembourser aux fournisseurs les coûts liés à un rendez-vous manqué.

Fournisseurs

22. Les services prévus dans le cadre de ce programme doivent être fournis par des professionnels de la santé. Selon la définition du RSSAC, un professionnel de la santé est un médecin, un dentiste, une infirmière ou tout autre praticien de la santé approuvé par le ministre. Dans la plupart des cas, les services de santé connexes sont offerts par des praticiens de la santé autres que des médecins, des dentistes ou des infirmières. Les fournisseurs doivent donc être des praticiens de la santé approuvés par ACC. L'approbation des praticiens de la santé est assujettie aux dispositions de la politique énoncée au présent chapitre, relativement aux groupes de professionnels de la santé.

Prolongation du Traitement

23. Les tableaux des avantages et les précisions dont fait état le présent document doivent être utilisés comme prévu; il s'agit là de lignes directrices fixées à des niveaux où les besoins de la majorité des clients seront satisfaits la plupart du temps. Lorsque des séances additionnelles sont justifiées, les clients sont admissibles aux services qui répondront à leurs besoins. Les objectifs et les principes directeurs définis à la section 5 de la présente politique sont les facteurs à prendre en considération lors de l'examen des demandes de prolongation des avantages au-delà de la période initialement prévue.
24. En plus des objectifs et des principes directeurs décrits à la section 5 de la présente politique, il faut appliquer les principes suivants au moment de prendre une décision concernant la prolongation des traitements :
    a. Les demandes de prolongation des traitements au-delà de la période initialement prévue doivent en principe tenir compte du plan d'intervention établi par le professionnel de la santé qui assure les services.
    b. La thérapie additionnelle doit ajouter de la valeur. S'il n'est pas démontré que des séances additionnelles donneraient des résultats positifs, il serait inapproprié de les approuver.

Plans d'intervention

25. En règle générale, le plan d'intervention doit démontrer dans quelle mesure l'intervention a été et continuera à être efficace dans l'atteinte des résultats escomptés.

26. Les plans d’intervention doivent faire ce qui suit :
    a. Définir un résultat de traitement escompté. Les exemples de résultats particuliers incluent, sans toutefois s’y limiter, les suivants :
        i. Soulagement de la douleur afin que le client puisse retourner au travail à temps partiel.
        ii. Rétablissement de l’amplitude articulaire normale dans l’épaule gauche.
        iii. Augmentation de la mobilité ou de la souplesse, de sorte que le patient soit en mesure de passer sans aide de son fauteuil roulant à son lit.
        iv. Maintien de la capacité de composer avec l’anxiété sans l’aide de médicaments.
    b. Décrire comment les progrès sont mesurés. Le plan d’intervention doit renfermer des renseignements tels que les suivants :
        i. Quel est l’état de l’affection du client au début du traitement?
        ii. Comment cet état a-t-il été mesuré?
        iii. Comment a-t-il évolué?
        iv. Dans quelle mesure les séances additionnelles donneraient-elles des résultats satisfaisants et pourquoi?
        Exemples de mesures des résultats :
        Le degré de douleur du patient passe de 5 à 3 sur l’échelle de la douleur.
        Le patient est en mesure de rester assis pendant six heures, plutôt que trois heures comme c’est le cas actuellement.
    c. Démontrer que les résultats souhaités sont réalisables et raisonnables compte tenu de la situation du client.
    Un plan d’intervention doit indiquer qu’on a tenu compte des renseignements connus concernant les obstacles physiques, cognitifs, sociaux et environnementaux auxquels le client fait face. Par exemple, dans le cas d’un client souffrant d’une affection dégénérative comme la sclérose en plaques, le fait de quitter de façon indépendante son fauteuil roulant pour une période d’un mois peut se rélever un objectif.
    d. Établir une structure temporelle.
    Idéalement, le plan d’intervention doit établir un certain contexte en rapport avec la structure temporelle. Par exemple :
        i. Quelle serait la fréquence des traitements?
        ii. Quelle est la durée du traitement?
    e. Autres considérations
    Les critères ci-après peuvent être des éléments importants à prendre en considération lors de l’examen d’une demande de prolongation du traitement. Cependant, ces renseignements ne figurent pas nécessairement dans le plan d’intervention. Il serait donc utile de consulter le dossier du client ou d’autres documents relatifs au traitement et si les circonstances l’exigent de demander l’avis d’un médecin ou d’un autre professionnel de la santé.
        i. Les soins demandés sont-ils mieux adaptés au traitement de l’affection?
        ii. Selon la conclusion de l’examen, l’arrêt du traitement aurait-il une incidence négative sur l’autonomie ou l’état de santé du client?
        iii. A-t-on véritablement envisagé d’autres solutions, comme les programmes d’exercices à domicile, les programmes d’aide communautaire, etc. (s’il y a lieu)?

Programmes de natation et d'exercices

27. Les programmes de natation et d’exercices sont offerts aux clients qui ont besoin de tels programmes pour satisfaire à un besoin thérapeutique défini. En général, ces programmes ne sont pas approuvés lorsqu’ils ne servent qu’au conditionnement régulier, ou qu’à des fins préventives.

28. Les programmes de natation et d’exercices sont approuvés par ACC dans les cas suivants:
    a. le programme fait partie d'un plan de réadaptation structuré où il est nécessaire à un traitement de réadaptation faisant suite à une maladie aiguë ou la poussée aiguë d'une maladie chronique n'exigeant qu'un programme de réadaptation de courte durée; et
    b. le programme a été élaboré par un praticien de la santé accrédité qui en assure le suivi signifie que le professionnel de la santé revoit régulièrement le programme et les progrès du client, et ajuste le programme en fonction des besoins; et
    c. la participation du client au programme se déroule sous la supervision immédiate du praticien de la santé accrédité qui a élaboré le programme ou d’une personne qui travaille sous la direction de ce dernier. La supervision immédiate signifie que le professionnel de la santé ou une autre personne désignée est présent pour offrir directives et soutien lorsque le client s’acquitte du plan d’exercices ou de natation prescrit.
29. Les demandes de prolongation du programme au-delà de la période initialement prévue sont approuvées s’il existe un besoin continu. En général, ACC exige que ces demandes soient accompagnées de documents à l’appui qui confirment la participation du client au programme et démontrent l’efficacité de l’intervention. Il importe d’appliquer les principes énoncés à la section 7 (prolongation du traitement) de la présente politique.

Gestion de la Douleur

30. Bon nombre des clients d’ACC sont aux prises avec une douleur chronique quelconque qui, de par sa nature, persistera généralement jusqu’à un certain point en dépit des interventions médicales. ACC offre aux clients une vaste gamme de services et d’interventions pour les aider à gérer leur douleur chronique.
31. Il importe, en plus de tenir compte des objectifs et des principes directeurs énoncés à la section 5 de la présente politique, d’appliquer les principes suivants au moment de décider mesures à prendre face aux questions de gestion de la douleur.
    1. le fait qu’une affection soit de nature chronique ne constitue pas un motif suffisant pour approuver ou refuser un service ou une intervention donné. Il faut plutôt prendre en considération le résultat que l’intervention est censée produire à l’égard de l’affection traitée, ainsi que des effets sur l’état de santé général du client.
    2. l’approbation du traitement à long terme d’une affection chronique doit être maintenue dans la mesure où des données probantes démontrent que le service entraîne un résultat positif.
    3. bien que les patients puissent souhaiter le soulagement de leurs symptômes, il s’agit peut-être là d’un résultat irréaliste. Le soulagement complet de la douleur chronique des patients est souvent impossible. Par conséquent, il faut envisager l’intégration de services de soutien susceptibles d’aider le client à composer avec sa douleur chronique et à la gérer (p. ex., programmes de gestion de la douleur).
32. Bien que les décideurs doivent s’appuyer sur les tableaux des avantages du PDC 12 et les directives énoncées dans le présent document, la prestation des avantages aux clients ne doit pas être restreinte indûment lorsque des données démontrent clairement qu’il convient de dépasser ces limites. La section du présent chapitre concernant la prolongation du traitement fournit une orientation concernant l’approbation des avantages courants d’ACC au-delà des limites fixées.
33. En plus des traitements médicaux et pharmacologiques et le recours aux thérapies complémentaires, d’autres interventions visant à aider les clients à composer avec leur douleur et à la gérer peuvent se révéler bénéfiques. Il est important d’évaluer les demandes répétées de prolongation des traitements, en vue de la transition vers des services de soutien susceptibles d’aider le client à gérer sa douleur chronique (p. ex., programmes de gestion de la douleur).

34. Les programmes de gestion de la douleur proposent différents types de services, et peuvent être offerts en consultation externe ou dans un hôpital ou un centre spécialisé.
35. Le type de programme de gestion de la douleur à approuver pour un client, y compris sa durée et son coût, est subordonné au besoin du client en question.
36. Les interventions, les services et les programmes de gestion de la douleur doivent être fournis aux clients comme il est indiqué dans un plan d'intervention d'ACC ou dans un plan du Programme de réadaptation. Les demandes de programmes de gestion de la douleur en provenance d'autres clients doivent être préalablement autorisées.

Références

Loi sur le bien-être des vétérans, partie II, articles 6-17*;*

Règlement sur le bien-être des vétérans, partie II, articles 6-16.

Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, articles articles 3-5, et partie IV

Traitement à l'égard d'une affection ouvrant droit à pension ou à une indemnité

Professionnels de la santé

Tableau des avantage - Services paramédicaux (PDC nº 12)