

Questions/Réponses

Allègement sur l'ordonnance médicale (AL, AAM, Prothèses) et reconnaissance des médecins internistes dans le cadre du règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique (ASDP)

Mise en contexte :

Le MSSS et la RAMQ ont convenu de surseoir de façon temporaire aux articles réglementaires du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (Règlement ASDP) rendant obligatoire l'ordonnance médicale d'un médecin spécialiste, ou d'un médecin détenant des privilèges de prescription, pour l'attribution des aides à la locomotion, des aides à la marche et des prothèses au Tarif des appareils suppléant à une déficience motrice et des services afférents assurés. Cette directive émise le 2 avril 2020, reconnaît également la compétence des médecins internistes au même titre que les pneumologues et cardiologues dans le cadre de l'application de l'article 53 par. 3^e du premier alinéa.

Une lettre de clarification sur cette directive a également été envoyée à l'ensemble des dispensateurs le vendredi 1^{er} mai.

Action à venir :

Cette action sera suivie du dépôt d'un projet de règlement aux autorités.

Voici, dans les pages suivantes, des questions fréquentes qui nous ont été acheminées et les réponses qui vous permettront de vous gouverner.

Si vous avez d'autres questions en lien avec cette directive, veuillez les soumettre par écrit à l'adresse :

assistance_selat.ramq@ssss.gouv.qc.ca

en précisant dans l'objet :

Question additionnelle Allègement OM (ASDP).

Tableau des Questions — Réponses sur les allègements du Règlement ASDP

Ajouts récents

Compétences médecins internistes	Il est mentionné que les médecins internistes peuvent dorénavant attester du déficit sévère au plan cardio-respiratoire (comme les pneumologues) lors de l'attribution d'un FMO sous l'article 53,3. Est-ce qu'ils peuvent aussi attester du déficit sévère au plan cardio-vasculaire ?	Oui. La reconnaissance de la compétence des médecins spécialistes en médecine interne par le Collège des médecins touche l'évaluation du système cardio-respiratoire. Ceci implique l'évaluation de la capacité cardio-vasculaire (cardiologie) et l'évaluation de la capacité pulmonaire (pneumologie).
Spécialités non reconnues au règlement ASDP	Est-ce que le médecin omnipraticien ou une spécialité médicale non reconnue au règlement ASDP (ex. : microbiologiste) peut référer directement l'utilisateur vers un SAT pour évaluation (par ergo ou physio du SAT) et attribution d'un appareil RAMQ.	Oui. Tout médecin peut référer un patient au SAT ou au laboratoire d'orthèses-prothèses. Lors de la prise en charge de la personne assurée au SAT ou au laboratoire, lorsqu'il s'agit d'une aide à la locomotion, d'une aide à la marche ou d'une prothèse, le professionnel procédant à l'évaluation doit s'assurer que la documentation médicale disponible vient confirmer la déficience physique permanente et les incapacités de la personne assurée. Pour une orthèse ou une aide à la verticalisation, le dispensateur devra s'assurer d'avoir en main une ordonnance médicale valide signée par un médecin nommé au règlement.
Thérapeutes en réadaptation physique (TRP)	Est-ce que ce changement permettra également au TRP de référer directement aux SAT pour les aides à la marche ou les aides à la locomotion ?	Le Règlement ASDP continue de s'appliquer. La gestion du référencement relève de la gestion interne des dispensateurs.
Changement de condition physique	Si un changement de condition physique significatif de la personne assurée justifie le remplacement de l'appareil, est-ce qu'une ordonnance médicale sera requise ?	Une ordonnance médicale d'un médecin visée au règlement est nécessaire pour justifier le remplacement de l'appareil en raison d'un changement significatif de la condition physique le rendant nécessaire, et ce durant la période de durée minimale de l'appareil (a. 9 et a. 42). Néanmoins, lorsque le changement est attribuable à une perte ou une prise de poids ou à la croissance de la personne assurée, une nouvelle ordonnance médicale n'est pas requise si l'ordonnance médicale d'origine est toujours valide et que le traitement prescrit demeure le même. (Voir directive sur les ordonnances médicales)
Ordonnance médicale vs orthèses	Une OM serait donc requise seulement pour les orthèses ?	Une ordonnance médicale d'un médecin nommé au Règlement ASDP demeure requise pour l'attribution des orthèses et des aides à la verticalisation.
Aides à la locomotion	Si un diagnostic est déjà connu au dossier de l'utilisateur, le physiothérapeute ou ergothérapeute traitant de l'établissement sera-t-il en mesure de diriger l'utilisateur vers le SAT pour l'évaluation et une éventuelle attribution d'appareil RAMQ ?	Oui. Dans le cas des aides à la locomotion, des aides à la marche et des prothèses, si un diagnostic confirmant la déficience physique permanente est présent au dossier de la personne assurée, il n'est pas nécessaire pour la personne assurée d'obtenir une ordonnance médicale avant d'être vue par l'équipe du SAT de son établissement.
Verticalisation	Qu'en est-il des aides à la verticalisation ?	Les aides à la verticalisation nommées au Tarif (parapodium et orthopodium) ne font pas partie de l'allègement temporaire. Les cadres de verticalisation (ou planche à station debout) sont des appareils hors Tarif qui doivent être demandés en considération spéciale (C.S.), elles ne font pas partie des allègements en cause ici.
Dossier médical	Lorsque l'on fait référence au dossier médical de l'utilisateur dans le communiqué du 2 avril, est-ce qu'il s'agit du dossier médical chez le médecin référent ou du dossier de l'établissement ou dans le dossier du SAT ?	Le dossier médical de la personne assurée fait référence à tout document (ex. : rapport, note de suivi) complété par un médecin ayant rencontré la personne assurée et qui est conservé dans un lieu approprié (physique ou virtuel). Le dispensateur doit s'assurer que l'information est disponible et qu'il puisse en faire la preuve sur demande.

Tableau des Questions — Réponses sur les allègements du Règlement ASDP

Ajouts récents

Documents médicaux	Quel type de document sera dorénavant requis pour attester de la déficience et de l'incapacité de la personne assurée ?	Cette information doit se retrouver sur l'ordonnance médicale complétée par le médecin nommé au règlement ASDP dans le cas des orthèses et aides à la verticalisation. Pour les prothèses, les aides à la marche et aides à la locomotion, cette information pourra se retrouver au rapport d'évaluation du physiothérapeute ou de l'ergothérapeute de l'établissement (aide à la marche à titre d'appareil) ou tout type de document complété par un médecin et versé au dossier médical de la personne assurée.
Référence pour prise en charge	Que faire lorsque les usagers se réfèrent eux-mêmes ?	Selon vos procédures habituelles, si une référence d'un professionnel de la santé est demandée, il faudra les diriger vers la bonne ressource pour qu'ils puissent vous fournir l'information médicale requise, s'ils ne l'ont pas déjà en mains.
Considération spéciale (C.S.)	Est-ce que l'allègement inclut les appareils ou composants en considération spéciale (C.S.) ?	Une ordonnance médicale pour l'attribution de l'appareil n'est pas nécessaire, cependant un médecin doit contresigner l'attestation écrite produite collectivement par les membres de l'équipe multidisciplinaire et doit avoir rencontré la personne assurée. Pour savoir quel médecin est autorisé à faire partie de l'équipe multi dans cette situation, vous référer au Règlement ASDP . Titre I : Le médecin est désigné par le centre pour œuvrer au sein de l'équipe. Aucune spécification de spécialité (a. 34.1) Titre II : Le médecin doit faire partie de ceux nommés à l'article 68 du Règlement ASDP (a. 72)
Considération spéciale (C.S.)	Prescription d'orthèses C.S. : Lorsque le client ne requiert pas de suivi en réadaptation, le règlement prévoit la signature ergo ou physio. Dans ce genre de cas aucun ergo ou physio n'est attiré et ne connaît le dossier de l'utilisateur. La prescription du psychiatre ainsi que la signature du technicien en orthèse/prothèse pourraient-elles être suffisantes ? Tel qu'accepté dans le dossier des marchettes où le technicien n'est plus un prérequis. (VL)	Le terme « processus de réadaptation » (a. 34.1) doit être pris au sens large et non seulement dans le cadre d'un suivi en réadaptation dans un centre. La nécessité d'une nouvelle orthèse, qui plus est en C.S., lorsque la personne assurée n'en a pas bénéficié auparavant, témoigne d'un changement dans les capacités de la personne ou dans son environnement physique et social, menant à un processus de réadaptation. Peu importe les raisons qui justifient une demande en C.S., l'article 34.1 du Règlement ASDP s'applique. L'article 34.1, 1^{er} alinéa, précise qu'une attestation produite collectivement par une équipe multidisciplinaire regroupant au moins les personnes suivantes doit être transmise à la RAMQ pour un appareil C.S. : <ul style="list-style-type: none"> • un ergothérapeute ou physiothérapeute désigné par le centre • un orthésiste-prothésiste • un médecin désigné par le centre.
Dispositif de survie	Est-ce que l'allègement inclut l'adaptation de l'appareil pour l'installation des dispositifs essentiels à la survie ? (Ex. : les supports à bonbonne d'oxygène et les supports à gavage).	Une ordonnance médicale pour l'adaptation d'un appareil dans le but d'installer un dispositif de survie demeure nécessaire et peut être complétée par n'importe quel médecin (a. 43), à moins que les critères d'attribution d'un dispositif de survie ne soient déjà documentés au dossier médical de la personne assurée. Voir la directive sur les Dispositifs de survie pour plus de détails.
Aides à la mobilité vs prothèses	Pourquoi y a-t-il une distinction entre les aides à la mobilité et les prothèses par rapport aux documents demandés ?	Une évaluation par un ergothérapeute ou un physiothérapeute d'un établissement public dans laquelle on retrouve les informations médicales pertinentes est nécessaire et fournie systématiquement pour l'attribution d'une aide à la locomotion (a. 72) ou une aide à la marche à titre d'appareil (a. 30), ce qui n'est pas le cas pour la prothèse.

Tableau des Questions — Réponses sur les allègements du Règlement ASDP

Ajouts récents

Demande de l'ordonnance pour services antérieurs au 2 avril	Que fait-on des demandes pour lesquelles on a actuellement un refus et pour lesquels on nous demande une prescription médicale ?	Si vous avez un refus en lien avec un service essentiel rendu depuis le 13 mars 2020, comme la majorité des médecins font des consultations virtuelles, il est possible pour le professionnel au dossier de noter la prescription médicale dans le formulaire 3841 et de mentionner que la consultation a été effectuée de façon virtuelle en lien avec le COVID-19. Pour les cas précédant la période d'urgence sanitaire, une ordonnance médicale au dossier est requise.
Durée de validité de l'ordonnance	Pour les demandes d'autorisation : Si la prescription a plus de 1 an au dossier de l'utilisateur, est ce que nous devons en demander une autre pour mettre au dossier de l'utilisateur ?	Si l'ordonnance médicale n'est plus valide en raison de la date de signature du médecin par exemple, que les services sont essentiels pour la personne assurée et rendus depuis la période d'urgence sanitaire, l'ordonnance médicale sera recevable.
Durée du port quotidien	Les modalités d'attribution pour la durée de port quotidien sont-elles les mêmes ?	Oui. La durée de port minimal des orthèses et des aides à la marche demeure applicable (a. 15). Cette information doit se retrouver sur l'ordonnance médicale (orthèses) ou au rapport d'évaluation du physiothérapeute ou de l'ergothérapeute de l'établissement ou dans les documents médicaux accompagnant ce dernier. (aide à la marche à titre d'appareil)
Appareil ou composant C.S.	Si nous remplaçons (80 %) un appareil avec des items en C.S. par un appareil avec des items différents en C.S. (par exemple lors d'un changement de décret où certains items passent de standards à C.S. et vice et versa), devons-nous obtenir une nouvelle prescription ou pouvons-nous nous contenter de la prescription précédente ?	La notion de considération spéciale (C.S.) doit être évaluée au moment de l'attribution. En vertu du règlement actuel, si un composant d'une aide à la locomotion est hors Tarif (C.S.) au moment de son attribution, il doit faire l'objet d'une évaluation (a. 38, 2 ^{ème} alinéa) réalisée par les personnes visées à l'article 72 (le médecin et l'ergothérapeute ou le physiothérapeute).
ATP	Nous voudrions avoir la confirmation qu'un positionnement initial, son remplacement ou sa modification ne doit pas requérir une prescription de spécialiste. Actuellement il n'y a pas de mention à ce sujet dans le document.	Une aide technique à la posture (ATP) ne se définit pas comme un appareil autonome et son attribution est conditionnelle à celle d'une aide à la locomotion. Il n'est donc pas nécessaire d'obtenir une ordonnance médicale spécifiquement pour une ATP ou un composant de positionnement puisqu'elle n'est pas obligatoire pour l'aide à la locomotion. Cependant, si le positionnement est hors Tarif (C.S.), une évaluation réalisée par les personnes visées à l'article 72 (médecin nommé au règlement + ergothérapeute ou physiothérapeute) doit être présente au dossier.