



Questions et réponses



Aperçu du programme

1. Qu'est-ce que le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Un épisode de soins est un nouveau modèle de paiement à la CSPAAT qui vise à regrouper des services de soins de santé en fonction d'un certain diagnostic. Le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale vise les travailleuses et travailleurs qui ont subi une fracture n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale. Ce programme est fourni par les professionnels de la santé réglementés à condition que les fractures à traitement non chirurgical fassent partie de leur champ d'activité.

L'épisode de soins intègre une évaluation initiale, un rapport d'évaluation initiale, un traitement, une mesure des résultats, un processus de communication et un rapport sommaire (de congé).

2. Est-ce que le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale constitue le service réadaptatif de première ligne, comme le sont les programmes de soins pour les lésions musculo-squelettiques, les lésions à l'épaule et les lésions au bas du dos?

Oui, la population cible énumérée dans les critères d'admissibilité ci-dessous doit recevoir un traitement dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale à titre de service réadaptatif de première ligne.

3. Pourquoi la CSPAAT exige-t-elle que tous les travailleurs admissibles soient traités dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

La CSPAAT a conçu ce programme dans le but de fournir un traitement favorisant l'atteinte des objectifs en matière de rétablissement fonctionnel et de retour au travail. Grâce à de nouveaux rapports, le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale favorise aussi l'amélioration des communications avec la CSPAAT en vue d'appuyer les activités de gestion des cas.

4. À qui les professionnels de la santé doivent-ils poser toute question d'ordre général au sujet de l'épisode de soins?

Les professionnels de la santé doivent appeler la ligne d'accès de la CSPAAT pour les praticiens de la santé au 1-800-569-7919 ou au 416-344-4526 afin de discuter de toute question d'ordre général au sujet de cet épisode de soins ou de tout autre programme de soins.

5. Quelle est la différence entre un épisode de soins et un programme de soins?

Un programme de soins est un plan de prestation de soins fondé sur les preuves décrivant les traitements qui se sont avérés efficaces pour traiter certaines lésions ou maladies. En revanche, un épisode de soins est un modèle de paiement qui vise à regrouper des services de soins de santé en fonction d'un certain diagnostic, pour une durée prédéterminée. Il ne prévoit pas d'interventions précises à pratiquer, alors que les programmes de soins indiquent certaines interventions basées sur les preuves. L'épisode de soins et les programmes de soins sont similaires, car toutes les modalités et tous les services réadaptatifs fournis à titre de traitement sont compris dans le forfait d'honoraires.

Exigences d'admissibilité

1. Quels sont les critères d'admissibilité au programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

La population cible se compose des travailleuses et travailleurs dont la demande de prestations a été acceptée et qui répondent aux critères suivants :

- être atteint d'une fracture qui n'a pas nécessité d'intervention chirurgicale;
- être autorisé médicalement à entreprendre la réadaptation;
- ne plus avoir de siège fracturé plâtré ou immobilisé NI de siège fracturé immobilisé par un élément amovible (comme une attelle, une botte de marche, etc.);
- commencer le programme dans les quatre mois (16 semaines) suivant la date de la lésion;
- n'être atteint d'aucune autre lésion pouvant empêcher la participation au programme;
- travailler (travail habituel ou modifié), ou ne pas travailler; et
- ne pas être hospitalisé.

Le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale n'est pas recommandé pour les travailleurs qui ne sont pas autorisés médicalement à entreprendre la réadaptation ou font l'objet de contre-indications au traitement dans le cadre de celui-ci. Il ne convient pas aux travailleuses ou travailleurs atteints de fractures pathologiques (p. ex. : ostéoporose, infection, tumeur, etc.).

Dans le contexte de cet épisode de soins, le terme « immobilisé » ou « immobilisation » fait référence à l'utilisation de tout élément visant à restreindre la mobilité, notamment un plâtre, une attelle, une gouttière, une écharpe, une orthèse, une botte de marche ou tout autre moyen de restriction.

Le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale vise les lésions survenues le 31 mai 2017 ou après cette date.

2. Est-ce que le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale s'applique aux fractures à des sièges plâtrés ou non plâtrés?

Oui. Cependant, la CSPAAT surveillera l'expérience des diverses populations traitées dans le cadre du programme.

3. Comment un professionnel de la santé doit-il procéder s'il évalue un travailleur et qu'il établit son inadmissibilité au programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Le professionnel de la santé doit communiquer avec un des spécialistes cliniques de la CSPAAT pour discuter du cas en vue de déterminer la façon appropriée de procéder. Le spécialiste clinique de la CSPAAT discutera de la présence de signes cliniques d'alerte, c'est-à-dire de « drapeaux rouges », ou d'autres raisons justifiant que le travailleur pourrait ne pas bénéficier du programme. Il peut suggérer une orientation en vue d'une autre évaluation pour déterminer si des soins sont nécessaires.

Vous pouvez joindre un des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739.

4. Comment un professionnel de la santé ou un travailleur peut-il savoir si l'admissibilité à des prestations de soins de santé et à un traitement a été accordée dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Le professionnel de la santé doit toujours confirmer que le travailleur est admissible à des prestations de soins

de santé dans le cadre du dossier avant d'entreprendre le traitement. Il doit aussi confirmer au moment de l'évaluation que la lésion est liée au travail. Si c'est le cas, il doit se renseigner pour savoir si la demande a été enregistrée auprès de la CSPAAT et qu'un numéro de dossier a été attribué. Avant l'évaluation initiale, on recommande au professionnel de la santé de communiquer avec la CSPAAT pour confirmer la situation quant à l'admissibilité à des prestations de soins de santé.

L'attribution d'un numéro de dossier ne signifie pas que l'admissibilité à des prestations de soins de santé a été accordée.

Si le travailleur ne sait pas s'il est admissible à des prestations de soins de santé, il peut appeler la CSPAAT au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000 pour vérifier la situation du dossier. Le professionnel de la CSPAAT peut également le faire. La CSPAAT ne paie pas les services fournis à un travailleur qui n'a pas droit à des prestations de soins de santé.

Rôle des spécialistes cliniques de la CSPAAT

1. Qu'est-ce qu'un spécialiste clinique, et en quoi consiste son rôle?

Un spécialiste clinique est un professionnel de la santé réglementé qui possède une expérience clinique de l'utilisation des programmes de traitement de la CSPAAT, notamment les programmes de soins et le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale. Son rôle consiste à discuter des aspects cliniques de la demande de prestations, notamment du diagnostic du travailleur, du traitement approprié et des obstacles au rétablissement. Les spécialistes cliniques aident les professionnels de la santé traitants à déterminer si le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale ou un programme de soins convient au travailleur. Ils peuvent discuter du traitement le plus approprié et émettre un avis sur les prochaines étapes lorsqu'un travailleur ne progresse pas comme prévu.

2. Comment puis-je joindre un spécialiste clinique?

Vous pouvez joindre les spécialistes cliniques au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739, du lundi au vendredi.

Prestation et structure du programme

1. Qui peut fournir le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale? Quand une orientation est-elle requise?

Les professionnels de la santé réglementés peuvent fournir le programme à condition que cela cadre avec leur champ d'activité. Les professionnels de la santé qui ne sont pas les principaux fournisseurs de soins de santé doivent avoir fait l'objet d'une orientation de la part du professionnel de la santé principal (dans le contexte de la CSPAAAT, cela inclut les médecins, les chiropraticiens ou chiropraticiennes, les physiothérapeutes, ou encore, les infirmières ou infirmiers praticiens).

2. Que faut-il faire pour s'inscrire en vue de fournir le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Les professionnels de la santé doivent examiner les documents pertinents qui se trouvent [ici](#). Parmi ces documents, on compte le *Guide de référence en cas d'un épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale*, le document de mesure des résultats, le *Rapport d'évaluation initiale* et le *Rapport sommaire* ainsi que le *Barème d'honoraires* et d'autres documents de référence.

3. Quelle est la durée du programme, et combien de visites doivent être effectuées?

Le programme dure huit semaines au maximum, à partir de la date d'évaluation initiale. Un minimum de six visites doit avoir lieu afin de facturer le forfait d'honoraires. On s'attend toutefois à ce que le professionnel de la santé traite le travailleur aussi souvent que nécessaire en vue d'atteindre les objectifs de retour au travail et de rétablissement.

4. Qu'arrive-t-il si le travailleur a besoin de moins de visites que le nombre minimum de visites ou qu'il obtient son congé avant la sixième visite?

Lorsque le travailleur a terminé le programme tôt ou dans les cas de départ volontaire, il est possible que vous ayez fourni moins que le nombre minimum de visites. Dans ces cas-là, indiquez le nombre réel d'unités (visites) fournies tant sur le *Rapport sommaire* que sur la facture électronique, en utilisant les codes de service appropriés en vue de la facturation.

5. Comment la date des premiers services ou traitements est-elle établie?

La date de l'évaluation initiale constitue la date des premiers services. La date de l'évaluation initiale doit figurer sur le *Rapport d'évaluation initiale* du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale et correspondre à la date entrée dans le système de facturation électronique.

6. Le professionnel de la santé doit-il remplir le *Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)* et le *Rapport d'évaluation initiale* du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Si un professionnel de la santé est le premier professionnel de la santé à évaluer le travailleur après la lésion, tant le *Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)* que le *Rapport d'évaluation initiale* du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale doivent être remplis.

Si un professionnel de la santé n'est pas le premier à évaluer le patient après la lésion reliée au travail ou que le travailleur a été orienté par un autre professionnel de la santé, seul le *Rapport d'évaluation initiale* du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale doit alors être rempli.

7. Quelles méthodes de mesure des résultats doivent être utilisées pour montrer les progrès fonctionnels réalisés au cours du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

L'échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS) doit être utilisée lors de l'évaluation initiale et du congé. Les notes doivent être consignées dans le *Rapport d'évaluation initiale* et le *Rapport sommaire*. Lors de l'évaluation initiale, la PSFS doit être utilisée après l'anamnèse et avant l'examen physique. La PSFS est aussi utile pour surveiller l'évolution à la discrétion du fournisseur tout au long de la période de traitement, notamment lors des réévaluations ou des évaluations à mi-parcours.

8. À titre de professionnel de la santé réglementé, serai-je encore autorisé à déterminer le traitement le plus approprié pour un travailleur atteint d'une fracture à traitement non chirurgical?

Oui. Même si le programme ne prévoit pas d'interventions précises, les interventions thérapeutiques doivent favoriser l'atteinte des

objectifs SMART en soutenant les activités fonctionnelles correspondantes. Vous pouvez recourir à ces interventions thérapeutiques si, selon votre jugement clinique, elles sont dans l'intérêt de votre patient. Le forfait comprend tous les services réadaptationnels. Ainsi, tout service supplémentaire ne pourra pas être facturé en plus des honoraires.

Si vous avez des questions concernant les interventions thérapeutiques, veuillez appeler la ligne des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739.

9. Un travailleur peut-il recevoir un traitement de plusieurs fournisseurs pour le même siège de lésion, par exemple, d'un chiropraticien et d'un physiothérapeute, dans le cadre de deux programmes Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Les interventions thérapeutiques peuvent être effectuées par plusieurs professionnels de la santé. Cependant, un seul professionnel de la santé ou une seule clinique doit produire les factures dans le cadre d'un programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale.

10. Un travailleur peut-il changer de professionnel de la santé après avoir commencé le traitement dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Lorsque le travailleur a reçu en partie le traitement dans le cadre du programme et qu'il souhaite poursuivre le traitement avec un autre professionnel de la santé dans une clinique différente, il doit obtenir l'approbation de l'équipe de gestion des cas de la CSPAAT. Vous pouvez joindre l'équipe de gestion des cas de la CSPAAT au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000.

11. Est-ce que des programmes Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale distincts sont autorisés pour chaque siège lorsqu'un travailleur subit plusieurs fractures à traitement non chirurgical?

Un travailleur peut participer à un maximum de deux programmes différents dans le cadre de la même demande, à condition qu'il réponde aux critères d'admissibilité et qu'il soit admissible à des prestations de soins de santé. Cela se ferait dans le cas d'un travailleur ayant subi une fracture au membre supérieur et au membre inférieur. Dans ce scénario, le praticien de

la santé peut facturer le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale pour une lésion au haut du corps et une lésion au bas du corps. Si le professionnel de la santé estime que la nature des multiples lésions empêche le travailleur d'être traité dans le cadre des deux programmes, il peut communiquer avec un des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739 pour discuter du cas.

12. Quels programmes dois-je fournir lorsqu'un travailleur a subi plusieurs lésions, notamment des fractures à traitement non chirurgical et des lésions aux tissus mous?

Un maximum de deux programmes (épisodes de soins ou programmes de soins) peut être fourni dans le cadre d'une demande effectuée pour de multiples lésions, notamment pour des lésions aux tissus mous et des fractures à traitement non chirurgical. Lorsque le travailleur a subi une fracture à traitement non chirurgical, le fournisseur doit fournir au minimum un programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale. En fonction de la nature des lésions, le fournisseur peut ensuite choisir de fournir un deuxième épisode de soins au lieu d'un programme de soins pour traiter la lésion aux tissus mous. Supposons par exemple que le travailleur ait subi une fracture de l'humérus, une fracture de l'extrémité distale du péroné et une entorse du genou. Le fournisseur doit fournir un programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale (humérus), mais il peut choisir de fournir un deuxième programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale (extrémité distale du péroné) ou le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques (entorse du genou). Le traitement pour le troisième siège doit être intégré au plan de traitement global.

Si le professionnel de la santé estime que la nature des multiples lésions empêche le travailleur d'être traité dans le cadre des deux programmes Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale ou d'un programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale et d'un programme de soins, il peut communiquer avec un des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 416-344-5739 ou au 1-866-716-1299 pour discuter du cas.

Rétablissement, retour au travail et communication avec la CSPAAT

1. Dois-je soumettre un formulaire *Demande de prolongation de traitement* si je souhaite demander d'autres traitements après la fin du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Non. Si le fournisseur souhaite demander d'autres traitements après la fin du programme, il doit appeler la ligne des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739 pour discuter du cas. Le spécialiste clinique de la CSPAAT peut demander davantage de renseignements concernant le type et la fréquence du traitement fourni dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale, la réponse du travailleur au traitement, la description de tout obstacle persistant et la mise à jour de renseignements cliniques et de renseignements sur le retour au travail. Le spécialiste clinique demandera aussi les raisons des autres traitements, notamment le type, la fréquence et la durée. Dès qu'il aura examiné les détails du dossier, le spécialiste clinique formulera une recommandation concernant la demande d'autres traitements.

2. Comment le retour au travail est-il défini dans le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale? Quelles sont les attentes à l'égard du professionnel de la santé concernant la facilitation du retour au travail durant le programme?

Le fait de rester ou de retourner au travail améliore le rétablissement, fait partie du processus de réadaptation et permet de réduire efficacement l'incapacité de travail. Le « retour au travail » désigne la capacité de retourner au travail pour accomplir toutes les tâches normales selon l'horaire habituel. On s'attend à ce que l'avis du professionnel de la santé concernant la capacité du travailleur à retourner au travail à l'issue du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale ait été discuté avec le travailleur en question.

3. Pourquoi le fait de rester ou de retourner au travail fait-il partie du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

La CSPAAT a adopté l'approche « Mieux au travail » comme principe de réadaptation, ce qui consiste en l'intégration de la réadaptation au processus de retour au travail. Rester ou retourner au travail n'est pas seulement le résultat d'une réadaptation réussie,

cela en fait partie. Cette approche reflète les pratiques fondées sur les preuves qui montrent que les personnes guérissent plus rapidement et que les déficiences physiques et psychologiques permanentes peuvent être atténuées grâce à une réactivation rapide, notamment un rétablissement sécuritaire en milieu de travail.

4. Comment soumettre le *Rapport d'évaluation initiale* et le *Rapport sommaire* à la CSPAAT?

Les rapports doivent être envoyés par télécopieur au 1-888-313-7373 ou au 416-344-4684. Les rapports peuvent aussi être envoyés par la poste au siège social de la CSPAAT, à l'adresse suivante :

Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto (Ontario) M5V 3J1

Le *Rapport d'évaluation initiale* du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale doit être soumis dans les deux jours ouvrables qui suivent la date de l'évaluation. Le *Rapport sommaire* doit être soumis dans les deux jours ouvrables qui suivent le congé ou la dernière visite.

Facturation

1. Un professionnel de la santé peut-il facturer un traitement fourni pour une fracture ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale directement au travailleur?

Le professionnel de la santé ne peut pas facturer un traitement au travailleur. Le paragraphe 33 (5) de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (LSPAAT) précise ce qui suit : « Aucun praticien de la santé ne doit demander au travailleur de payer les soins de santé ou les services connexes qui lui sont fournis dans le cadre du régime d'assurance. »

2. Est-ce que je dois facturer le traitement directement au travailleur s'il n'est pas encore admissible à des prestations de soins de santé dans le cadre de son dossier et qu'il veut le commencer?

La CSPAAT s'efforce de rendre rapidement des décisions sur la situation des dossiers. Si un travailleur qui veut commencer le traitement se présente pour une évaluation, nous recommandons au professionnel de la santé ou au travailleur de communiquer avec la CSPAAT au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000 pour vérifier la situation du dossier.

Si la CSPAAT ne peut pas confirmer l'admissibilité à des prestations de soins de santé et que le travailleur souhaite malgré tout entreprendre le traitement, le professionnel de la santé doit discuter de la responsabilité du paiement avec lui. Le professionnel de la santé doit expliquer au travailleur que la responsabilité du paiement lui incombe si la CSPAAT décide qu'il n'a pas droit à des prestations de soins de santé dans le cadre de son dossier. S'il y a lieu d'accorder l'admissibilité à des prestations de soins de santé, la CSPAAT paie les soins de santé approuvés conformément à ses honoraires, et tout paiement précédent effectué par le travailleur doit être remboursé par le fournisseur.

Le professionnel de la santé et le travailleur ont la responsabilité de vérifier régulièrement auprès de la CSPAAT jusqu'à ce qu'une décision soit rendue sur la situation du dossier.

3. Qu'arrivera-t-il si le professionnel de la santé ne soumet pas le *Rapport sommaire* lorsque le travailleur reçoit son congé?

Les professionnels de la santé qui fournissent des soins dans le cadre du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale doivent soumettre le *Rapport sommaire* dans un délai de deux jours ouvrables suivant le congé ou la dernière visite du travailleur. Si vous ne le soumettez pas, le paiement des services peut être compromis.

Si nous ne recevons pas le formulaire *Rapport sommaire* dans les 14 jours suivant le congé du travailleur ou la dernière visite du programme de huit semaines, les honoraires pour le formulaire ne seront pas versés. De plus, le paiement des honoraires pour les services fournis dans le cadre du programme sera retenu jusqu'à ce que nous recevions le sommaire.

4. Quels sont les honoraires du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Veuillez consulter le *Barème d'honoraires du programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale*, qui se trouve sur le [site Web de la CSPAAT](#).

5. Les professionnels de la santé doivent-ils facturer leurs services par voie électronique?

Oui. Toutes les factures de services doivent être soumises électroniquement pour assurer la rapidité des paiements. Facturez vos services électroniquement par l'entremise de l'agence de paiement de la CSPAAT, TELUS Solutions en santé.

Veuillez ne pas soumettre vos factures par voie électronique pour le paiement des rapports. Le formulaire de rapport est composé d'une section réservée à la facturation qui doit être dûment remplie pour que la CSPAAT traite le rapport à des fins de paiement.

Pour plus de renseignements concernant la facturation électronique, veuillez communiquer avec le centre d'assistance de TELUS Solutions en santé au 1-866-240-7492, ou visitez www.telushealth.com/wsib (en anglais seulement).

6. Comment puis-je facturer mes services si, après avoir évalué un travailleur, je détermine qu'il n'est pas un candidat approprié pour le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Si, après avoir évalué un travailleur, vous déterminez qu'il n'est pas un candidat approprié pour le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale, veuillez communiquer avec la ligne des spécialistes cliniques de la CSPAAT au 1-866-716-1299 ou au 416-344-5739 pour discuter de la meilleure façon de procéder.

7. Avec qui le professionnel de la santé peut-il communiquer s'il a des questions relatives au paiement?

Le professionnel de la santé peut communiquer avec la CSPAAT au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000 et demander la ligne de renseignements sur les paiements de soins de santé.

8. Où puis-je trouver plus de renseignements sur le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale?

Pour plus de renseignements sur le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale, cliquez [ici](#).