

1. Préambule

Les déplacements pour un usager résident du Québec et nécessitant un transport vers un établissement du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À priori, au Québec, tout déplacement vers un établissement du réseau est à la charge de la personne transportée à moins qu'elle soit admissible à un programme de gratuité gouvernemental.

La politique de déplacement des usagers du MSSS du Québec est un de ces programmes gouvernementaux. Elle détermine le cadre général que devront respecter les CISSS, CIUSSS et la Corporation d'urgences-santé. La politique s'applique également pour le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James concernant le déplacement d'un usager sur le territoire du Québec.

En outre, depuis son entrée en vigueur, la politique du MSSS recommande aux CISSS de se doter d'une politique régionale complémentaire, en prenant en compte les spécificités locales des usagers.

La présente politique régionale précise l'application des règles et particularités dans les cas suivants qui sont en lien avec le déplacement de l'utilisateur :

- Transféré d'un établissement vers un autre établissement intrarégional et interrégional;
- De 65 ans et plus;
- En soins palliatifs de fin de vie;
- En situation d'éloignement géographique et qui requiert des services diagnostiques et de traitement qui sont électifs, c'est-à-dire sans présenter un caractère d'urgence, médicalement requis, mais non disponibles dans les établissements ou les installations de sa région;
- En radio-oncologie;
- En attente de greffes;
- Autochtone qui s'adresse au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

2. Principes directeurs

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord base l'organisation du transport et le versement d'allocations de déplacement sur la Côte-Nord sur les principes directeurs suivants :

Autre comité		Comité de direction		Conseil d'administration	
Approuvé le 12-09-2018	Révisé le	Approuvé le 04/09/2018	Révisé le	Adopté le 03/10/2018	Révisé le

- La primauté des besoins de l'utilisateur;
- La responsabilité de l'utilisateur de collaborer à l'organisation efficace de ses déplacements;
- L'équité régionale dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux;
- L'accès aux services de santé et aux services sociaux le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur;
- Le choix du mode de transport le plus économique en fonction de la condition de santé de l'utilisateur;
- Des allocations visant à soutenir le déplacement des usagers qui tiennent compte des balises ministérielles et des particularités régionales;
- La gestion efficace des fonds publics.

3. Responsabilités

CISSS de la Côte-Nord

Le CISSS de la Côte-Nord a la responsabilité :

- De diffuser et de veiller à l'application de la politique nationale;
- D'élaborer, le cas échéant, une politique régionale complémentaire prenant en compte les spécificités locales de déplacement des usagers (c'est le cas de la présente politique);
- De mettre en place les processus administratifs et de contrôle permettant aux clientèles de son territoire de bénéficier des soins et des services non disponibles dans la région;
- De faciliter la conclusion d'ententes intrarégionales et interrégionales régissant les corridors de services;
- D'approuver les procédures et les modalités administratives nécessaires à la mise en œuvre de la politique de déplacement des usagers;
- D'identifier les établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux concernés par la politique;
- De négocier, auprès des établissements de sa région et auprès de d'autres CISSS, des tarifs préférentiels pour les ressources d'hébergement à proximité des lieux de dispensation de soins et de services hors région;
- De fournir, au besoin, de l'information générale aux usagers, aux établissements et aux médecins s'adressant au CISSS en vue de connaître les modalités d'application de la politique de déplacement des usagers;
- De négocier des ententes régissant les corridors visant les services non disponibles dans sa région et d'en faire mention dans son plan d'organisation;
- De rendre disponible et de faire connaître la liste des services qu'il offre et les corridors de services établis;
- De désigner une personne responsable de l'application de la politique de déplacement des usagers ainsi qu'une personne responsable du traitement des demandes de remboursement d'allocation de déplacement pour les cas en électif;

- De mettre en place un comité d'orientation pour analyser toute demande d'accompagnement qui ne répond pas aux critères;
- D'organiser les transports interétablissements de concert avec l'établissement concerné et d'en assumer les coûts pour l'utilisateur et l'accompagnateur, lorsque médicalement requis;
- De faire les vérifications d'usage auprès d'autres agents payeurs;
- D'imputer, au bon centre d'activités, les dépenses de déplacement des usagers et de tenir à jour les statistiques nécessaires pour assurer un suivi régional de l'évolution du nombre et des coûts de déplacement des usagers.

Médecins et dentistes

La politique de déplacement des usagers du CISSS de la Côte-Nord ne s'applique que pour les références médicalement requises par les médecins et dentistes inscrits aux plans régionaux d'effectifs pour des déplacements entre établissements du réseau. Exceptionnellement un médecin non membre du CMDP pourrait demander un transport pour un usager, mais la décision revient au CISSS.

Le médecin ou dentiste référent, c'est-à-dire celui qui prescrit le service, a la responsabilité :

- De tenir compte des corridors de services régionaux, hors région et hors province établis lors de la prescription de soins et de services;
- Pour les cas électifs, de prescrire une consultation en justifiant les soins et les services requérant le déplacement justifiant les motifs d'une référence;
- De déterminer la nécessité d'un accompagnateur médical, paramédical, familial ou social durant les déplacements. Il peut déléguer aussi cette responsabilité au comité d'orientation. (annexes 1 et 2);
- Les soins et les services couverts par cette politique sont les services assurés par le régime d'assurance-maladie du Québec prescrits par un médecin ou un dentiste (voir annexe 7).

Usagers

L'utilisateur a la responsabilité:

- De respecter les conditions et les règles de gestion spécifiques à chacun des types de déplacement en vue du traitement et du suivi de sa demande de remboursement ou de couverture de ses déplacements en vertu des annexes à la présente politique;
- D'assumer (dans la situation d'un cas électif) l'ensemble des frais additionnels à son déplacement lorsqu'il choisit d'être dirigé vers un établissement autre que celui prévu par le CISSS et demander un remboursement à son retour.

4. Situation exceptionnelle

Toute demande visant à répondre à des besoins de déplacement exceptionnel, non prévus à la présente politique, pourra être soumise pour décision au comité d'orientation (annexe 2).

5. Références

Ce document est basé sur la « Politique de déplacement des usagers » selon la circulaire 01.01.40.10 (2009-005) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La politique régionale est transitoire jusqu'à la prochaine révision de celle du MSSS.

Elle apporte des précisions qui tiennent compte des particularités régionales. Également, le texte de la politique a été adapté en fonction de la récente organisation du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'application de la Loi 10.

En cas de mésentente quant à l'interprétation des composantes de la présente politique, celle du ministère de la Santé et des Services sociaux prévaudrait.

6. Annexes

Descriptif de la politique : principes directeurs, rôles, responsabilités

Annexe 1 : critères d'admissibilité pour une demande d'accompagnement (escorte)

Annexe 2 : particularité s'appliquant au territoire de la Basse-Côte-Nord concernant le comité d'orientation

Annexe 3 : particularités s'appliquant au déplacement intrarégional et interrégional des usagers entre établissements

Annexe 4 : particularités s'appliquant au déplacement des usagers de 65 ans et plus et aux soins palliatifs

Annexe 5 : particularités s'appliquant aux usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région

Annexe 6 : particularités s'appliquant aux usagers autochtones

Annexe 7 : soins et services admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec

Annexe 8 : définitions

7. Entrée en vigueur et consultation

Versions	Préparée par	Instances consultées						Entrée en vigueur
		CODIR	CII	CM	CMDP	CA	Autres	
1	Direction générale	X				X	Comité de gouvernance et d'éthique du CA	3 octobre 2018
2								
3								

CA	Conseil d'administration	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	CODIR	Comité de direction
CM	Conseil multidisciplinaire		

ANNEXE 1**Critères d'admissibilité pour une demande d'accompagnement (Escorte)**

- Enfant mineur (moins de 18 ans)
- Patient sous un régime de protection
- Patient avec un trouble de santé mental grave et instable, ou démence prouvée et significative, retard mental spécifique
- Patient avec capacité physique restreinte nécessitant l'aide constante au moins d'une personne. Inclut traitement de chimio et de radiothérapie, chirurgie.
- Patient avec surdité sévère non compensée avec un trouble de langage sévère (muet, aphasique)
- Situation de vulnérabilité personnelle ou sociale où l'encadrement normal prévu dans le déplacement ne peut pas suffire à assurer la sécurité du patient et des autres
- Trouble visuel (aveugle ou malvoyant) non compensé et nécessitant l'aide d'une personne pour les déplacements
- L'accompagnateur(trice) de la mère à l'accouchement

N.B. Dans le cas où le patient ne répondrait pas aux critères précités, mais qu'il présente des facteurs importants de vulnérabilité au plan biopsychosocial, le comité d'orientation pourrait recommander un accompagnement.

Pour des circonstances particulières dues à des conditions familiales ou reliées à l'emploi, il pourrait y avoir un changement d'accompagnateur durant l'épisode de soins de longue durée. Cependant, ce changement ne peut se faire qu'une seule fois pendant l'épisode de soins, et ce, après sept (7) jours du début de la période d'accompagnement.

Également, si le patient désire avoir un accompagnement et qu'il ne répond pas aux critères précités, l'accompagnateur pourrait bénéficier des tarifs préférentiels de transport aérien du CISSS de la Côte-Nord.

ANNEXE 2

Le comité d'orientation pour la Côte-Nord

Le comité d'orientation est responsable d'apprécier et de statuer sur la recevabilité des demandes d'accompagnement pour lesquelles les critères objectifs prévus à la politique sont insuffisants pour permettre de rendre une réponse juste et équitable.

Composition

Le comité d'orientation est composé de trois (3) personnes dont :

- L'infirmière de l'Accueil clinique concerné par le transport des usagers ou une autre infirmière désignée le cas échéant;
- Un représentant « administratif » de la direction responsable du transport;
- Le DSPEU ou son représentant (gestionnaire clinique) provenant d'un autre territoire de la Côte-Nord;
- Un médecin si le DSPEU est absent.

Responsabilités

Le comité d'orientation a la responsabilité :

- D'analyser le contexte, la situation de vulnérabilité de la personne et l'environnement reliés aux soins à recevoir (durée, complexité, légalité, etc.);
- De juger de la nécessité de prévoir un accompagnateur (gestion de risques);
- De transmettre la décision à l'utilisateur concerné et à l'équipe mandatée pour l'organisation du transport et de l'accompagnement;
- De traiter de façon exceptionnelle une demande de révision à laquelle il n'a pas été associé.

Modalités de fonctionnement

- Le Comité se réunit deux (2) fois par semaine ou selon le besoin.
- L'infirmière de l'Accueil clinique présente le dossier et le contexte entourant la demande.
- Au besoin, le Comité recueille des informations « qualitatives » additionnelles auprès d'intervenants connaissant l'utilisateur concerné (médecins, infirmières des CLSC (dispensaires)).
- S'il y a apparence, ou conflit d'intérêt réel pour l'un des membres du Comité, celui-ci se retire des discussions et décisions.

N.B. Dans les situations d'urgence pouvant se présenter de soir ou de fin de semaine, la personne de garde supplée au comité d'orientation.

ANNEXE 3**Particularités s'appliquant au déplacement intrarégional et interrégional
des usagers entre établissements et installations****Objectif général**

Définir les modalités concernant le déplacement d'un usager entre deux établissements du réseau de la santé ou deux installations du réseau de la santé et des services sociaux de sa région lorsque :

- L'établissement ou l'installation où il est admis ou inscrit n'est pas en mesure de lui fournir les soins et les services requis par son état de santé;
- Cet établissement ou cette installation a complété la prestation des soins et des services requis par l'état de santé de l'utilisateur.

Critères d'admissibilité

- Être résident du Québec et de la Côte-Nord pour les particularités régionales
et
- Être admis ou inscrit à l'urgence ou dans un service spécifique organisé par un établissement qui fournit les services de santé et les services sociaux dans les centres suivants : centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC) qui opère une urgence, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation (CR), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). S'y ajoutent les maisons de naissance et les maisons de soins palliatifs en fin de vie reconnues par les CISSS
et
- Le service doit être prescrit par le médecin et autorisé par l'établissement
et
- Le déplacement doit s'effectuer à partir d'un établissement ou d'une installation vers un autre établissement ou une autre installation du réseau la plus rapprochée et appropriée.

N.B. Par voie de délégation, les infirmières du service des transports et de médecine de jour peuvent signer une demande de transport électif pour des suivis.

Modalités administratives**Mode de déplacement**

L'organisation d'un déplacement (choix du mode de déplacement, des horaires, des accompagnateurs, etc.) doit faire l'objet d'une entente préalable entre les établissements ou installations d'un même établissement.

Le mode de déplacement choisi par l'établissement doit être celui qui est le plus économique compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

Modalités relatives aux accompagnateursAccompagnateur médical ou paramédical

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur médical ou paramédical appartient au médecin référent de l'établissement d'origine où est admis et inscrit l'utilisateur. De même, il appartient à cet établissement de rembourser les frais.

Nonobstant ce qui précède, si un établissement décide de planifier l'accompagnement aller-retour de son utilisateur et que l'accompagnateur attend l'utilisateur en vue de son retour, cet établissement assume l'ensemble des frais inhérents au déplacement.

Accompagnateur familial ou social

La responsabilité de déterminer la nécessité d'un accompagnateur familial ou social appartient au médecin référent ou au comité d'orientation par délégation de concert avec l'établissement d'origine. De même, il appartient à cet établissement de rembourser les frais établis.

Déplacement intrarégional

Cette section vise à établir la responsabilité de paiement pour les déplacements d'un résident québécois d'une installation à une autre située dans la même région administrative, et ce, nonobstant le lieu de résidence de l'utilisateur.

Principes directeurs

- Utilisation des services le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur.
- Planification et entente préalable entre les deux installations concernées lors d'un transport d'un utilisateur ou pour un retour à l'installation d'origine.
- Choix du mode de transport le plus économique, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

Déplacement intrarégional pour diagnostic ou traitement

Depuis le 1^{er} avril 2015, le CISSS de la Côte-Nord assume tous les paiements des déplacements intrarégionaux, selon les principes directeurs ministériels.

Déplacement interrégional

Cette section vise à établir la responsabilité de paiement pour les déplacements d'un établissement à un autre situé dans une région administrative différente.

Principes directeurs

- Utilisation des services le plus près possible du milieu de vie de l'utilisateur en tenant compte des missions et des plans d'organisation propres à chaque établissement.
- Utilisation judicieuse des services spécialisés ou ultraspecialisés ou suprarégionaux pour les services requis par l'utilisateur non disponibles dans sa région.
- Retour de l'utilisateur dès qu'une installation située dans sa région est en mesure d'assurer la continuité des soins.
- Choix du mode de transport le plus économique, compte tenu de l'état de santé de l'utilisateur.

Déplacement de la région d'origine de l'utilisateur vers une autre région

Définition

L'utilisateur est déplacé vers un établissement d'une autre région administrative pour un transfert, un examen, une consultation ou un traitement. Son retour, après le service rendu, doit préalablement être planifié et faire l'objet d'une entente entre les deux établissements.

Responsabilité de paiement

Le CISSS d'origine d'une région est imputable des frais inhérents au déplacement aller-retour d'un usager admis ou inscrit si la région qui déplace l'utilisateur est celle où il réside habituellement.

Le CISSS d'origine assume les frais inhérents aux transports suivants :

- Aller de l'établissement d'origine vers l'établissement de destination (le plus rapproché et approprié);
- Le retour en provenance du dernier établissement hors région ayant admis ou inscrit l'utilisateur vers l'établissement d'origine.

Déplacement d'un usager d'un établissement hors de sa région vers un établissement de sa région

Si l'établissement où l'utilisateur est admis ou inscrit n'est pas de la région où il réside de façon habituelle et que ce même établissement a complété la prestation des soins ou services requis, celui-ci est responsable d'assumer les frais inhérents au transport de l'utilisateur vers un établissement de la région où il réside de façon habituelle.

Notons l'exception suivante à la règle. L'enfant qui naît à l'extérieur de la région où résident habituellement ses parents est considéré appartenir à la région d'origine de ses parents. La responsabilité de paiement du transfert vers sa région d'appartenance incombe à l'établissement ou CISSS où résident ses parents.

Déplacement d'un usager d'un établissement hors de sa région vers un autre établissement hors de la région où il réside de façon habituelle

Si l'établissement où l'utilisateur est admis ou inscrit n'est pas dans la région où il réside de façon habituelle et que ce même établissement doit déplacer le bénéficiaire afin qu'il obtienne un diagnostic, un traitement ou pour un transfert, cet établissement est réputé être celui d'origine et assume les frais inhérents au déplacement aller vers l'établissement de destination. Par la suite, les règles énoncées pour les déplacements intrarégionaux et interrégionaux s'appliquent.

Organismes responsables d'assumer les frais inhérents au transport autre qu'un établissement du réseau

Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, est responsable du transport de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet usager sont assumés par cet organisme selon ses critères.

Organismes responsables d'assumer les frais inhérents au transport entre établissements du réseau

- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)
- Ministère de la Défense nationale du Canada
- Gendarmerie royale du Canada
- Santé Canada

Transport de résidents du Québec vers l'établissement approprié hors province

La présente section vise à préciser les modalités d'application de la politique de déplacement des usagers au regard des établissements de santé considérés comme étant les plus rapprochés et appropriés pour les résidents du Québec, mais qui sont situés hors province, mais au Canada.

Il est important de ne pas confondre le déplacement interrégional avec la notion de rapatriement, qui consiste à rapatrier au Québec un résident du Québec hospitalisé dans un établissement d'une autre province pour un événement survenu à l'extérieur du Québec. Ces coûts sont aux frais de l'utilisateur.

Deux situations de déplacement se présentent : a) les cas de transport primaire en ambulance; et b) les déplacements limitrophes entre établissements de deux provinces, c'est-à-dire qui ne sont pas des cas de rapatriement.

A) Transport primaire en ambulance

Critères d'admissibilité :

- Résident du Québec;
- Prise en charge au Québec;
- Établissement hors province le plus rapproché et approprié.

Responsabilité de paiement :

Prise en charge de l'utilisateur à partir d'une résidence personnelle ou d'un lieu public pour un transport urgent en ambulance :

- 0-65 ans : aux frais de l'utilisateur (ou de l'agent payeur concerné, le cas échéant);
- 65 ans et plus : région d'appartenance, l'établissement où réside l'utilisateur (sauf s'il y a entente particulière, par exemple l'entente Abitibi-Témiscamingue/Ontario sur les services spécialisés).

B) Déplacement limitrophe entre établissements de deux provinces

Deux situations peuvent se présenter :

- 1) Lorsqu'il y a prise en charge au Québec et que l'établissement le plus rapproché et approprié en mesure de fournir les soins requis est situé dans une autre province, la responsabilité de paiement revient entièrement à l'établissement ou CISSS situé au Québec où réside l'utilisateur.
- 2) Lorsqu'il y a transfert après la prise en charge dans un établissement d'une autre province pour un événement survenu au Québec vers un établissement du Québec pour compléter l'épisode de soins, la responsabilité de paiement revient à l'établissement ou CISSS situé au Québec où réside l'utilisateur.

N.B. Lorsqu'il y a épisode de transfert nécessaire entre deux établissements d'une autre province, ces frais sont à la charge de l'utilisateur à l'exception d'un usager qui a été référé par notre établissement selon le corridor de services établi.

Annexe 4

Particularités s'appliquant au déplacement par ambulance des usagers de 65 ans et plus et aux soins palliatifs

Déplacement en ambulance des usagers âgés de 65 ans et plus

Objectif

Cette section de la politique stipule les conditions de la gratuité des déplacements par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les déplacements visés sont ceux effectués à partir d'une résidence ou d'un lieu public situé au Québec vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché et approprié, même si cet établissement n'est pas dans la région de prise en charge, et le retour, s'il y a lieu.

La gratuité pour le patient s'applique lorsque l'état de santé, les conditions physiques et sociales ou l'accessibilité du lieu de résidence ou de prise en charge l'exigent. Ceci inclut les cas où, sans présenter de caractère d'urgence, l'état de santé de la personne nécessite un transport ambulancier.

Critères d'admissibilité

Être résident du Québec y compris les Autochtones

et

Être âgé de 65 ans et plus

et

Que le transport par ambulance soit de nécessité médicosociale

Exclusions à l'admissibilité

- Déplacements entre deux résidences;
- Déplacements d'une résidence vers une clinique privée ou vers un bureau de médecin et les retours;
- Déplacements d'une résidence vers un CLSC sans urgence;
- Déplacements d'une résidence vers un centre d'accueil privé autofinancé et les retours;
- Déplacements entre deux centres d'accueil privés autofinancés;
- Déplacements d'un transport public (aéroport, terminus, trains, autobus) vers un établissement du réseau à la suite du retour au Québec d'un usager victime d'un événement (maladie subite ou situation d'urgence) survenu hors du Québec.

Détermination de la nécessité médico-sociale

Le médecin traitant de l'établissement receveur ou son représentant a la responsabilité de déterminer si la condition du patient a requis le transport par ambulance et, dans le cas contraire, d'aviser immédiatement l'usager s'il devait encourir les frais. Dans ce cas, l'établissement facture l'usager qui assume les coûts du transport ambulancier.

Déplacement vers l'établissement le plus rapproché ou approprié

Le déplacement doit s'effectuer vers l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus rapproché ou approprié en mesure de fournir à l'utilisateur les soins ou les services requis (incluant les hôpitaux de jour et les cliniques externes), même s'il est situé dans une autre région.

Responsabilité de paiement**Établissement receveur**

- Lorsqu'il s'agit d'un déplacement d'un usager dans la région où il réside habituellement, l'établissement receveur doit assumer les frais de déplacement de l'utilisateur de 65 ans et plus. Lorsqu'il s'agit d'un déplacement vers un établissement le plus rapproché ou approprié hors région, c'est aussi l'établissement receveur qui doit assumer les frais aller-retour.

Retour à domicile d'un usager de 65 ans et plus

- L'établissement qui retourne l'utilisateur vers sa résidence doit payer les frais du déplacement si le déplacement s'effectue par ambulance et qu'il est de nécessité médicosociale.
- Lors d'un retour à domicile, l'utilisateur qui décide d'utiliser le transport par ambulance, lorsqu'il n'est pas autorisé, assume l'ensemble des frais inhérents à son déplacement. Dans ce cas, l'établissement a la responsabilité d'informer l'utilisateur que les frais inhérents à son transport lui seront facturés.

Rapatriement

- Un usager victime d'un événement survenu hors Québec (continuité de transport hors province) est responsable des frais inhérents à son transport.

Organismes responsables d'assumer les frais de transport

- Dans tous les cas où un organisme, autre qu'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, est responsable d'assumer les frais de transport de l'utilisateur, les frais encourus lors du déplacement de cet utilisateur et de son accompagnateur (médical, paramédical ou familial) sont payables par cet organisme selon leurs critères.

Organismes responsables d'assumer les frais inhérents au transport entre établissements du réseau

- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- Employeur (lors du premier transport seulement)
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)
- Santé Canada
- Ministère de la Défense nationale du Canada
- Gendarmerie royale du Canada

Déplacement d'un usager en soins palliatifs de fin de vie vers une maison de soins palliatifs (de la politique en soins palliatifs de fin de vie (MSSS 2004)Objectif

La politique de déplacement des usagers entend faire progressivement sien l'objectif énoncé sur la définition et l'uniformisation de la contribution financière des usagers dans la politique en soins palliatifs de fin de vie : « En ce qui concerne le transport ambulancier, aucune contribution de l'utilisateur ne peut être exigée, peu importe son origine géographique et son âge ».

Usager admissible

À l'égard de ceci, une première mesure est de rendre admissible l'utilisateur en fin de vie transféré vers une maison de soins palliatifs ou une unité de soins palliatifs dans un centre hospitalier reconnu par chaque CISSS.

Le retour d'une dépouille à la suite du décès d'un utilisateur transféré est exclu.

Responsabilité de paiement

Les transports ambulanciers vers la maison de soins palliatifs seront assumés par le CISSS de la région de résidence de l'utilisateur. Cette responsabilité s'applique aussi lorsqu'un utilisateur en fin de vie est admis ou inscrit dans un établissement hors de sa région d'origine.

Annexe 5

Particularités s'appliquant aux usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région

Déplacement des cas électifs : mesures générales

Objectif

La vaste étendue du territoire québécois est connue et pose des contraintes géographiques particulières. C'est pourquoi, dans un souci d'assurer à tous les citoyens du Québec un accès satisfaisant, comparable et équitable aux services de santé et aux services sociaux, le MSSS accorde un soutien financier aux cas électifs.

Les mesures de cette section de la politique s'adressent au déplacement entre les établissements ou les installations des cas électifs, c'est-à-dire dont les services diagnostiques et de traitement sont médicalement requis sans présenter un caractère d'urgence qui nécessite une hospitalisation immédiate, mais en situation d'éloignement géographique parce que les soins et les services sont non disponibles dans les établissements ou les installations de leur région d'origine.

Ces mesures visent à procurer, aux usagers admissibles, une allocation forfaitaire permettant de compenser, dans une certaine mesure, les frais encourus par le déplacement ainsi que les frais occasionnés pour le séjour, soit les frais de repas et d'hébergement.

Responsabilité

Le CISSS est responsable et imputable de la mise en place des processus administratifs et de contrôle permettant aux clientèles de son territoire de bénéficier des soins et des services non disponibles dans la région. Par conséquent, il doit inclure dans sa politique régionale, le cas échéant, de négocier, auprès d'autres CISSS, des tarifs préférentiels pour ces ressources d'hébergement à proximité des lieux de dispensation de soins et de services hors région.

L'établissement où réside l'utilisateur, c'est-à-dire le territoire de desserte comprenant le domicile principal de la personne qui y réside, est responsable du traitement et du remboursement de l'allocation à verser à l'utilisateur dans le respect des règles édictées par le CISSS.

Admissibilité

Compte tenu de leur état de santé, et à la demande du médecin référent inscrit au plan régional d'effectifs médicaux, certains usagers en région doivent se déplacer sur de grandes distances pour obtenir des soins et services requis hors région. Trois situations d'éloignement géographique s'appliquent :

- Il y a 200 kilomètres ou plus qui séparent l'établissement ou l'installation de desserte où l'utilisateur reçoit habituellement des soins et des services de base (ou son lieu de résidence) et l'établissement ou l'installation appropriée du réseau de la santé et des services sociaux la plus rapprochée et en mesure de fournir à l'utilisateur lesdits soins ou services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- L'utilisateur réside aux îles-de-la-Madeleine, à l'île d'Anticosti, de Kégaska à Blanc-Sablon, à Schefferville, à Fermont, à Kawawachikamach, au Nunavik, sur les Terres-Cries-de-la-Baie-James et Radisson (zones isolées).
- L'utilisateur habite Clova ou Parent.

Modalités générales de remboursement

Les modalités de remboursement s'appliquent (1) pour les frais de transport d'une part, et (2) d'autre part, pour les frais de séjour (hébergement et repas). L'établissement où réside l'utilisateur rembourse à l'utilisateur et à l'accompagnateur, le cas échéant, les coûts du transport et les frais de repas et d'hébergement. Afin de recevoir l'allocation forfaitaire autorisée, l'utilisateur doit présenter à l'établissement qui le réfère la demande de consultation dûment signée par le médecin qui en a fait la demande. La demande de consultation doit indiquer (1) l'endroit, (2) la date, (3) le résumé des soins ou des services et la preuve de présence aux traitements requis (ainsi que de l'accompagnateur social ou familial, ou par le comité d'orientation par délégation lorsque médicalement autorisé) pour être approuvée. Des factures ou pièces justificatives peuvent aussi être exigées.

Le transport

L'établissement rembourse le moindre :

- du coût du transport en commun le plus économique aller et retour entre la ville de l'établissement où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base, et l'établissement ou l'installation qui lui fournira les services requis;

ou

- 0,13 \$ / km pour l'usage d'une automobile couvrant la distance aller et retour entre la ville de l'établissement ou de l'installation où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base et l'établissement ou l'installation qui lui fournira les services requis moins le déductible de 200 kilomètres et le coût du billet du traversier pour l'utilisateur et son accompagnateur, ainsi que l'usage d'une automobile;
- en zones isolées ainsi que sur une route en gravier, 0,25 \$ / km pour l'usage d'une automobile couvrant la distance aller et retour entre la ville de l'établissement ou de l'installation où il reçoit habituellement ses soins et ses services de base et l'établissement ou l'installation qui lui fournira les services requis, sans application du déductible de 200 kilomètres (référence : page 14 « Admissibilité »).

Les frais de séjour (hébergement et repas)

Un forfait de 75 \$ par nuitée lors de ses déplacements à l'extérieur ou à l'intérieur de la région est accordé à l'utilisateur pour couvrir l'ensemble des frais de repas et d'hébergement. Ce montant inclut le coucher de l'accompagnateur familial ou social lorsque requis par prescription médicale. Toutefois, l'accompagnateur bénéficie d'un montant pour sa compensation journalière de 20 \$ par nuitée pour compenser ses frais de repas.

De façon générale, le calcul maximum du nombre de nuitées est déterminé selon la politique du MSSS, comme indiqué dans le tableau suivant :

Région de départ	Région d'accueil					
	Bas-Saint-Laurent	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Québec	Montréal et Laval	Abitibi-Témiscamingue	Outaouais
Bas-Saint-Laurent			1	1-2		
Saguenay-Lac-Saint-Jean			1	2		
Abitibi-Témiscamingue				2		2
Côte-Nord		1	1-2	2		
Nord-du-Québec		1	2	2	1	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1		2	2		

Toutefois, le calcul du nombre de nuitées autorisées par le CISSS de la Côte-Nord pourra tenir compte notamment de la destination, de la disponibilité du transporteur aérien en fonction du lieu de résidence de l'utilisateur, des plages horaires et hebdomadaires des services de santé, ainsi que des conditions climatiques.

Toute réclamation pour nuitées additionnelles devra être **justifiée** et **accompagnée** de pièces justificatives provenant d'un établissement d'hébergement reconnu.

Lorsque le déplacement est effectué par avion pour un usager habitant une zone isolée, une allocation forfaitaire de 75 \$ est accordée à l'utilisateur et de 20 \$ à l'accompagnateur pour un aller-retour, à laquelle s'ajoute un forfait de 75 \$ à l'utilisateur et de 20 \$ à l'accompagnateur par nuitée autorisée.

Dans le cas où l'utilisateur réside chez un parent ou un ami, une allocation forfaitaire de 44 \$ est accordée à l'utilisateur et de 20 \$ à l'accompagnateur par nuitée autorisée.

Modalités spécifiques pour certaines aires géographiques

En plus des modalités générales de remboursement des transports, des modalités spécifiques s'ajoutent.

Pour l'utilisateur en provenance des Îles-de-la-Madeleine, de l'île d'Anticosti, de Kégaska à Blanc-Sablon, de Schefferville, de Fermont, de Kawawachikamach, du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Radisson, l'établissement d'origine paie pour cet usager la totalité du coût du billet d'avion, au prix le plus économique, ou de l'utilisation du véhicule personnel.

Lorsqu'il y a accompagnateur social ou familial médicalement requis, l'allocation de déplacement pour ce dernier couvre exclusivement le coût du transport en commun, lorsqu'utilisé, excluant le covoiturage.

Le retour de l'utilisateur à son lieu de résidence devra s'effectuer au plus tard 30 jours suivant la date de son dernier rendez-vous médical et/ou traitement médical.

Particularités pour le transport aérien

L'utilisation du transport aérien peut être autorisée s'il est établi qu'il s'agit du mode de transport le plus approprié, le plus pratique et le plus économique, compte tenu de l'urgence de la situation ou de la pathologie de l'utilisateur et qu'il permet d'accéder à l'établissement médical approprié le plus proche.

L'organisation du transport, l'autorisation de la subvention et la détermination de son montant sont la responsabilité de l'administration du CISSS et de son personnel.

Responsabilité du CISSS

Le CISSS mettra à jour régulièrement la liste des services médicaux disponibles dans chacune de ses installations. Cette liste sera disponible sur le site internet du CISSS.

Le CISSS doit informer l'utilisateur de la destination et du montant admissible à la demande de subvention.

Responsabilité de l'utilisateur

Pour être admissible à la subvention jusqu'à l'établissement ou l'installation la plus rapprochée, l'utilisateur doit, dans les cas non urgents :

- Dans les trente (30) jours suivant son retour, présenter au service des transports du CISSS une attestation médicale par rendez-vous sur le formulaire prévu à cette fin. Ce document confirme qu'il a reçu les soins prescrits par le médecin dans l'établissement ou l'installation de destination.
- À défaut de produire cette attestation dans le délai prescrit, l'utilisateur sera tenu de rembourser au CISSS la totalité de la subvention dont il a bénéficié pour lui-même et, s'il y a lieu, de son accompagnateur.

Annulation de rendez-vous par l'utilisateur

Toute annulation, par un usager, d'un rendez-vous médical pris par le service des transports doit être consignée sur le formulaire prévu à cette fin et déposée au dossier de transport de l'utilisateur. Des frais administratifs en lien avec les frais encourus par l'établissement pourraient être exigibles s'il y a une annulation sans motifs valables.

Choix d'un mode de transport autre que celui le plus économique désigné par le CISSS

Si, lors d'un transport non urgent, un usager désire utiliser un mode de déplacement autre que celui choisi par le personnel du CISSS :

- La subvention qui sera accordée ne pourra être supérieure au montant admissible en vertu de cette politique.
- Le CISSS défraie les frais réels engagés jusqu'à concurrence de la subvention accordée pour le transport le plus économique vers l'établissement ou l'installation la plus rapprochée.

Allocation pour retour seulement

Pour un retour à sa résidence habituelle, à la suite d'un transfert interétablissement, l'utilisateur aura droit à 50 % de l'allocation forfaitaire prévue à la section Modalités générales de remboursement.

Rendez-vous médicaux réussis

Lorsqu'un usager doit utiliser le transport par avion pour un rendez-vous médical, l'établissement doit s'assurer que tous les rendez-vous entourant cet événement soient fixés à l'avance afin qu'il puisse profiter de son séjour pour effectuer d'autres consultations ou examens le concernant. Aucun déplacement additionnel par avion ne sera autorisé pour des rendez-vous prévus à l'intérieur de sept (7) jours.

Rendez-vous médicaux manqués

Lorsqu'une personne ne se présente pas à un rendez-vous fixé et que la prestation pour raison médicale a été assurée, cette personne pourrait devoir prendre à sa charge le coût du déplacement de son retour ou du prochain déplacement pour avoir accès aux services de santé nécessaires à moins de produire une justification suffisante qui explique la raison pour laquelle elle n'a pu se présenter ou informer le transporteur concerné par l'annulation.

La présence d'un accompagnateur pour un déplacement en avion

La présence d'un accompagnateur doit être conforme aux critères d'admissibilité (annexe 1) ou approuvée par le comité formé à cet effet si elle est médicalement requise (annexe 2).

Situations particulières

Le partage des responsabilités de paiement peut différer selon deux situations particulières :

- Lorsqu'un usager se déplace en électif à partir de l'établissement où il réside vers un établissement hors région et que, pour des besoins de traitement non planifiés, il est inscrit ou admis à l'établissement receveur qui, une fois l'épisode de soins complété, le retourne en un transport interétablissement interrégional vers son établissement d'origine, le partage des responsabilités de paiement est le suivant (suit un schéma) :

DÉPLACEMENTS:	EXEMPLE: A → R → A Électif Interétablissement
RESPONSABLE DU PAIEMENT:	Resp. A Resp. B

- Lorsqu'un usager est transporté interétablissement à partir de l'établissement où il réside vers un établissement hors région et que, une fois l'épisode de soins complété, il retourne en électif dans sa région (vers son établissement d'origine ou à sa résidence), la responsabilité de paiement est la suivante :

DÉPLACEMENTS:	EXEMPLE: A → R → A Interétablissement Électif
RESPONSABLE DU PAIEMENT:	Resp. A Resp. A

Déplacement des usagers en attente de greffes : mesures spécifiques

L'accessibilité des services d'hébergement des gens en attente d'une transplantation fait partie intégrante des orientations contenues dans le document « L'organisation des services en don et transplantation d'organes solides au Québec » (MSSS, octobre 2006) offerts à la population. La politique de déplacement des usagers s'harmonise avec les orientations ministérielles pour ce type de clientèle. Compte tenu que les donneurs vivants d'organe sont admissibles au Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants administré par Québec – Transplant, les présentes mesures de la politique de déplacement des usagers ne s'adressent spécifiquement qu'aux usagers en attente d'une transplantation d'organes ou d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques ou postgreffées et aux donneurs vivants au Québec et qui doivent se déplacer et résider dans les facilités d'hébergement opérées par un des trois organismes reconnus par le MSSS et les CISSS, soit :

- Tous les usagers visés par cette section sont admissibles à l'hébergement;
- Les remboursements autorisés pour les frais de transport pendant le déplacement de l'utilisateur et d'un accompagnateur médicalement requis sont les mêmes que ceux établis pour les cas électifs, lorsque situés à 200 kilomètres et plus;
- Les remboursements de la contribution journalière ne s'appliquent que lorsque les usagers sont référés et séjournent dans les facilités opérées par les maisons d'hébergement et hôtelleries reconnues par le MSSS et les CISSS :
 - La Maison des greffés du Québec à Montréal
1989, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2K 1B8
www.maisondesgreffes.com
 - La Fondation de la greffe de moelle osseuse de l'Est-du-Québec
1433, 4^e avenue, Québec (Québec) G1J 3B9
 - La Roseraie à Québec
825, rue Arthur-Rousseau, Québec (Québec) G1V 4S6
- Le montant de remboursement de la contribution journalière pour l'hébergement de longue durée de l'utilisateur et de l'accompagnateur, le cas échéant, peut différer selon les organismes reconnus entre 10 \$ et 25 \$;
- Lors de l'hospitalisation en lien avec l'épisode de greffe de l'utilisateur, l'accompagnateur médicalement requis peut, lorsque possible, continuer de séjourner à l'établissement dédié et d'en assumer le coût quotidien.

Les usagers en radio-oncologie : mesures spécifiques

Les règles suivantes s'appliquent pour déterminer l'admissibilité des patients en radio-oncologie ou tout autre traitement relié au cancer à un remboursement des frais de transport, d'hébergement et de séjour.

Admissibilité

Patient éloigné de 200 kilomètres et plus

Tout patient (et l'accompagnateur, lorsque médicalement requis) qui, à la demande de l'établissement d'origine, doit se déplacer à plus de 200 kilomètres vers un autre établissement pour y recevoir des traitements de radiothérapie peut se faire rembourser des frais de transport, de séjour et d'hébergement selon les balises suivantes :

Frais de transport remboursables

Les frais de transport d'un tel patient (et d'un accompagnateur, lorsque médicalement requis) sont remboursables selon les autres modalités établies pour les cas électifs, mais, en raison de la fréquence des déplacements, sans déductible.

Frais d'hébergement et de séjour remboursables

Les premières ressources à considérer pour héberger un tel usager sont les facilités opérées par les maisons d'hébergement et les « hôtelleries cancer » reconnues par le MSSS et les CISSS. Le cas échéant, la contribution journalière (qui couvre les frais de repas et d'hébergement) versée par l'utilisateur à ces ressources est remboursable. La liste des hôtelleries reconnues recevant du financement public apparaît ci-après.

En cas de non-disponibilité temporaire d'hébergement dans ces ressources, les modalités de remboursement pour l'hébergement dans d'autres types d'établissement sont celles prévues pour les cas électifs généraux, soit 75 \$ par nuitée pour un maximum de deux nuitées (voir tableau p.16) par épisode de déplacement.

Usager qui doit se déplacer au Québec à la demande de son établissement pour respecter le délai de traitement médicalement requis (Le terme médicalement requis est habituellement déterminé par le médecin, mais pourrait l'être aussi par le comité d'orientation pour les situations hors critères.)

Tout usager (et l'accompagnateur, lorsque médicalement requis) qui doit, à la demande de l'établissement où il devrait recevoir ses traitements, les recevoir dans un autre établissement afin de répondre à la cible ministérielle du délai de traitement peut se faire rembourser des frais de transport, de séjour et d'hébergement selon les balises suivantes :

Frais de transport remboursables

Les frais de transport, incluant ceux à l'intérieur d'un rayon de 200 kilomètres, d'un tel usager (et d'un accompagnateur, lorsque médicalement requis) sont remboursables selon les autres modalités établies pour les cas électifs, mais, en raison de la fréquence des déplacements, sans déductible.

Frais d'hébergement et de séjour remboursables

La première option à considérer pour héberger un tel usager est de séjourner dans les facilités opérées par les maisons d'hébergement et les « hôtelleries cancer » reconnues par le MSSS et les CISSS. Le cas échéant, la contribution journalière versée par le patient (et d'un accompagnateur lorsque médicalement requis) pour couvrir les frais de repas et d'hébergement est remboursable. En cas de non-disponibilité d'hébergement dans ces ressources, la contribution journalière peut s'appliquer à d'autres types d'hébergement selon les mêmes modalités que les cas électifs. La liste des hôtelleries reconnues recevant du financement public est la suivante :

Fondation québécois du cancer
Hôtellerie de l'Estrie
3001, 12^e avenue Nord
Fleurimont (Qc) J1H 5N4
Tél. : 819 822-2125
Télé. : 819 822-1392
cancerquebec.she@info-cancer.com

Société canadienne du cancer
Maison Jacques Cantin
5151, boulevard de l'Assomption
Montréal (Qc) H1T 4A9
Tél. : 514 255-5151
Télé. : 514 255-2808
richard@quebec.cancer.ca
www.cancer.ca

Hôtellerie de Montréal
2075, rue de Champlain
Montréal (Qc) H2L 2T1
Tél. : 514 527-2194
Sans frais : 514 527-1943
Télé. : 514 527-1943
cancerquebec.mtl@fqgc.ca

Hôtellerie de l'Outaouais
Pavillon Michael J. MacGivney
555, boulevard de l'Hôpital
Gatineau (Qc) J8V 3T4
Tél. : 819 561-2262
Télé. : 819 561-1727
cancerquebec.gat@info-cancer.com

Association du cancer de l'est-du-Qc
Hôtellerie Omer Brazeau
151, rue Saint-Louis
Rimouski (Qc) G5L 8M2
Tél. : 418 724-2120
Sans frais : 1 800 463-0806
Télé. : 418 724-9725

Hôtellerie de la Mauricie
3110, rue Louis-Pasteur
Trois-Rivières (Qc) G8Z 4E3
Tél. : 819 693-4242
Télé. : 819 693-4243
cancerquebec.trv@fqc.qc.ca

Hôtel-Dieu de Québec
Hôtellerie hospitalière de l'Hôtel-Dieu Qc
Pavillon Charlton-Auger
1, rue de l'Hôtel-Dieu
Québec (Qc) G1R 4J1
Tél. : 418 691-5242
Télé. : 418 691-2935
http://www.chuq.qc.ca/fr/lesservices/hotellerie_lhdq/

Les femmes enceintes : mesures spécifiques

Frais de transport remboursables

Les frais de transport d'une telle patiente et d'un accompagnateur sont remboursables selon les modalités établies pour les cas électifs.

Frais d'hébergement et de séjour remboursables

Une allocation quotidienne de soixante et cinq dollars (65 \$) couvrant la période de référence établie par le médecin référent jusqu'aux montants maximums détaillés ci-dessous (pour des grossesses sans particularité). La durée de l'allocation s'étend de la **date de départ** déterminée par le médecin traitant à la **date d'admission** de la maman au centre accoucheur.

Territoire	Nombre de jours maximum	Montant maximum
<ul style="list-style-type: none"> Basse-Côte-Nord Fermont Minganie (Port-Menier (Anticosti) et le secteur Est (Baie-Johan-Beetz, Aguanish et Natashquan) 	21 jours	1 365 \$
<ul style="list-style-type: none"> Minganie (Havre-Saint-Pierre et secteur Ouest (Longue-Pointe-de-Mingan, Rivière-St-Jean, Magpie, Rivière-au-Tonnerre et Sheldrake) 	14 jours	910 \$

N.B. Toute durée de séjour excédentaire nécessite une justification et l'allocation versée est alors de quarante dollars (40 \$) par jour.

Annexe 6

Particularités s'appliquant aux usagers autochtones

Déplacement des usagers autochtones

Cette section détermine le cadre général de la politique de déplacement des usagers pour les usagers autochtones conventionnés ou non. On y précise les responsabilités et procédures de paiement pour les autochtones inscrits sur le registre de la population cri, inuit et naskapie sous la responsabilité du MSSS ainsi que la responsabilité de Santé Canada ou des conseils de bande pour les communautés autochtones non conventionnées.

A. Usagers autochtones conventionnés

Admissibilité

Les usagers cris et inuits qui résident en permanence sur les territoires desservis par le Conseil régional de la santé et des services sociaux des Terres-Cries de la Baie-James, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik ou les Naskapis qui vivent sur les territoires de catégorie 1A-N sont régis par les conditions prévues à leur convention respective (Bénéficiaires des conventions de la Baie-James et du Nord québécois pour les Cris et les Inuits et Convention du nord-est du Québec pour les Naskapis).

Pour être admissibles au remboursement des frais en vertu du financement des services par le Québec, les critères suivants doivent être rencontrés :

- Être inscrit sur le registre des Autochtones sous la responsabilité du ministre conformément à l'application de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du nord-est québécois
- et
- Être membre de l'une des nations autochtones suivantes :
 - à Cri
 - à Naskapi
 - à Inuit

Responsabilité et procédure de paiement

Transport d'urgence en ambulance et transport électif

Si l'utilisateur demeure en permanence sur les territoires régis par le Conseil régional de la santé et des services sociaux des Terres-Cries de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik et le Centre de santé de Kawawachikamach, les frais de transport et de séjour des usagers référés par un médecin seront assumés par ces organismes ou leurs établissements, quel que soit l'âge de l'utilisateur.

B. Usagers autochtones non conventionnés

Responsabilité et procédure de paiement

De façon générale, l'utilisateur autochtone qui demeure sur une réserve fédérale non conventionnée est sous la responsabilité de Santé Canada ou du conseil de bande de la réserve auquel il doit s'adresser pour connaître les modalités de remboursement des frais de transport.

Transport d'urgence en ambulance

Santé Canada ou le conseil de bande de la réserve assume aussi les transports ambulanciers pour les usagers autochtones non conventionnés qui demeurent sur une réserve fédérale ou hors réserve vers un établissement pour y recevoir des soins d'urgence. Santé Canada ou le conseil de bande assume aussi les transports ambulanciers en provenance d'un établissement du MSSS, sur recommandation médicale. Santé Canada ne rembourse le transport ambulancier qu'à titre de dernier agent payeur.

Déplacement des usagers autochtones non conventionnés en électif

Santé Canada ou le conseil de bande de la réserve assume les coûts de transport électif des usagers autochtones non conventionnés qui doivent se rendre à un établissement pour consultation, examen diagnostique ou traitement spécialisé.

Transfert interétablissement des usagers autochtones

Pour les transports interétablissements, la politique de déplacement des usagers du MSSS s'applique pour les Autochtones inscrits sur le registre du MAINC.

Déplacement des usagers autochtones non conventionnés de 65 ans et plus

Les usagers autochtones non conventionnés âgés de 65 ans et plus, peu importe leur lieu de résidence au Québec, sont admissibles à la politique de déplacement des usagers du MSSS.

Annexe 7

Liste des spécialités médicales et chirurgicales **admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec**

Allergie
Cardiologie
Chirurgie générale
Chirurgie dentaire et maxillo-faciale
Chirurgie orthopédique
Chirurgie plastique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Dermatologie
Endocrinologie
Gastroentérologie
Hématologie
Médecine interne
Médecine nucléaire
Néphrologie
Neuro-chirurgie
Neurologie
Obstétrique-gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Physiatrie
Pneumologie
Psychiatrie
Radiologie diagnostique
Radiothérapie
Rhumatologie
Urologie
T.A.C.O.

Liste des services spécialisés non médicaux **admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec**

Physiothérapie
Audiologie
Orthophonie
Traitements en réadaptation

Annexe 8

Définitions

Accompagnateur familial ou social

Personne dont le rôle est de guider et d'assister l'utilisateur pendant la durée du déplacement.

Accompagnateur médical et paramédical

Personne dont le rôle est de guider, surveiller, protéger et fournir les soins à l'utilisateur pendant la durée du déplacement.

Établissement

Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements dans les centres suivants : centre hospitalier (CH), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation (CR), centre local de services communautaires (CLSC), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) dont les missions sont définies à la *partie II. Prestations des services de santé et des services sociaux. Titre I. Les établissements. Chapitre I. Dispositions générales. Articles 79 à 118*, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. S'y ajoutent les maisons de naissance et les maisons de soins palliatifs en fin de vie reconnues par les CISSS.

Établissement de résidence

Établissement dont le territoire de desserte inclut le lieu principal de résidence de l'utilisateur.

Établissement d'origine

Établissement où est admis ou inscrit l'utilisateur.

Personne admise

Une personne admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement, que les formalités applicables sont remplies et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Personne inscrite

Une personne est inscrite dans un établissement lorsqu'elle y reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qu'elle n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

Rapatriement

Retour au Québec d'une personne vers un établissement du réseau à la suite d'un événement (maladie subite ou situation d'urgence) survenu hors Québec.

Résidence

Domicile principal d'une personne

Résident du Québec

Conformément à l'article 338 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la résidence s'établit par la présence physique, sans égard à l'intention.

La qualité de résident s'acquiert par la naissance au Québec d'une mère ayant déjà la qualité de résidente du Québec.

Cependant, une personne qui est :

- un immigrant reçu;
- un canadien rapatrié;
- un canadien revenant au pays;
- un immigrant reçu revenant au pays;
- un citoyen canadien ou son conjoint qui s'établit au Canada pour la première fois;
- un membre des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'a pas acquis la qualité de résident du Québec;
- un prisonnier qui n'a pas acquis la qualité de résident du Québec au moment de son incarcération au Québec;

est réputé, ainsi que toute personne à sa charge, être une résidente du Québec après une période de résidence de trois mois au Québec après son arrivée, son élargissement ou sa libération, selon le cas.