

Commission des services financiers de l'Ontario

Recherche

[Recherche avancée](#)

[Accueil](#) | [Plan du site](#) | [Formules](#) | [Services en ligne](#) | [English](#) | [Contactez](#)



Services offerts dans différents secteurs de services financiers

[Assurance](#) [Retraites](#) [Audiences/Décisions](#) [Permis/Enregistrement](#) [Qui nous réglementons](#) [À propos de la CSFO](#) [Publications](#)

[Page d'accueil](#) > [Publications](#) > [Bulletins](#) > [AutomobileBulletins](#) : Lignes directrices concernant le recours à la

physiothérapie et les soins remboursables aux personnes accidentées en vertu de leur assurance automobile

Taille du texte :



Assurance multirisques - Bulletins - Auto

Bulletins sur les régimes de retraite

Bulletins de contrôle et de mise en application

Bulletins sur les changements à la délivrance de permis

Bulletins par secteur

Bulletin

No A-12/97

I.A.R.D

- Auto

NOTE: Les bulletins affichés sur ce site Web vous sont offerts comme références historiques seulement. Les informations qu'ils renferment sont exactes à la date de publication, mais sont sujettes à changement et peuvent avoir été remplacées par un bulletin ultérieur. Les utilisateurs sont encouragés à vérifier ces informations avant de prendre toute décision.

Les bulletins affichés peuvent contenir des formules périmées. Pour la version actuelle des formules de la CSFO, veuillez consulter la [section formules](#) de ce site Web.

Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie et les soins remboursables aux personnes accidentées en vertu de leur assurance automobile

A l'attention de toutes les compagnies d'assurances autorisées

à faire souscrire de l'assurance-automobile en Ontario

Suite aux recommandations formulées par l'Ontario Physiotherapy Association (OPA) et le comité sectoriel sur le régime d'honoraires professionnels découlant de la *Loi 59*, la Commission des assurances de l'Ontario a émis deux documents respectivement intitulés *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie* et *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale*.

Les recommandations portaient sur le recours à la physiothérapie que peuvent avoir les personnes accidentées en vertu de leur assurance automobile et sur le niveau des honoraires professionnels demandés pour de tels services.

L'objectif était de coordonner l'action des différentes parties concernées et de la rendre plus efficace, de manière à améliorer la gestion des soins remboursables aux personnes qui s'en prévalent en plus de faciliter un prompt retour à

leurs activités normales, et notamment à leurs activités professionnelles.

Les physiothérapeutes peuvent obtenir copie du rapport décrivant les recommandations conjointes, intitulé *Joint Report to the Bill 59 Fees Committee*, auprès de l'OPA et les assureurs, auprès du Bureau d'assurance du Canada.

Les lignes directrices ont initialement été publiées dans la *Gazette de l'Ontario* du 22 novembre 1997. La *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie* a été émise par le commissaire des assurances qui, en vertu des paragraphes 14(4), 15(6), 17(2) et 24(2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 1996 ou par la suite*, est habilité à publier des lignes directrices portant sur les honoraires professionnels. La ligne directrice en question ne s'applique qu'aux dépenses effectuées à compter du 22 novembre 1997. Les *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale* ont également été émises par le commissaire en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*, qui l'autorise à émettre des lignes directrices portant sur l'interprétation et la mise en oeuvre de l'*Annexe*. Celles-ci sont valables pour tous les accidents survenus le 22 novembre 1997 ou par la suite.

Le secteur de l'assurance et l'OPA ont convenu d'examiner dans les 18 mois suivant la publication des directives portant sur ces questions les problèmes soulevés par ces directives ainsi que leurs répercussions, à la demande de l'un ou de l'autre. Il a également été convenu qu'un examen aura automatiquement lieu trois ans après la publication desdites directives.

Diffusion de la ligne directrice relative à la physiothérapie auprès des coordonnateurs du règlement des différends et dans les services de traitement des demandes de remboursement et de règlement

Les directives émises conformément à la *Loi sur les assurances* constituent des documents d'information importants. C'est pourquoi la Commission des assurances de l'Ontario incite les compagnies d'assurance à veiller à ce que les exemplaires des *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale* fournis ci-joints soient distribués à leurs employés des services de traitement des demandes de remboursement et de règlement ainsi qu'aux coordonnateurs du règlement des différends. Les assureurs sont priés de noter que ces directives seront intégrées à la nouvelle version du *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

La commissaire,

Dina Palozzi

Le 24 novembre 1997

Pièces jointes :

- [Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie](#)
- [Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale](#)



Pour visualiser les fichiers PDF, vous devez avoir la version 7.0 d'Adobe Acrobat® Reader. Vous pouvez télécharger ce logiciel gratuit à partir du [site Web d'Adobe](#).

Page: 1507 Trouver la page:



Version à imprimer



Marquer la page d'un signet



Envoyer cette page

[Avis importants](#) | [Confidentialité](#)

[Accueil](#) | [Ministère des Finances](#) | [Plan du site](#) | [Commentaires](#) | [English](#) | [Contactez](#)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON M2N 6L9
1 800 668-0128
416 250-7250



Dernière mise à jour :
11/1/2005 1:05:35 PM

Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie

La présente ligne directrice, émise conformément aux paragraphes 14(4), 15(6), 17(2) et 24(2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou par la suite*, concerne les dépenses engagées à compter du 22 novembre 1997.

But

La présente ligne directrice fixe le plafond des honoraires ou des dépenses qu'un assureur est tenu de rembourser en ce qui concerne les services de physiothérapie fournis :

- soit à titre de soins médicaux, conformément aux alinéas 14(2) b) ou h) de l'*Annexe*;
- soit à titre de soins de réadaptation, conformément aux alinéas 15(5) a) à g) ou 15(5) l) de l'*Annexe*;
- soit à titre d'examen ou d'évaluation, ou encore en vue de fournir une attestation, un rapport ou un programme de traitement, conformément à l'alinéa 24(1) a) de l'*Annexe*.

Honoraires des physiothérapeutes

Les honoraires des physiothérapeutes se situent entre 95 et 120 \$ pour une heure d'intervention consacrée directement et exclusivement à une seule et même personne (y compris la durée des tâches administratives telles que la rédaction de rapports, la préparation des programmes de traitement et la consultation d'autres spécialistes ou de l'assureur).

Les honoraires par unité d'intervention (15 minutes) se situent entre 23,75 et 30 \$.

Lorsque les honoraires d'un(e) physiothérapeute se situent dans la fourchette indiquée ci-dessus, la facture présentée par celui-ci ou celle-ci devrait être établie en fonction de son évaluation des résultats obtenus par le cabinet et de données objectives et vérifiables et non pas en fonction des frais généraux, de l'attestation professionnelle, de l'accréditation ou de tout autre facteur.

Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale

Les physiothérapeutes et les assureurs devraient, le cas échéant, tenir compte des renseignements sur les interventions cliniques et la durée des traitements indiqués dans les *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale*, qui ont été publiées dans la *Gazette de l'Ontario* le 22 novembre 1997 conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.



**Ontario
Insurance
Commission**

**Commission des
assurances de
l'Ontario**

24 novembre 1997

**Lignes directrices concernant le
recours à la physiothérapie en vue
de la récupération fonctionnelle des
tissus mous de la colonne
vertébrale**

Directive du commissaire n° 2/97

Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale

Partie 1 : Introduction

Les présentes lignes directrices sont émises conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Elles s'appliquent à tous les accidents survenus le 22 novembre 1997 ou par la suite et ont pour but d'aider les assureurs, les demandeurs et les fournisseurs à comprendre quels sont les services qu'un(e) physiothérapeute pourrait offrir à une personne ayant subi des blessures des tissus mous de la colonne vertébrale dans un accident d'automobile. Elles ne visent nullement à dicter un traitement dans un cas particulier. Elles devraient plutôt servir de guide pour repérer les cas exceptionnels ou pour prendre certains éléments en considération.

I. Préambule

Le succès de la récupération fonctionnelle des tissus mous suite à une blessure dépend, d'une part, de la rapidité avec laquelle la gravité de la blessure est évaluée et, d'autre part, de la possibilité pour la personne blessée d'accéder à un traitement d'un bon rapport coût-efficacité. Une bonne prise en charge de la personne blessée et la reprise la plus rapide possible par celle-ci de ses activités normales, y compris professionnelles, exigent un effort de coordination concerté entre toutes les personnes concernées, notamment en matière de communication. La partie 3 du présent document résume les lignes directrices concernant le recours aux services des physiothérapeutes et les interventions de ces spécialistes, ainsi que les coûts à prévoir pour des blessures typiques des tissus mous de la colonne vertébrale. Ces lignes directrices vont de pair avec la *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie*, publiée dans la *Gazette de l'Ontario*, qui établit un système de facturation à l'unité (une unité = 15 minutes d'intervention directe par une personne spécialisée en physiothérapie), assorti d'un taux de facturation maximal.

Les présentes lignes directrices ont pour principale caractéristique le fait qu'elles mettent l'accent sur l'évaluation des blessures. Elles visent à déterminer quels sont, d'un point de vue raisonnable, les soins requis jusqu'à ce qu'une personne blessée soit rétablie dans

l'état où elle se trouvait avant l'accident ou la blessure, ou encore jusqu'à ce qu'elle ait retrouvé un niveau de fonctionnement optimal dans les circonstances, si un rétablissement complet n'est pas possible. Une autre caractéristique de ces lignes directrices est le fait qu'elles s'appuient sur les publications médicales les plus récentes, de même que sur un consensus d'opinion parmi les spécialistes dans le domaine. Il est essentiel que toutes les parties concernées comprennent bien le but et les limites de ces lignes directrices.

II. Les troubles associés à l'entorse cervicale

L'entorse cervicale, appelée aussi coup du lapin ou coup de fouet cervical («whiplash» en anglais), résulte d'un phénomène d'accélération et de décélération de l'énergie transférée aux vertèbres cervicales. Elle peut notamment se produire chez les personnes voyageant dans un véhicule frappé par un autre à l'arrière ou sur le côté. L'impact d'une telle collision peut entraîner des blessures des tissus osseux ou des tissus mous, dont les signes cliniques varient, d'où l'expression «troubles associés à l'entorse cervicale». Vu qu'elles sont fondées sur l'expérience clinique et compte tenu à la fois de leur aspect pratique et de leur application déjà très répandue, il nous a semblé logique de reprendre la classification des troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC) établie par le groupe de travail québécois sur les TAEC, à savoir :

TAEC I : Plainte de douleur, de raideur ou de sensibilité au niveau du cou seulement.
Aucun signe clinique.

TAEC II : Plainte de douleur au niveau du cou ET signe(s) clinique(s)
musculosquelettique(s), y compris la réduction de l'amplitude des
mouvements et la sensibilité à la palpation.

TAEC III : Plainte de douleur au niveau du cou ET signe(s) clinique(s) neurologique(s), y
compris la diminution ou l'absence des réflexes ostéotendineux, la
faiblesse musculaire et les déficits sensoriels.

TAEC IV : Plainte de douleur au niveau du cou ET fracture ou dislocation.

Vu que les personnes atteintes de TAEC I, II ou III représentent la vaste majorité de la clientèle des services de consultation externe en physiothérapie, les présentes lignes directrices ne prennent en considération que ces trois stades de gravité.

III. Les lombalgies

Nos lignes directrices concernant le traitement des blessures au niveau des vertèbres lombaires sont basées sur celles en vigueur au Royaume-Uni, ainsi que sur celles énoncées aux États-Unis par la *Agency for Health Care Policy Research* dans ses *Clinical Practice Guidelines on Acute Low Back Problems*. Elles visent uniquement les

lombalgies aiguës (autrement dit celles qui ne durent pas plus de trois mois), et plus précisément :

1. les maux de dos non spécifiques, autrement dit les douleurs survenant surtout au niveau du dos qui ne semblent liées ni à la lésion d'une racine nerveuse, ni à une quelconque autre pathologie grave sous-jacente;
2. la sciatique, autrement dit les douleurs irradiant du bas du dos vers les membres inférieurs qui laissent soupçonner une lésion d'une racine nerveuse au niveau de la région lombo-sacrée, se manifestant par exemple par une diminution ou une disparition des réflexes ostéotendineux, une faiblesse musculaire et des déficits sensoriels.

Partie 2 : Données de base

I. Les lignes directrices en matière de traitement

La prise en charge clinique des TAEC et des troubles touchant la région lombaire comporte essentiellement trois éléments : les encouragements quant au bon pronostic de ces affections, la reprise la plus rapide possible des activités habituelles et le soulagement de la douleur. Ces éléments forment la base des interventions cliniques à tous les stades de la récupération, depuis les symptômes aigus, aux symptômes subaigus, jusqu'aux soins prolongés et à la réadaptation. On s'attend à ce que les interventions décrites à chaque stade permettent à la personne ayant subi des blessures de reprendre ses activités normales, dans la mesure du possible, et qu'elles diminuent ou prennent en charge les symptômes de cette personne. Les lignes directrices en matière de traitement des personnes qui présentent des symptômes aigus ou subaigus suite à un accident automobile s'appliquent indifféremment que celles-ci aient repris leur travail ou non. Dans un cas comme dans l'autre, les interventions cliniques seront en principe similaires, exception faite de la promotion d'une reprise rapide du travail auprès des personnes qui sont encore en arrêt de maladie. Il faudra toutefois faire une nette distinction entre les

soins de réadaptation et les soins prolongés offerts aux deux groupes de patients, car leurs besoins à ce stade sont très différents.

Si une personne blessée n'est pas en mesure de reprendre ses activités habituelles après la première phase de traitement visant à éliminer ses symptômes aigus, il s'agit de consulter sa compagnie d'assurance et d'obtenir l'accord de celle-ci pour entamer la prochaine phase de traitement. Si la personne n'est toujours pas en mesure de reprendre ses activités habituelles après la deuxième phase de traitement (autrement dit en cas d'incapacité résiduelle), il y a lieu de procéder à une évaluation approfondie de son état. Si une déficience physique devait rendre une reprise des activités habituelles et en particulier du travail impossible, il serait bon de soumettre la personne concernée à une évaluation de sa capacité fonctionnelle. Sous réserve des autres obstacles susceptibles de se présenter, il y aurait alors lieu de poursuivre l'évaluation indépendante (EI) appropriée. Enfin, il est fortement recommandé qu'une personne atteinte d'une incapacité résiduelle après la phase de réadaptation et de soins prolongés soit soumise à une évaluation complète avant d'entamer un autre traitement ou de poursuivre le traitement en cours.

II. Les indicateurs d'une récupération plus lente

Le tableau ci-après énumère les facteurs qui laissent présager une période de récupération plus longue chez une personne atteinte de troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC). La présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs permet donc de repérer les personnes qui risquent de se remettre plus difficilement d'un accident entraînant des TAEC et pour lesquelles il pourra s'avérer nécessaire de prévoir un traitement plus long et plus agressif.¹

Facteurs démographiques	Facteurs reliés à l'accident	Facteurs médicaux
1. Personne du sexe féminin 2. Personne d'un certain âge 3. Personne ayant au moins deux personnes à charge 4. Personne mariée ou vivant avec quelqu'un	1. Collision ayant causé la mort ou des blessures graves 2. Collision autre que par l'arrière 3. Collision autre que dans une automobile personnelle ou un taxi	1. Blessures multiples 2. Paresthésie digitale 3. Mal de tête avant l'accident, accompagné de douleurs au niveau du cou 4. Apparition de signes musculosquelettiques dans les trois jours qui suivent l'accident

Le tableau suivant énumère les signes avertisseurs d'une récupération plus lente chez les personnes atteintes de troubles dans le bas du dos.² Il n'existe malheureusement pas

¹ Lignes directrices relatives aux TAEC.

² Agency for Health Care Policy and Research, Décembre 1994, *AHCPR Clinical*

d'indicateurs concrets d'une récupération tardive pour les personnes atteintes de ce type de troubles suite à un accident automobile.

Facteurs démographiques	Facteurs liés à l'accident	Pathologie
1. Personne âgée de moins de 20 ans ou de plus de 55 ans lors de l'accident	1. Traumatisme violent 2. Douleur constante, progressive, autre que mécanique 3. Carcinome antérieur 4. Stéroïdes systémiques 5. Surconsommation de médicaments ou usage de stupéfiants 6. Polyalgie/malaise généralisé 7. Perte de poids 8. Flexion lombaire restreinte de façon marquée et continue 9. Signes neurologiques généralisés 10. Douleur thoracique	1. Fracture 2. Tumeur 3. Infection 4. Syndrome de la queue de cheval (cauda equina) 5. Pathologie non liée à la colonne vertébrale (vasculaire, abdominale, urinaire ou pelvienne)

III. Les hypothèses de base

Les lignes directrices concernant la physiothérapie et la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale qui forment la partie 3 du présent document sont basées sur les hypothèses suivantes :

Practice Guidelines for Acute Low Back Problems (Consumer Version), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Directive du commissaire n° 2/97

- ▶ la conception et la mise en application d'un programme de traitement adéquat pour tous les patients sont soumises à une évaluation initiale préalable de l'état de ceux-ci, conformément aux normes établies par l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario;
- ▶ la liste des interventions cliniques prévues dans les lignes directrices n'est pas exhaustive;
- ▶ le chiffre proposé pour la durée du traitement à chaque phase correspond à une valeur caractéristique susceptible de varier d'un cabinet et d'un patient à l'autre; faute d'indicateurs d'une récupération lente, le coût total du traitement devrait toutefois se situer dans la fourchette prévue;
- ▶ les intervalles indiqués pour chaque phase, aiguë, subaiguë et réadaptation/soins prolongés (par ex. phase aiguë : 0 à 6 semaines) correspondent au temps écoulé depuis l'accident et sont basés sur le délai ordinaire de guérison des blessures des tissus mous. **Tous les patients ne passeront pas nécessairement tous par chacune de ces trois phases de traitement.**

IV. Les définitions

Traitement de la douleur : il peut prendre la forme de différentes techniques, allant de l'application de froid, de chaleur ou d'ultrasons jusqu'à l'électrostimulation des fibres nerveuses, y compris la manipulation et la mobilisation. L'application de ces techniques va de pair avec des exercices pour accroître l'amplitude des mouvements et la mobilité en général dont le but essentiel est invariablement de soulager la douleur.

Rééducation, exercices adaptés à la blessure : il peut s'agir soit de donner des conseils aux patients sur la manière d'éviter d'autres blessures à l'avenir et de hâter leur récupération, en mettant l'accent sur la prise en charge personnelle à long terme de leur état physique grâce à des exercices et à un changement de style de vie, soit de les aider à réapprendre à faire leurs activités habituelles, soit encore de leur faire faire des exercices spécialement conçus pour venir à bout de leur incapacité ou du moins l'atténuer.

Réentraînement à l'effort : il s'agit d'un programme de traitement intensif visant à rétablir les fonctions systémiques, neurologiques, musculosquelettiques (force, endurance, amplitude des mouvements, souplesse et contrôle des mouvements) et cardiopulmonaires des patients. Ce programme vise à assurer leur récupération fonctionnelle optimale, afin

de leur permettre de reprendre leurs activités habituelles, y compris tout ou partie de leurs activités professionnelles, si possible.

Conditionnement au travail : le conditionnement au travail consiste à faire faire aux patients des tâches réelles qu'ils doivent exécuter dans le cadre de leur travail ou une simulation de ces tâches, afin de renforcer petit à petit leur capacité à reprendre leurs activités professionnelles, alors qu'ils suivent parallèlement un programme de réentraînement à l'effort. Les programmes de conditionnement au travail sont très structurés et axés sur un but précis établi au cas par cas. Ils facilitent la transition entre les soins en phase aiguë et le retour au travail, tout en abordant des questions telles que la productivité, la sécurité, les limites de tolérance physique et les comportements au travail. Ce conditionnement peut se faire en clinique par la simulation des activités professionnelles ou directement sous la supervision de l'employeur, sous forme d'adaptation au travail.

Activités de préparation au travail : il s'agit en fait d'une simulation des activités professionnelles des patients, afin d'améliorer progressivement leur capacité à reprendre leur travail. Ces activités sont organisées parallèlement au programme de réentraînement à l'effort.

Traitement de la douleur chronique : le traitement de la douleur chronique englobe aussi l'amélioration de la capacité fonctionnelle et la modification du comportement des patients.

Partie 3 : Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie

Voir ci-joint.

Directive du commissaire n° 2/97

TAE C I - RECOURS À LA PHYSIOTHÉRAPIE

	PHASE AIGUË (0 - 6 semaines)		PHASE SUBAIGUË (6 -12 semaines)		RÉADAPTATION/SOINS PROLONGÉS (> 12 semaines)	
					Avant reprise du travail	Après reprise du travail
INTERVENTION CLINIQUE	1. Traitement de la douleur 2. Promotion d'une reprise immédiate des activités normales, y compris professionnelles		1. Rééducation, exercices adaptés à la blessure 2. Activités de préparation au travail 3. Traitement de la douleur selon les besoins		Programmes spécialisés, par ex. 1. Réentraînement à l'effort (R.E.) 2. Conditionnement au travail (C.T.) 3. Traitement de la douleur chronique (T.D.C.)	1. Rééducation, exercices adaptés à la blessure 2. Traitement de la douleur selon les besoins
DURÉE	Maximum 6 semaines		Maximum 6 semaines		R.E. et C.T. : 8 semaines T.D.C. : 12 semaines	Maximum 6 semaines
NOMBRE TOTAL DE VISITES	4 - 6		Maximum 18		R.E. et C.T. : 40 T.D.C. : 60	Maximum 30
NOMBRE TOTAL D'UNITÉS DE TEMPS	1 - 2		1 - 2		1 - 4	Maximum 2
COÛT TOTAL	95 à 120 \$ de l'heure = 95 à 360 \$		95 à 120 \$ de l'heure = 427,50 à 1 080 \$		R.E. et C.T. : 95 à 120 \$ de l'heure = 950 à 4 800 \$ T.D.C. : 1 425 à 7 200 \$	95 à 120 \$ de l'heure = 712,50 à 1 800 \$