

Commission des services financiers de l'Ontario

Recherche

ALLER

[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](#) > [2003](#) : Règlements additionnels sur l'assurance-

automobile, proclamation des dispositions du projet de loi 198 et lignes directrices sur les services professionnels et le

Taille du texte :

dépôt des taux révisés et de la classification des risques

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- 16/03

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.

Règlements additionnels sur l'assurance-automobile, proclamation des dispositions du projet de loi 198 et lignes directrices sur les services professionnels et le dépôt des taux révisés et de la classification des risques

À toutes les compagnies d'assurance inscrites

aux fins des transactions d'assurance automobile en Ontario

Dans ce Bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) offre un résumé de référence des éléments suivants :

- quatre changements additionnels au règlement, changements que le gouvernement de l'Ontario a déposé auprès du Registrateur des règlements, le 18 septembre 2003;
- les *Lignes directrices sur les services professionnels*, à paraître dans l'édition du 27 septembre 2003 de la *Gazette de l'Ontario*; ces lignes directrices établissent le maximum des frais exigibles pour des services fournis par des professionnels de la santé et d'autres fournisseurs de services; et

- les lignes directrices sur le dépôt des taux révisés et de la classification des risques.

De plus, le 16 septembre 2003, le gouvernement de l'Ontario a proclamé que le 1er octobre 2003 serait la date d'entrée en vigueur de l'article 120 du projet de loi 198, la *Loi de 2002 sur le respect de l'engagement d'assurer une économie saine (mesures budgétaires)*. L'article 120 sera en vigueur pour les accidents survenant à compter de cette date.

L'article 120 du projet de loi 198 accroît le droit d'une personne blessée d'intenter une poursuite dans le but d'obtenir le paiement de frais additionnels de soins de santé dans la mesure où cette personne n'est pas responsable de l'accident, si l'une des fonctions corporelles, mentales ou psychiques importantes de cette personne a subi une déficience permanente grave. De plus, dans les cas où les indemnités pour douleurs et souffrances sont supérieures à 100 000 \$ et la *Loi sur le droit de la famille* accorde plus de 50 000 \$, la franchise exigible en temps normal est éliminée. Enfin, une protection est offerte à certaines parties qui sont responsables du fait d'autrui en relation avec les actes d'un défendeur protégé.

Changements au règlement

1. Définition de *déficience invalidante aux fins des procédures judiciaires* (Règlement de l'Ontario

381/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 461/96 intitulé *Court Proceedings for Automobile Accidents that Occur on or after November 1, 1996*), date de dépôt : le 18 septembre 2003.

Suite à la proclamation de l'article 120 du projet de loi 198, le seuil au-delà duquel il est possible d'intenter une poursuite, pour obtenir le paiement de frais additionnels de soins de santé, est modifié, passant d'une « déficience invalidante » à une « déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante ». Par conséquent, l'article 5 du Règlement de l'Ontario 461/96 intitulé *Court Proceedings for Automobile Accidents that Occur on or after November 1, 1996*, est abrogé. Cette modification à la loi entrera en vigueur pour tous les accidents survenant à compter du 1er octobre 2003.

2. Définition de « déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante » (Règlement de l'Ontario 381/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 461/96 intitulé *Court*

Proceedings for Automobile Accidents that Occur on or after November 1, 1996), date de dépôt : le 18

septembre 2003.

Tel que résumé dans le communiqué de presse du 29 août 2003 du gouvernement, le seuil lexical de « déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante » a été défini dans le Règlement. De plus, le Règlement énumère les éléments de preuve qui doivent être fournis pour faire démontrer une déficience grave et permanente d'une fonction corporelle, mentale ou psychique importante. Cette modification entrera en vigueur pour tous les accidents survenant à compter du 1er octobre 2003.

3. **Nouvelles limites s'appliquant aux indemnités de remplacement de revenu** (Règlement de l'Ontario 380/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 403/96 intitulé *Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 2003*), date de dépôt : le 18 septembre 2003.

Le montant maximum payable en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* pour une indemnité de remplacement de revenu de base est réduit de 400 \$ à 300 \$ par semaine. De plus, les assureurs sont tenus d'offrir aux consommateurs une protection facultative de remplacement de revenu à raison de 400 \$ par semaine en plus des limites facultatives actuelles de 600 \$, 800 \$ et 1 000 \$ par semaine. Cette modification entrera en vigueur pour toutes les polices d'assurance-automobile émises ou renouvelées à compter du 1er janvier 2004.

4. **Remise d'avis écrits** (Règlement de l'Ontario 380/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 403/96 intitulé *Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 1996*), date de dépôt : le 18 septembre 2003.

L'article 68 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* telle que modifiée à compter du 1er octobre 2003 exige que la plupart des avis soient remis par écrit. La modification aux dispositions sur les avis amène une plus grande certitude en ce qui a trait à la remise des documents. Après l'échec d'une première tentative de livraison d'un document en personne à la résidence d'une personne, la nouvelle sous-section 68(a) permet que le document soit laissé à une personne qui semble être un membre adulte du même ménage. Cette modification s'appliquera à tous les avis remis à compter du 1er octobre 2003.

Lignes directrices sur les services professionnels

Le 28 août 2003, la ministre des Finances a émis une Déclaration de principes intitulée *Barèmes d'honoraires des*

fournisseurs de soins de santé en vertu de la Loi sur les assurances de l'Ontario, publiée dans l'édition du 6 septembre 2003 de la *Gazette de l'Ontario*. Le surintendant des services financiers a maintenant émis les *Lignes directrices sur les services professionnels* en réaction au livre blanc du gouvernement, intitulé *Plan de l'abordabilité de l'assurance-automobile pour l'Ontario : prochaines étapes* et à la Déclaration de principes. Ces lignes directrices établissent le maximum des frais exigibles pour les services de toutes les professions de la santé et tous les fournisseurs de soins de santé énumérés dans les *Lignes directrices*. Ce plafond s'applique :

- aux prestations médicales en vertu des alinéas 14 (2) (a), (b) ou (h) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux prestations de réadaptation en vertu des alinéas 15 (5) (a) à (g) ou de l'alinéa (5) (l) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux services de gestionnaire de cas en vertu de la sous-section 17 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*; et
- les frais d'examen ou d'évaluation ou l'établissement d'un certificat, d'un rapport ou d'un plan de traitement en vertu de la sous-section 24 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Les *Lignes directrices* établissent également le maximum des frais exigibles pour la préparation de certains formulaires de demande aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*. En outre, les *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale* et les *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale* ont été émises à nouveau afin d'inclure les modifications apportées aux frais.

À l'heure actuelle, aucune ligne directrice n'est émise pour les évaluations en Centre d'évaluation désignés (CED). Tel que stipulé dans le livre blanc du gouvernement, un examen du système des CED est présentement en cours et se terminera en octobre 2003. L'examen portera sur l'établissement de frais standard pour les évaluations en CED.

Les *Lignes directrices sur les services professionnels* s'appliquent aux frais survenus à compter du 1er novembre 2003

Les *Directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé* s'appliquent aux nouveaux Formulaires de confirmation de traitement soumis à compter du 1er novembre 2003.

Copies des *Lignes directrices*

Les Lignes directrices indiquées dans le présent Bulletin seront publiées dans l'édition du 27 septembre 2003 de la Gazette de l'Ontario. Ces lignes directrices peuvent également être téléchargées du site Web de la CSFO à l'adresse suivante : www.fSCO.gov.on.ca.

Abrogation des lignes directrices actuelles sur les frais, l'utilisation et les traitements

Suite à la publication des *Lignes directrices sur les services professionnels et la nouvelle version des Directives relatives à un cadre de traitement préapprouvé*, les lignes directrices suivantes, émises antérieurement par le surintendant des services financiers, le commissaire aux assurances de l'Ontario, la Commission des services financiers de l'Ontario ou la Commission des assurances de l'Ontario, sont abrogées :

- *Directive pour la tarification - Ergothérapeute, le 3 février 2001, Directive pour la tarification no 1/01.*
- *Directives sur l'utilisation de l'ergothérapie pour les blessures non complexes des tissus mous, 3 février 2001, Directive de la surintendante no 01/01.*
- *Directives concernant les honoraires professionnels en podologie, 9 mars 1998, Directive de la commissaire no 01/98.*
- *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie, 24 novembre 1997.*
- *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale, 24 novembre 1997, Directives du commissaire no 2/97.*
- *Directive concernant la tarification - Orthophonistes, le 31 mars 2001, Directive pour la tarification no 2/01.*
- *Directive concernant la tarification - Psychologues, 31 mars 2001, Directive pour la tarification no 3/01.*

Deux autres lignes directrices sur l'utilisation ont été établies suite à des ententes et, bien qu'elles ne concernent pas les frais, elles nécessitent une mise à jour automatique trois ans après l'émission des lignes directrices :

- Le Bureau des assurances du Canada et l'Ontario Psychological Association ont été priés d'examiner les *Directives concernant l'évaluation et le traitement psychologiques (Directive de la surintendante no 2/01, 31 mars 2001)* et de faire rapport à la surintendante sur tout changement proposé d'ici le 31 décembre 2003.
- Le Bureau des assurances du Canada et l'Ontario Podiatric Medical Association ont été priés d'examiner les

Directive concernant le recours à la podologie (Directive du commissaire no 1/98, 9 mars 1998) et de faire rapport à la surintendante sur tout changement proposé d'ici le 31 décembre 2003.

Lignes directrices sur le dépôt des taux et de la classification des risque

La CSFO publie une nouvelle version simplifiée de la trousse des lignes directrices sur le dépôt suite aux changements récents survenus dans le domaine de l'assurance-automobile. En plus de prendre en compte les économies impliquées par ces changement, les assureurs doivent faire un dépôt qui comprendra un taux pour la nouvelle protection facultative de remplacement de revenu à raison de 400 \$ par semaine. Vous trouverez ci-joint la version modifiée des Lignes directrices simplifiée pour le dépôt des taux révisés et de la classification des risques en vertu du projet de loi 198.

Copies des règlements

Le Règlement de l'Ontario 381/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 461/96 intitulé *Court Proceedings for Automobile Accidents that Occur on or after November 1, 1996* et le Règlement de l'Ontario 380/03 modifiant le Règlement de l'Ontario 403/96 intitulé *Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 2003* sont joints au présent Bulletin à votre usage et seront publiés dans l'édition du 4 octobre 2003 de la *Gazette de l'Ontario*. Ces règlements serrent également être téléchargés du site e-Laws de l'Ontario à l'adresse suivante : www.e-laws.gov.on.ca.

Bryan P. Davies

Directeur général et

surintendant des services financiers

Le 18 septembre 2003

Pièces jointes :

- [Lignes directrices sur les services professionnels](#)
- [Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale](#)

- [Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale](#)
- [Règlement de l'Ontario 381/03](#)
- [Règlement de l'Ontario 380/03](#)



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: 175 Trouver la page: **ALLER**



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

Dernière mise à jour :
3/16/2006 4:07:04 PM

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





Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Septembre 2003

Lignes directrices sur les services professionnels

Lignes directive du surintendant No. 05/03

Lignes directrices sur les services professionnels

Introduction

Ces lignes directrices s'appliquent en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* aux fins des sous-sections 14 (4), 15 (6), 17 (2) et 24 (2) et de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1^{er} novembre 1996*, et s'appliquent aux frais exigibles pour des services de soins de santé administrés à compter du 1^{er} novembre 2003.

Objet

Ces Lignes directrices établissent le maximum des frais exigibles des compagnies d'assurance-automobile en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* pour les services de l'une des professions médicales ou des fournisseurs de soins de santé énumérés dans ces Lignes directrices. Ces plafonds s'appliquent :

- aux prestations médicales en vertu des alinéas 14 (2) (a), (b) ou (h) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux prestations de réadaptation en vertu des alinéas 15 (5) (a) à (g) et (l) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux services de gestionnaire de cas en vertu de la sous-section 17 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*; et
- aux frais d'examen ou d'évaluation ou à l'établissement d'un certificat, d'un rapport ou d'un programme de traitement en vertu de la sous-section 24 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Maximum des frais exigibles

Les compagnies d'assurance-automobile ne sont pas tenues de payer les dépenses liées aux services professionnels administrés à une personne assurée au-delà des taux horaires suivants :

Profession médicale ou soins de santé	Taux horaire maximal
Chiropraticien	95,00 \$
Massothérapeute	49,00 \$
Ergothérapeute	84,00 \$
Physiothérapeute	84,00 \$
Podologue	84,00 \$
Psychologue (sauf de niveau maîtrise) Titulaire d'une maîtrise en psychologie	126,00 \$ 93,00 \$
Orthophoniste	94,50 \$
Infirmier(ère) autorisé(e), infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) et infirmier(ère) praticien(ne),	77,00 \$
Fournisseur de services non réglementés	49,00 \$

Frais pour la préparation des formulaires

Les compagnies d'assurance-automobile ne sont pas tenues de payer, au-delà des plafonds suivants, des frais pour la préparation de certains formulaires de demande d'indemnité d'accident par les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé énumérés dans ces Lignes directrices. (Ces plafonds ne s'appliquent pas aux évaluations effectuées afin de remplir ces formulaires.)

Formulaire	Maximum des frais pour la préparation du formulaire
Certificat d'invalidité (OCF-3)	62 \$
Programme de traitement (OCF-18)	62 \$
Formulaire 1 – Évaluation des soins auxiliaires	62 \$
Facture standard d'assurance automobile (OCF-21)	0 \$
Demande d'une approbation pour une évaluation ou un examen (OCF-22/198)	0 \$

Abrogation des lignes directrices actuelles sur les frais, l'utilisation et les traitements

Suite à la publication de ces Lignes directrices et de la nouvelle version des *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale* et des *Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale*, les lignes directrices suivantes, émises antérieurement par le surintendant des services financiers, le commissaire aux assurances de l'Ontario, la Commission des services financiers de l'Ontario ou la Commission des assurances de l'Ontario, sont abrogées :

- *Directive pour la tarification - Ergothérapeute*, le 3 février 2001, *Directive pour la tarification n° 1/01*.
- *Directives sur l'utilisation de l'ergothérapie pour les blessures non complexes des tissus mous*, 3 février 2001, *Directive de la surintendante n° 01/01*.
- *Directives concernant les honoraires professionnels en podologie*, 9 mars 1998.
- *Ligne directrice concernant les honoraires professionnels en physiothérapie*, 24 novembre 1997.
- *Lignes directrices concernant le recours à la physiothérapie en vue de la récupération fonctionnelle des tissus mous de la colonne vertébrale*, 24 novembre 1997, *Directives du commissaire n° 2/97*.
- *Directive concernant la tarification - Orthophonistes*, 31 mars 2001, *Directive pour la tarification n° 2/01*.

La *Directive concernant la tarification - Psychologues*, *Directive pour la tarification n° 2/01*, émise le 31 mars 2001, est expirée depuis le 31 décembre 2001.



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Septembre 2003

**Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures
associées à une entorse cervicale de stade I
avec ou sans douleur dorsale**

Lignes directrices du surintendant No. 06/03

Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale
--

1. Introduction

Les présentes lignes directrice sont émises conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* et aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} novembre 2003 par le professionnel de la santé chargé du dossier; elles remplacent les *Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale*, *Lignes directrices du surintendant No. 01/03*, juillet 2003.

Ces lignes directrice visent à établir les catégories de soins et de traitements qui peuvent être fournis, sans obtenir au préalable la permission de l'assureur, à une personne assurée ayant subi une entorse cervicale de stade I décrite ci-dessous, avec ou sans douleur dorsale, ainsi que les frais remboursés par l'assureur de la personne assurée ces services.

Ces lignes directrice reflètent le consensus entre les professionnels de la santé réglementés et les assureurs et, au fil du temps, elles feront l'objet d'un examen et de modifications, si nécessaire.

2. Types d'invalidité compris dans les présentes lignes directrice

Sous réserve des exceptions prévues à la Section 3 ci-dessous, l'invalidité dont souffre une personne assurée est comprise dans les présentes lignes directrice si, après une évaluation survenant dans les 21 jours suivant l'accident, on détermine que la personne assurée souffre d'une blessure qui :

- (a) est le résultat d'un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération, et qui se manifeste comme une douleur au cou, une raideur ou une douleur à la pression, sans signes physiques, ce qui répond donc aux critères des « troubles associés à l'entorse cervicale de stade I », tel que décrit par le Groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC) de la Société de l'assurance automobile du Québec dans un rapport intitulé *Redéfinir le « Whiplash » et sa prise en charge*, publié dans l'édition du 15 avril 1995 de la revue *Spine* et du numéro de mai de la revue *Le Médecin du Québec*, et/ou un complexe de symptômes fréquents associés à l'entorse cervicale;¹
- (b) peut inclure une plainte de mal de dos non radiculaire, associé à une entorse cervicale de stade I;
- (c) est d'une sévérité suffisamment grave pour requérir l'intervention de traitements en conformité avec les lignes directrice.

¹ Si la personne assurée présente également des symptômes musculo-squelettiques manifestes, y compris une réduction de l'amplitude des mouvements ou une sensibilité localisée, consultez les Lignes directrice pré-autorisées pour les entorses cervicales de stade I avec ou sans maux de dos.

Une personne assurée qui souffre d'une invalidité comprise dans les présentes lignes directrice peut également manifester d'autres symptômes fréquents, notamment: des douleurs aux épaules; une douleur au bras nécessitant l'intervention d'un spécialiste (non reliée à la radiculopathie); des étourdissements; des acouphènes; des problèmes de surdité et de l'acuité de la mémoire; la dysphagie; et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas une invalidité de la portée des présentes lignes directrice, à moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus par les présentes lignes directrice.

3. Types d'invalidité non compris dans les présentes lignes directrice

L'invalidité d'une personne assurée n'est pas comprise dans les présente lignes directrice si :

- (a) l'invalidité de la personne assurée est comprise dans les lignes directrice pré-autorisées régissant l'entorse cervicale de stade II;
- (b) même si, dans un délai de 21 jours suivant la blessure, elle a fait l'objet d'une évaluation où une blessure décrite à la Section 2 a été constatée, il existe des conditions préexistantes précises associées à la nature professionnelle, fonctionnelle ou médicale de la personne assurée ayant comme conséquence :
 - i. d'établir de façon marquée les besoins de cette personne par rapport aux soins requis par d'autres souffrant d'invalidités similaires qui sont comprises dans les présentes lignes directrice; et
 - ii. de constituer des raisons incontournables justifiant le recours à d'autres soins et traitements de préférence à ceux prévus aux lignes directrice.

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les traitements et soins prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation des traitements;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut coordonner la prestation de tous soins et traitements couverts par les présentes lignes directrice et offerts à la personne assurée par un autre professionnel de la santé réglementé, ou superviser directement la prestation de tous soins et traitements additionnels par un fournisseur de soins de santé non réglementé dans la mesure où ces services sont nécessaires à la personne assurée et qu'ils sont dispensés en conformité avec les présentes lignes directrice;
- (e) devrait être responsable dans l'ensemble :

- i. de l'évaluation des besoins en soins et traitements et leur mise en oeuvre de telle sorte que les éléments de traitements des lignes directrices y répondent, comme il se doit, et de manière appropriée;
 - ii. de veiller à avoir recours aux services du ou des fournisseurs de services les plus compétents;
 - iii. de maintenir le dossier à jour, communiquer avec les fournisseurs et les facturer en conformité avec les règlements;
 - iv. de faire rapport des résultats à la personne assurée et à l'assureur quand les traitements sont inadéquats ou qu'ils sont interrompus;
 - v. de participer à la supervision de l'efficacité en remplissant complètement les formulaires requis par les lignes directrices;
- (f) détermine la présence de toute entrave qui pourrait retarder le rétablissement de la personne assurée.

5. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

Le professionnel de la santé responsable du dossier peut prévoir dans le Formulaire de confirmation des traitements des soins fournis par d'autres fournisseurs de service. Les présentes directives couvrent les traitements dispensés par le professionnel de la santé responsable du dossier et par d'autres fournisseurs, y compris des fournisseurs non réglementés dans la mesure où les traitements sont directement supervisés par un professionnel de la santé réglementé *et ne constituent pas en soi un acte médical aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée*.

6. Changement du professionnel de la santé responsable du dossier

Si, pour une raison ou une autre, une personne assurée recevant des traitements désire changer de professionnel de la santé responsable de son dossier, la personne assurée et le nouveau professionnel devront en informer l'assureur en lui faisant parvenir un Formulaire de confirmation des traitements. Dans ce document, la personne assurée devra donner son consentement à l'assureur pour qu'il consulte le professionnel initialement responsable du dossier pour vérifier les soins et les traitements prévus au Formulaire original qui n'ont pas été dispensés, puis l'assureur inscrira les montants à la partie 9 du nouveau formulaire.

7. Traitements couverts par les lignes directrices

Normalement, le professionnel de la santé responsable au départ d'un dossier préparera un Formulaire de confirmation des traitements.

Les traitements commencent avec la première évaluation de la personne assurée par le professionnel de la santé responsable du dossier.

Les traitements peuvent durer un maximum de 28 jours.

Les professionnels de la santé réglementés sont tenus d'évaluer la personne assurée, de préparer un plan de traitements et prévoir un maximum de neuf séances de contrôle/traitements pour les personnes en vertu des présentes lignes directrices.

L'accent des lignes directrice porte sur le maintien des activités habituelles et la réduction des risques de chronicité.

Dès le départ, on encouragera la personne assurée à maintenir ses activités normales. Au cours de la première semaine, l'accent sera mis sur l'évaluation, l'éducation, le réconfort et la gestion de la douleur. Pendant tout le traitement, on insistera sur le fait que la personne assurée est responsable de son rétablissement et sur la poursuite de ses activités habituelles. La fréquence des interventions du fournisseur diminueront au fur et à mesure que la personne assurée fera des progrès.

Si des médicaments sur ordonnance sont nécessaires, on prendra un rendez-vous, au besoin, avec un médecin ou une infirmière praticienne. Les professionnels de la santé réglementés peuvent fournir de l'information générale sur la consommation de médicaments en vente libre mais on conseille aux personnes assurées de consulter un médecin, une infirmière praticienne ou un pharmacien sur la consommation de ces médicaments.

L'ensemble du traitement peut impliquer les interventions suivantes : le réconfort, la gestion de la douleur, la mobilisation/manipulation, l'éducation et l'activation (activités quotidiennes normales et exercice actif).

Le professionnel de la santé responsable du dossier remettra à toute personne assurée relevant de ces lignes directrices un dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*, préparé par des professionnels de la santé réglementés et par l'industrie des assurances. On trouvera une copie de ce dépliant en Annexe D.

Il est essentiel de faire passer un message positif et on s'attend donc, dès la première visite et l'évaluation et lors des rencontres subséquentes, à ce que la personne assurée reçoive :

- un programme d'éducation indiquant que « avoir mal, ce n'est pas se blesser »
- et le réconfort que la plupart des personnes victimes d'une entorse cervicale de stade I associés à des maux de dos récupèrent dans les premières semaines suivantes la blessure.

Ce ne sont pas toutes les victimes d'entorse cervicale de stade I qui devront suivre une partie ou la totalité des interventions prévues aux lignes directrices. Le fournisseur est responsable de déterminer la nécessité des soins et des traitements et si les interventions prescrites permettent d'enregistrer des progrès importants vers le rétablissement et dans quelle mesure ils doivent se poursuivre aux termes des lignes directrices. Si la personne assurée a récupéré avant la fin des traitements prévus, on devrait y mettre un terme sans autre forme de procès.

8. Soins et traitements additionnels

Sans avoir l'approbation préalable de l'assureur, le professionnel de la santé responsable du dossier peut fournir des soins et des traitements additionnels, au besoin, pour le traitement de blessures d'un ou de plusieurs tissus mous qui :

- (a) sont le résultats du même accident qu'une entorse cervicale de stade I et ont besoin de traitement;
- (b) ne sont pas reliés à une entorse cervicale de stade I avec ou sans mal de dos avec symptômes connexes;

- (c) ne sont pas suffisamment graves pour exclure l'invalidité de la personne assurée des présentes lignes directrices; et
- (d) peuvent être complètement traités par le fournisseur selon l'échéancier prévu dans les présentes lignes directrices.

L'invalidité traitée et les soins et traitements dispensés doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais exigibles à l'assureur pour la prestation de soins et traitements fournis aux termes de cette section sont établis à 120 \$.

9. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

Si le professionnel de la santé responsable du dossier détermine qu'aux termes des lignes directrices, le traitement n'est plus adéquat ou est insuffisant pour la personne assurée parce qu'ils ne lui permettent pas de se rétablir, il peut en aviser l'assureur et la personne assurée (en utilisant le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II). Voici les avenues qui s'offrent au professionnel de la santé :

- (a) présenter au Plan de traitement;
- (b) ou présenter un Plan de traitement et, avec l'approbation de l'assureur, organiser un rendez-vous avec le médecin de l'assureur ou un autre professionnel de la santé réglementé; ou
- (c) référer la personne assurée à son médecin ou autre professionnel de la santé.

Pendant qu'on réfléchit à la décision ou au traitement à prendre, le professionnel de la santé responsable du dossier peut :

- (d) interrompre les traitements s'ils sont jugés inadéquats (ou sont devenus inutiles); ou
- (e) poursuivre le traitement jusqu'à ce que le professionnel de la santé prenne une décision finale sur les mesures à prendre ou jusqu'à la fin du traitement compris dans les présentes lignes directrices.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légales stipule qu'un assureur a le droit de rejeter un Plan de traitement prévoyant des soins et traitements à être dispensés en même temps que la personne assurée reçoit des soins et des traitements aux termes des lignes directrices et que cette décision de l'assureur n'est pas sujette à une contestation.

Cependant, l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et des traitements conformément aux lignes directrices, de présenter un Plan de traitement applicable à une période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit dans l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales, ce différend peut être soumis au Centre d'évaluation désigné pour examen.

10. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

Une fois le traitement complété, le professionnel de la santé responsable du dossier préparera un rapport final expliquant le résultat des traitements pour la personne assurée.

Si une personne assurée choisit de mettre un terme aux traitements prévus, cette personne pourra les reprendre à une date ultérieure uniquement si leur durée globale et le total des frais ne dépasseront pas les normes établies.

Quand une personne assurée reçoit des traitements aux termes des lignes directrices, les options pour y mettre un terme sont les suivantes :

- i. Fermer le dossier et donner son congé à la personne assurée dans un délai de quatre semaines (le professionnel de la santé responsable au dossier remplit le formulaire Donner son congé et rapport de situation pour un TAEC de stade I et II);
- ii. La condition de l'assuré s'améliore mais pas suffisamment à la fin du traitement (des traitements additionnels ou d'autres traitements non prévus aux lignes directrices dépendent de la mise en œuvre d'un Plan de traitements et de l'application de l'Annexe d'indemnités d'accidents légales);
- iii. Situation non résolue (décision prise le plus tôt possible) et le professionnel de la santé responsable du dossier complète le formulaire de rapport de la situation et de fermeture du dossier pour un TAEC de stade I et II et donne son congé à la personne assurée;
- iv. La personne assurée a failli de manière déraisonnable à participer au traitement. On considère une personne non raisonnable quand elle ne se présente pas à aux moins deux rendez-vous consécutifs ou à quatre rendez-vous pour l'ensemble de ceux prévus au traitement sans explication crédible. Le fournisseur est requis de compléter le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II; ou
- v. La personne assurée retire son consentement.

11. Exigence en matière de rapport des professionnels de la santé responsables du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier est tenu d'établir des objectifs cliniques pour les personnes assurées recevant un traitement aux termes des présentes lignes directrices en conformité avec les objectifs d'un retour aux activités normales et à une réduction d'un risque de chronicité. Pendant l'ensemble des traitements, le professionnel de la santé responsable du dossier est tenu de faire usage de mesures et d'indicateurs adéquats pour évaluer les progrès vers l'atteinte de ces objectifs.

Aux fins d'établir l'incidence des présentes lignes directrices sur une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans ces lignes directrices et de contribuer à une évaluation globale des lignes directrices, le professionnel de la santé responsable du dossier doit remplir le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II.

12. Remboursement du fournisseur

Un professionnel de la santé responsable du dossier qui fournit des soins ou un traitement à une personne assurée en conformité avec les lignes directrices doit soumettre un Formulaire de confirmation des traitements au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir rencontré la personne assurée pour la première fois.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légales prévoit que l'assureur doit confirmer, au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir reçu le Formulaire de confirmation des traitements au professionnel de la santé responsable du dossier, que la police d'assurance désignée dans le Formulaire de confirmation des traitements était en vigueur à la date de l'accident. L'assureur peut refuser de payer le professionnel de la santé en raison de question de couverture et d'exclusions prévues à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales.

Le paiement au professionnel de la santé suivra la réception d'un Formulaire de confirmation des traitements, d'une demande d'indemnités d'accident et d'une Facture d'assurance-automobile standard, version C. L'assureur n'est pas obligé de verser un paiement jusqu'à ce que l'assureur ait reçu une demande d'indemnités d'accidents.

Dans le cas d'une facture finale, le paiement de l'assureur sera effectué suite à la réception d'un formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II et d'une Facture d'assurance-automobile standard, version C.

13. Contenu des annexes

L'Annexe A présente le calendrier de remboursement sous forme de tableau.

L'Annexe B donne un aperçu de l'ensemble des traitements prévus pour une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices. Les fournisseurs fourniront une version personnalisée de ces traitements découlant de ces directives pour les besoins de chaque personne assurée.

L'Annexe C établit les soins et les traitements qu'un assureur n'est pas tenu de financer en vertu des présentes lignes directrices pour une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans ces lignes directrices.

L'annexe D comprend le dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*.

Annexe A - Calendrier de remboursement TAEC de stade I

Les fournisseurs de services de santé devraient recevoir les remboursements suivants pour le traitement d'une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices. Les honoraires sont payables quand la personne assurée a reçu tout traitement dans la semaine incluant où le traitement a été interrompu.

1 ^{re} et 2 ^e semaines	296 \$
Obtenir son congé pendant la 1 ^{re} et la 2 ^e semaine ou à la fin de la 2 ^e semaine, rapport de congé et contrôle	152 \$
3 ^e et 4 ^e semaines	160 \$
Évaluation finale et production du rapport de congé	80 \$
Soins et traitements additionnels	120 \$
Droits de transfert de professionnel de la santé responsable du dossier	48 \$

Annexe B - Ensemble des traitements pour entorse cervicale de stade I

Semaines 1 et 2	Soins et traitements
<u>Visite initiale :</u>	- On envisage jusqu'à quatre séances de surveillance ou de traitement dans le cadre de cette étape. - Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux et l'examen physique pour déterminer si ces critères peuvent être inclus dans les lignes directrices, les plaintes reliées à l'accident, le besoin de soins et de traitements recommandés et l'identification de toute entrave potentielle au rétablissement - Remplir le Formulaire de confirmation du traitement
<u>Visites initiale et subséquente :</u>	- Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles sans interruption - Examiner le dépliant <i>L'entorse verticale : les faits</i> - Gérer la douleur au besoin (pourrait se traduire par un rendez-vous avec un médecin) - Prescrire de légers exercices à la maison pour améliorer la motricité - Initier la manipulation et la mobilisation, au besoin, pour améliorer l'habileté fonctionnelle - Si, contre toute attente, l'assuré est incapable d'effectuer les activités exécutées couramment avant l'accident au travail comme à la maison, informez-en l'assureur et la personne assurée
<u>Remarque pour les fournisseurs de service à la fin de la 2^e semaine :</u> Si on observe une amélioration à l'entorse cervicale de stade 1 mais que d'autres soins et traitements sont nécessaires :	- Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités normales - Gérer la douleur, si nécessaire - Prescrire de légers exercices à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés - Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, au besoin, dans le cadre d'une stratégie qui favorise l'activité
<u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 2^e semaine :</u> Si l'entorse cervicale de stade I ne s'améliore pas ou n'est pas réglée :	Réévaluer et informer l'assureur
S'il y a congé pendant la 1 ^{re} et la 2 ^e semaine	- Donner congé de traitement, conseil et réconfort - Remplir le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II. - Surveiller la personne assurée
3^e et 4^e semaines	- Le 15^e jour ou tout près, évaluer les progrès et planifier pour les 13 prochains jours - Un maximum de cinq séances de traitement sont prévues dans les 3^e et 4^e semaines.

Si le TAEC de stade I est résolu sans nécessiter d'autres soins ou traitements :	• Accorder le congé sans autre traitement et donner des conseils et du réconfort • Surveiller la personne assurée
Si on prévoit que le problème du TAEC de stade I sera réglée avant la fin des traitements aux termes des lignes directrices	• Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles • Gérer la douleur au besoin • Prescrire de légers exercices et, au besoin, fournir des exercices supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
Si l'entorse cervicale de stade I s'améliore et fait des progrès mais sera pas réglée à la fin du traitement aux termes des lignes directrices	• Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités habituelles • Si les activités quotidiennes sont touchées, informer l'assureur et l'assuré et présenter des recommandations à la personne assurée et à l'assureur sur la marche à suivre • Gérer la douleur, au besoin • Proposer des exercices faciles à la maison • Envisager davantage de manipulation et de mobilisation intensives ou une thérapie physique dans le cadre d'une stratégie encourageant les activités habituelles
Si le TAEC de stade I n'est pas réglé et ne s'améliore pas :	• Informer l'assureur et le professionnel de la santé traitant la personne assurée • Réévaluer • Envoyer le Plan de traitement et/ou référer le patient au professionnel de la santé réglementé
À la fin de la 4 ^e semaine	• Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée par le biais du formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II

Annexe C - Soins et traitements non couverts pas les lignes directrices

Aux termes des présentes lignes directrices, un assureur n'est pas tenu de payer les soins ou les traitements suivants administrés à une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices :

- Utiliser des oreillers cervicaux;
- Conseiller l'inactivité ou le repos au lit;
- Injecter un anesthésique, de l'eau stérile ou des stéroïdes pour le cou;
- Porter un collier souple pour plus de 2 jours;
- Effectuer des pulvérisation locale et des étirements; et
- Porter un collier magnétique.

Annexe D - L'entorse cervicale : les faits

L'entorse cervicale : les faits - stade I et II

Les personnes blessées lors d'accidents automobiles connaissent parfois une tension aux muscles du cou et aux tissus mous environnants, désignée communément comme une entorse cervicale. Cette blessure est fréquente lorsqu'un véhicule est percuté à l'arrière ou de côté, ce qui crée un mouvement brusque et important de la tête et du cou. L'entorse cervicale peut provoquer une sensibilité des muscles (stade I) ou une limitation des mouvements du cou (stade II). Ce type de blessure est généralement temporaire et la plupart des gens qui en souffrent connaissent un rétablissement complet. Si vous avez souffert d'une entorse cervicale, le fait d'en savoir plus sur cet état peut vous aider à vous impliquer dans votre propre rétablissement. Ce dépliant résume le fruit des recherches scientifiques actuelles sur les entorses cervicales de stade I et II.

Pour comprendre l'entorse cervicale

- La plupart des entorses cervicales ne sont pas des blessures graves et guérissent complètement.
- Les signes d'une blessure cervicale grave, comme une fracture, sont généralement évidents lors des premières évaluations. Les professionnels de la santé qui ont été formés pour traiter les entorses cervicales sont attentifs à ces signes.
- La douleur, la raideur et d'autres symptômes d'entorse cervicale de stade I ou II apparaissent en général en 2 jours suivant le moment de l'accident. Une apparition plus tardive des symptômes n'est pas un signe de blessure plus grave.
- De nombreuses personnes souffrant d'entorse cervicale continuent leurs activités habituelles sans connaître de dérangement. Les personnes qui subissent de tels dérangements connaissent généralement une amélioration après quelques jours ou quelques semaines et reviennent sans danger à leurs activités quotidiennes.
- Tout comme la douleur et la raideur d'une entorse à la cheville peuvent persister, une entorse cervicale peut aussi laisser une douleur, une raideur ou une sensibilité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Bien que certains patients connaissent une guérison rapide, les symptômes peuvent persister pendant une longue période de temps. Dans la plupart des cas d'entorse cervicale de stade I et II, ces symptômes diminuent graduellement avec le retour à l'activité normale.

L'Entorse cervicale et les activités quotidiennes

- Le fait de poursuivre une activité normale est très important pour le rétablissement.
- Un repos prolongé pendant plus d'un jour ou deux ne contribue généralement pas à la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. Pour les entorses cervicales, il semblerait que « le repos fait rouiller ».
- Les muscles blessés peuvent devenir raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut augmenter la douleur et retarder le rétablissement.
- Un retour aux activités habituelles peut être facilité par un traitement actif et des exercices.
- Les collets cervicaux ou « supports cervicaux » empêchent le mouvement et peuvent augmenter la raideur et la douleur. Ces appareils ne sont généralement pas recommandés puisqu'ils n'ont fait preuve que de peu ou pas d'efficacité.
- Le retour à l'activité conserve la santé des tissus mous et maintient leur flexibilité, ce qui accélère le rétablissement. L'exercice physique libère également des agents chimiques du corps qui aident à réduire la douleur d'une façon naturelle.

- Afin de prévenir le développement de douleurs chroniques, il est important de commencer à bouger dès que possible.

Conseils pour le retour à l'activité

- Évitez de demeurer en position assise pendant des périodes prolongées sans changer de position.
- Levez-vous et étirez-vous périodiquement.
- À votre poste de travail, assoyez-vous de manière à ce que la partie supérieure de vos bras soit près de votre corps et votre dos et vos pieds soient bien soutenus.
- Ajustez le siège de votre voiture lorsque vous conduisez, de manière à ce que vos genoux et vos coudes soient légèrement pliés.
- Lorsque vous faites des emplettes ou lorsque vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur soutien.
- Lors des quelques premières semaines, évitez les sports de contact ou les exercices vigoureux afin d'éviter de vous blesser à nouveau. Demandez à votre professionnel de la santé de vous conseiller d'autres activités sportives ou récréatives.
- Assurez-vous que le lit où vous dormez est confortable. L'oreiller doit être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traitement des entorses cervicales

- Les études indiquent qu'un traitement efficace des entorses cervicales nécessite la coopération du patient et des efforts actifs de retour aux activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé en charge de votre traitement évaluera votre blessure et discutera avec vous des possibilités de traitement et de gestion de la douleur.
- Bien qu'en général aucun médicament sous ordonnance n'est nécessaire, l'usage provisoire de médicaments légers disponibles en vente libre peut vous être suggéré en plus d'un traitement à la glace ou à la chaleur.
- Le professionnel de la santé en charge de votre traitement peut recommander un traitement de physiothérapie approprié.

Pour éviter les douleurs chroniques

- Certaines personnes atteintes d'une entorse cervicale hésitent à reprendre leurs activités, craignant que l'état de la blessure n'empire. La douleur ou la sensibilité peut les pousser à surestimer l'importance des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé conseille un retour à l'activité, acceptez ce conseil et mettez-le en application.
- Demeurez en contact avec votre famille, vos amis et vos collègues. Le retrait social peut contribuer à la dépression et au développement de douleurs chroniques.
- Si la quête de votre rétablissement vous décourage ou vous déprime, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Concentrez-vous sur la poursuite de votre vie plutôt que sur votre blessure!

Pour Prévenir une nouvelle blessure

- Un bon ajustement de la hauteur de l'appuie-tête de votre siège de voiture aidera à prévenir les blessures associées au coup de fouet cervical survenant lors d'un accident. Pour un

ajustement optimal, le sommet de la tête doit être aligné avec le haut de l'appuie-tête et il ne doit pas y avoir plus de 2 à 5 cm de distance entre l'arrière de la tête et l'appuie-tête.

Ce dépliant fournit des renseignements généraux sur les entorses cervicales. Ce dépliant ne remplace pas les conseils qualifiés d'un professionnel de la santé qui peut évaluer correctement les blessures associées au coup de fouet cervical et recommander un traitement.

Ces renseignements résument les dernières recherches scientifiques disponibles sur l'entorse cervicale et ont été entérinés par les groupes suivants :

Bureau d'assurance du Canada (BAC)
Association chiropratique de l'Ontario (OCA)
Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
Ontario Physiotherapy Association (OPA)
Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Septembre 2003

**Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures
associées à une entorse cervicale de stade II
avec ou sans douleur dorsale**

Lignes directrices du surintendant No. 07/03

Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale

1. Introduction

Les présentes lignes directrices sont émises conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur l'assurance* et aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accidents légaux*.

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} novembre 2003 par le professionnel de la santé chargé du dossier; elles remplacent les *Lignes directrices pré-approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale*, *Lignes directrices du surintendant No. 02/03*, juillet 2003.

Ces lignes directrices visent à établir les catégories de soins et traitements qui peuvent être fournis, sans obtenir au préalable la permission de l'assureur, à une personne assurée ayant subi une entorse cervicale de stade II tel que décrit ci-dessous, avec ou sans douleur dorsale, ainsi que les frais remboursés par l'assureur pour ces services.

Ces lignes directrices reflètent le consensus entre les professionnels de la santé réglementés et les assureurs et, au fil du temps, elles feront l'objet d'un examen et de modifications, si nécessaire.

2. Types d'invalidité compris dans les présentes lignes directrice

Sous réserve des exceptions décrites à la Section 3 des présentes, les présentes lignes directrices s'appliquent à l'invalidité d'une personne assurée si, après avoir été évaluée dans les 28 jours suivant un accident, la personne assurée est déclarée victime d'une blessure qui :

- (a) est le résultat d'un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération et qui se manifeste comme une douleur au cou, une raideur, une sensibilité ou des signes musculosquelettiques, y compris une diminution de la motricité et d'une sensibilité localisée, ce qui par conséquent répond aux critères de « troubles associés à l'entorse cervicale de stade II » (également nommés « TAEC II »), tel que décrit par le Groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale de la Société de l'assurance automobile du Québec dans un rapport intitulé *Redéfinir le « Whiplash » et sa prise en charge*, publié en supplément dans l'édition du 15 avril 1995 de la revue *Spine*;
- (b) peut inclure une plainte de mal de dos non radiculaire associé à une entorse cervicale de stade II;
- (c) est suffisamment grave pour requérir l'intervention de traitements en conformité avec les lignes directrices.

La personne assurée qui a subi des blessures couvertes par les présentes lignes directrices peut également manifester d'autres symptômes fréquents, notamment les suivants : des douleurs aux épaules, une douleur au bras nécessitant l'intervention d'un spécialiste (non reliée à la radiculopathie), des étourdissements, de l'acouphène, des maux de tête, des problèmes d'ouïe et

de mémoire, de la dysphagie et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas l'invalidité de l'application de ces lignes directrices à moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus aux présentes lignes directrices.

3. Types d'invalidité non compris dans les présentes lignes directrice

Les présentes lignes directrices ne s'appliquent pas à l'invalidité d'une personne assurée si :

- (a) l'invalidité de la personne assurée est couverte par les lignes directrices régissant l'entorse cervicale de stade I;
- (b) ou, même si elle a été examinée dans un délai de 28 jours suivant la blessure décrites à la Section 2, il existe des conditions préexistantes précises associées à la nature professionnelle, fonctionnelle ou médicale de la personne assurée ayant comme conséquence :
 - i. d'établir de façon marquée les besoins de cette personne par rapport aux soins requis par les autres personnes assurées en vertu des mêmes lignes directrice;
 - ii. et de constituer des raisons incontournables justifiant le recours à d'autres soins et traitements plutôt qu'à ceux prévus dans les présentes lignes directrices.

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les soins et traitements prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation du traitement;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut superviser directement ou coordonner la prestation de tout bien ou service couvert par les lignes directrices par un fournisseur non réglementé dans la mesure où il les juge nécessaires pour le bien de la personne et qu'ils sont dispensés en conformité avec les lignes directrices;
- (e) devrait être responsable dans l'ensemble de :
 - i. l'évaluation des besoins en soins et traitements et leur mise en oeuvre de telle sorte que les éléments de traitement des lignes directrices y répondent, comme il se doit, et de manière appropriée;
 - ii. veiller à avoir recours aux services du ou des fournisseurs de services les plus compétents;
 - iii. maintenir le dossier à jour, communiquer et facturer les fournisseurs, en conformité avec les lignes directrices;
 - iv. faire rapport des résultats à la personne assurée et à l'assureur quand le traitement est inadéquat ou qu'il est interrompu;

- v. participer à la supervision de l'efficacité en remplissant complètement les formulaires requis par les lignes directrices;
- (f) et détermine la présence d'entraves qui peuvent retarder le rétablissement.

5. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

Le professionnel de la santé responsable du dossier prévoit dans le Formulaire de confirmation des traitements des soins fournis par d'autres fournisseurs de service. Les présentes lignes directrices couvrent les traitements dispensés par le professionnel de la santé et d'autres fournisseurs, y compris des fournisseurs non réglementés dans la mesure où les traitements sont directement supervisés par un professionnel de la santé réglementé et ne constitue pas en soi *un acte médical aux termes de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée*.

6. Changement de professionnel de la santé responsable du dossier

Si, pour une raison ou pour une autre, une personne assurée recevant des traitements désire changer de professionnel de la santé responsable du dossier, la personne assurée et le remplaçant du professionnel initial devront en informer l'assureur en lui faisant parvenir un Formulaire de confirmation du traitement. Dans ce document, la personne assurée devra donner son consentement à l'assureur pour qu'il contacte le professionnel initial pour vérifier les soins et les traitements prévus au Formulaire de confirmation de traitement original qui n'ont pas été dispensés, puis l'assureur inscrira les montants à la partie 9 du nouveau formulaire.

7. Traitements et évaluations couverts par les lignes directrices

Normalement, le professionnel de la santé responsable au départ d'un dossier préparera un Formulaire de confirmation du traitement.

Le traitement commence avec la première évaluation de la personne assurée par le professionnel de la santé responsable du dossier.

Si le traitement est engagé dans les sept premiers jours suivant un accident, sa durée sera de sept semaines. S'il est engagé entre 8 et 28 jours suivant l'accident, sa durée sera fixée à 6 semaines.

Dans la première semaine de traitement, aux termes des lignes directrices, l'accent sera mis sur l'évaluation, l'éducation, le réconfort, la gestion de la douleur et pourrait comprendre un rendez-vous avec un médecin pour obtention d'une ordonnance.

La série de traitement peut comprendre les éléments suivants : réconfort, gestion de la douleur, mobilisation/manipulation, éducation et activation (activités quotidiennes normales et exercice physique).

Les professionnels de la santé responsables du dossier distribueront à toutes les personnes assurées couvertes par les lignes directrices un dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*, préparé par des professionnels de la santé réglementés et des intervenants du milieu des assurances. Ce matériel est fourni à l'Annexe E.

Il est essentiel de faire passer un message positif et on s'attend donc à ce que tout au long de son traitement, de la première à la dernière rencontre, la personne assurée reçoive :

- un programme d'éducation indiquant que « avoir mal, ce n'est pas se blesser »;
- et l'assurance que la plupart des personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade II et des maux de dos connexes récupèrent dans les premières semaines suivant la blessure.

L'accent sera mis sur la responsabilisation des personnes assurées, qui doivent prendre en main leur propre rétablissement et le retour aux activités normales. La fréquence des soins et traitements diminuera au fur et à mesure que la personne assurée fait des progrès.

Si des médicaments doivent être prescrits, il faut référer la personne assurée à un médecin ou à une infirmière praticienne. Les professionnels de la santé réglementés peuvent fournir de l'information générale sur l'utilisation de médicaments en vente libre mais il faut encourager la personne assurée à consulter un médecin, une infirmière praticienne ou un pharmacien relativement à la consommation de ces médicaments.

Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade II qui devront suivre une partie ou la totalité des soins et traitements prévus aux lignes directrices. Le fournisseur est responsable de déterminer la nécessité d'intervention et si les soins et traitements prescrits permettent d'enregistrer des progrès importants vers le rétablissement et dans quelle mesure ils doivent se poursuivre aux termes des lignes directrices. Si la personne assurée a récupéré avant la fin des traitements prévus, on devrait y mettre un terme sans autre forme de procès.

8. Soins et traitements auxiliaires (TAEC s. 37.2)

Dans la mesure où l'assureur a donné son approbation préalable, le professionnel de la santé responsable du dossier, le médecin de famille ou l'assureur peuvent proposer certains soins et traitements auxiliaires que peut dispenser un professionnel de la santé réglementé pendant que la personne assurée continue d'être couverte par les lignes directrices. Il faut remplir un formulaire de confirmation de traitement séparé pour obtenir l'approbation de l'assureur. Si l'assureur ne donne pas son approbation dans les cinq jours ouvrables, comme le prévoit l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, ce litige peut être soumis à un Centre d'évaluation désigné (CED) pour examen. Si l'assureur ne répond pas dans la période impartie, l'assureur sera tenu de payer pour les soins et les traitements fournis aux termes du Formulaire de confirmation de traitement.

Pour les besoins des présentes lignes directrices, les soins et traitements auxiliaires requis comprennent les activités d'intervention de la vie courante (ANLI) dans le but d'identifier et d'évaluer les secteurs de difficulté fonctionnelle ou les entraves au rétablissement en raison d'une entorse cervicale de stade II ou de maux de dos et mettre en place des stratégies pour le rétablissement. Une « ANLI » est une évaluation permettant de déterminer l'admissibilité à l'entretien ménager, aux services auxiliaires ou aux indemnités hebdomadaires.

La personne assurée doit être présente lors de l'ANLI (sauf pour la rédaction du rapport).

Il ne prendra pas plus de quatre heures au professionnel pour faire passer le test d'ANLI, incluant le temps de préparation du rapport (mais excluant les déplacements et le kilométrage).

Le professionnel de la santé réglementé doit faire rapport au professionnel de la santé responsable du dossier (si ce n'est pas la même personne), à l'assureur, à la personne assurée, au médecin de famille et se prononcer sur les conclusions de l'évaluation, le traitement fourni et faire des recommandations.

Si, après avoir complété le formulaire ANLI, le professionnel de la santé réglementé décide que des soins et traitements additionnels sont nécessaires, il devra compléter le plan de traitement et présenter une demande à l'assureur.

9. Soins et traitements additionnels

Sans l'approbation préalable de l'assureur, le professionnel de la santé responsable du dossier peut fournir des soins et des services additionnels, au besoin, pour le traitement de blessures d'un ou de plusieurs tissus mous qui :

- (a) sont le résultats du même accident qu'une entorse cervicale de stade II et requiert le même traitement;
- (b) ne sont pas reliés à une entorse cervicale de stade II avec ou sans mal de dos et symptômes connexes;
- (c) ne sont pas suffisamment graves pour exclure l'invalidité de la personne assurée du traitement prévu aux lignes directrices; et
- (d) peuvent être complètement traités par le fournisseur selon l'échéancier des lignes directrices.

L'invalidité traitée de même que les soins et les traitements doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais exigibles par l'assureur pour la prestation de ces soins et services fournis aux termes de cette section sont de 160 \$.

10. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

Si le professionnel de la santé responsable du dossier détermine qu'aux termes des lignes directrices, les traitements ne sont plus appropriés ou insuffisants parce qu'ils ne lui permettent pas de se rétablir, il peut donner son avis à l'assureur et à la personne assurée (en utilisant le formulaire de rapport de la situation pour un TAEC de stade I et II). Voici les possibilités qui sont offertes au professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) présenter un Plan de traitement;
- (b) ou présenter un Plan de traitement et procéder à un renvoi du cas au médecin de famille de la personne assurée ou à tout autre professionnel de la santé réglementé;
- (c) ou, avec l'approbation de l'assureur, prolonger le traitement prévu aux lignes directrices pour un maximum de quatre visites en deux semaines après la prévue de la durée prévue du traitement et à un coût déterminé par l'assureur et le professionnel de la santé responsable du dossier;
- (d) ou procéder à un renvoi du cas au médecin de famille de la personne assurée ou à tout autre professionnel de la santé réglementé.

Pendant qu'on réfléchit à la décision ou au traitement à prendre, le professionnel de la santé responsable du dossier peut :

- (e) interrompre le traitement s'il est jugé inadéquat (ou devenu inutile);
- (f) ou poursuivre le traitement jusqu'à ce que le professionnel de la santé responsable du dossier prenne une décision sur les dispositions à prendre.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légales stipule qu'un assureur a le droit de rejeter un Plan de traitement prévoyant des soins et traitements à être dispensés en même temps que la personne assurée reçoit des soins et traitements aux termes des lignes directrices et que cette décision de l'assureur n'est pas sujette à contestation.

Cependant, l'Annexe prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et traitements aux termes des lignes directrices, de présenter un Plan de traitement applicable à la période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit à l'Annexe, ce différend peut être soumis pour examen au Centre d'évaluation désigné.

11. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

Une fois le traitement complété, le professionnel de la santé responsable du dossier préparera un rapport final expliquant le résultats des traitements pour la personne assurée.

Si une personne assurée choisit de mettre un terme aux traitements prévus, elle pourra seulement les reprendre à une date ultérieure dans la mesure où leur durée globale et le total de leurs frais ne dépassent pas les normes établies dans les lignes directrices.

Quand une personne assurée reçoit un traitement aux termes des lignes directrices, les options pour y mettre un terme sont les suivantes :

- i. Fermer le dossier et donné son congé à la personne assurée dans un délai de six semaines (le formulaire de fermeture de dossier et de bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II complété par le professionnel de la santé responsable du dossier);
- ii. La condition de l'assuré s'améliore mais pas suffisamment à la fin du traitement (des traitements additionnels ou d'autres traitements non prévus aux lignes directrices dépendent de l'application du plan de traitement et du processus d'application de l'Annexe d'indemnités d'accidents légales);
- iii. Cas non résolu (décision le plus tôt possible) et le professionnel de la santé responsable du dossier complète le formulaire de fermeture du dossier et de bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II et donne son congé à la personne assurée;
- iv. La personne assurée a failli de manière déraisonnable à participer au traitement. On considère une personne non raisonnable quand elle ne se présente pas à au moins deux rendez-vous médicaux consécutifs ou quatre rendez-vous pour l'ensemble de ceux prévus au traitement, sans explication crédible. Le fournisseur est requis de compléter le Formulaire Donner congé à la personne assurée et présenter un bilan de situation pour un TAEC de stade I et II;
- v. La personne assurée retire son consentement.

12. Exigence en matière de rapport des professionnels de la santé responsables du dossier

Un professionnel de la santé responsable d'un dossier qui fournit un service à une personne assurée recevant des traitements en conformité avec les lignes directrices et qui visent au retour aux activités normales aux premières étapes et à une réduction du risque chronicité. Pendant le traitement, il est tenu d'utiliser les mesures et les indicateurs adéquats pour évaluer les progrès vers l'atteinte de ces objectifs.

Aux fins du dossier de la progression des traitements en regard de l'application des lignes directrices à une personne assurée victime d'une invalidité admissible aux lignes directrices et pour contribuer à l'évaluation globale des directives, le professionnel de la santé doit remplir le formulaire Fermer le dossier et donner son congé à l'assuré et faire un bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II.

13. Remboursement du fournisseur

Un professionnel de la santé responsable du dossier qui fournit un traitement ou un soin à une personne assurée en conformité avec les lignes directrice doit soumettre un Formulaire de confirmation de traitement au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir rencontré la personne assurée.

L'Annexe sur les indemnités d'accidents légales prévoit que l'assureur doit confirmer le plus tôt possible ou au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir reçu le Formulaire de confirmation de traitement au professionnel de la santé responsable du dossier que la police d'assurance mentionnée dans le Formulaire de confirmation de traitement était en vigueur à la date de l'accident. L'assureur peut refuser de payer le professionnel de la santé en raison de question de couverture et d'exclusions à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales.

Le paiement au professionnel de la santé suivra la réception du Formulaire de confirmation de traitement, une demande d'indemnité d'accident et une facture d'assurance automobile standard (version C). L'assureur n'est pas tenu de verser un paiement tant qu'il n'a reçu une demande d'indemnisation d'accident.

Dans le cas d'une facture finale, l'assureur versera un paiement après la réception du Formulaire Donner congé à la personne assurée et présenter un bilan de situation pour un TAEC de stade I et II et de la facture d'assurance automobile standard (version C).

Quand on fournit à une personne assurée et protégée par les présentes directives un service de radiographie dispensé par un chiropraticien agissant à titre de professionnel de la santé responsable du dossier, le service est payable sans l'approbation préalable de l'assureur et est assujetti à l'échéancier de remboursement décrit à l'Annexe D des lignes directrices.

14. Contenu des Annexes

L'Annexe A présente le calendrier de remboursement sous forme de tableau.

L'Annexe B donne un aperçu de l'ensemble des traitements que recevra la personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Les fournisseurs fourniront une version personnalisée de ces traitements découlant de ces directives pour les besoins de chaque personne assurée.

L'Annexe C établit quels seront les soins et les traitements que les assureurs seront tenus de financer en vertu des présentes lignes directrices pour toute personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices.

L'Annexe D présente l'échéancier de paiement pour les radiographies aux termes des lignes directrices pour toute personne assurée dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Tout autre traitement de radiographie est sujet à l'approbation de l'assureur.

L'Annexe E comprend le dépliant d'information intitulé *L'entorse cervicale : les faits*.

Annexe A - Calendrier de remboursement TAEC de stade II

Les fournisseurs de services de santé devraient recevoir les remboursements suivants pour le traitement des personnes assurées dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices. Les honoraires sont payables quand la personne assurée a reçu tout traitement dans la semaine incluant où le traitement a été interrompu.

1 ^{re} semaine	240 \$
2 ^e et 3 ^e semaines	532 \$
Congé à la fin de la 3 ^e semaine et contrôle	160 \$
Semaines 4, 5 et 6	408 \$
Évaluation finale et production de rapport	80 \$
Soins et traitements additionnels	160 \$
Droits de transfert/professionnel de la santé responsable du dossier	48 \$

Annexe B - Ensemble de traitements pour entorse cervicale de stade II

Semaines 1 à 3	Soins et traitements
<u>Visite initiale / 1e semaine :</u>	• Visite initiale et jusqu'à trois séances. Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux et l'examen physique y les radiographies (sous réserve de l'Annexe D des lignes directrices) pour déterminer l'inclusion des critères dans les lignes directrices, le lien des plaintes avec l'accident, la nécessité des soins et traitement recommandés, s'il y a lieu, et l'identification de toute entrave potentielle pour le rétablissement • Remplir le Formulaire de confirmation du traitement • Remettre la brochure intitulée « L'entorse verticale : les faits » • Gérer la douleur, au besoin (cette étape peut comprendre la consultation d'un médecin pour obtenir des médicaments d'ordonnance) • Prévoir des exercices légers à la maison afin d'améliorer l'amplitude articulaire • Amorcer la manipulation et la mobilisation, s'il y a lieu, afin d'améliorer les fonctions • Faire le pronostic et évaluer si une ANLI est nécessaire
<u>Visites dans les 2^e et 3^e semaines :</u>	• Fournir 2 à 4 séances de traitements/ surveillance par semaine prévues pour cette période • Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles
<u>Remarques pour les fournisseurs de service à la fin de la 3^e semaine</u> Si l'entorse cervicale est en voie de guérison mais que d'autres soins et traitements sont nécessaires :	• Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités normales aussitôt que possible • Gérer la douleur, au besoin • Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
<u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</u> Si l'entorse cervicale de stade II ne s'améliore pas :	• Réévaluer • Évaluer si une ANLI est nécessaire
<u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</u> Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention :	• Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort et compléter le formulaire Donner congé au patient • Surveiller la personne assurée

Si le congé est donné au cours de la 2 ^e ou 3 ^e semaine ou à la fin de la 3 ^e semaine :	- Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort et compléter le formulaire Donner congé au patient et présenter un bilan de situation - Surveiller la personne assurée
4^e, 5^e et 6^e semaines	- À 21 jours ou autour de cette période, évaluer le progrès et le plan pour les 21 prochains jours - De 1 à 3 traitements prévus par semaine dans ce groupe
<u>Remarques pour les fournisseurs de services entre la 4^e et la 6^e semaine</u> Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention :	- Donner son sans autre traitement et fournir conseils et réconfort - Surveiller
<u>Remarques pour les fournisseurs de services des 4^e à la 6^e semaine :</u> Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira d'ici la fin des traitements aux termes des lignes directrices :	- Fournir conseils et réconfort pour encourager le retour à des activités habituelles - Gérer la douleur au besoin - Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés - Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira mais que le traitement ne sera pas terminé aux termes des lignes directrices :	- Informer l'assureur, y compris de la présence de toute entrave au rétablissement - Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités normales - Gérer la douleur au besoin - Prescrire des exercices légers à la maison - Envisager une manipulation et une mobilisation plus intensives et des thérapies physiques dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité - Évaluer si une ANLI est nécessaire - Envisager de l'exercice supervisé et un programme de conditionnement - Envisager de demander à l'assureur une prolongation du traitement prévu pour un maximum de quatre visites en deux semaines ou, si un traitement supplémentaire est nécessaire, soumettre un Plan de traitement à l'assureur
Si l'entorse cervicale n'est pas guérie ou ne s'améliore pas	- Informer l'assureur et le professionnel de la santé responsable du dossier de la personne assurée - Procéder à une réévaluation - Présenter un Plan de traitement ou référer la personne assurée à un professionnel de la santé réglementé
6 ^e et dernière semaine	Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée

Annexe C - Soins et traitements non couverts pas les lignes directrices

Aux termes des présentes lignes directrices, un assureur n'est pas tenu de payer les soins ou les traitements suivants administrés à une personne assurée dont l'invalidité est comprise dans les présentes lignes directrices :

- Utiliser des oreillers cervicaux;
- Conseiller l'inactivité ou le repos au lit;
- Injecter un anesthésique, de l'eau stérile ou des stéroïdes pour le cou;
- Porter un collier souple pour plus de 2 jours;
- Effectuer des pulvérisation locale et des étirements; et
- Porter un collier magnétique.

Note : Les modalités passives auxiliaires (neurostimulation transcutanée, ultrasons, massages, applications chaudes ou froides, brèves siestes) sont incluses dans le financement lorsqu'elles font partie de la stratégie de promotion de l'activation et du retour à la mobilité.

Annexe D - Calendrier de remboursement des radiographies

Les services de radiographie pour les personnes assurées dont l'invalidité est couverte par les lignes directrices sont remboursables dans les circonstances suivantes :

- Les services de radiographie énumérés dans la liste ci-dessous ne nécessitent aucune approbation de la part de l'assureur mais les honoraires ne doivent pas excéder ceux inscrits au tableau ci-dessous. Tout autre service de radiographie nécessite l'approbation de l'assureur et du Groupe de règlement des différends.
- Aucune autre radiographie comparable n'a été prise par un autre professionnel de la santé ou dans une autre institution depuis l'accident.
- Tout financement disponible au RASO ou chez une compagnie auxiliaire est utilisée avant de facturer l'assureur automobile.
- La personne assurée affiche une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - Le patient soupçonne une blessure aux os;
 - Le patient soupçonne des changements dégénératifs, une instabilité ou d'autres conditions suffisamment graves pour qu'il soit nécessaire d'écarter les contre-indications possibles pour une ou plusieurs interventions;
 - Le patient soupçonne une polyarthrite rhumatoïde
 - Le patient soupçonne une ostéoporose; et
 - Antécédents de cancer.

Description	CCI		Honoraires maximum (\$)
	Code	Attribut	
<u>Colonne cervicale</u>			
2 ou moins	3.SC.10	CXA	35,20 \$
3 ou 4	3.SC.10	CXB	42,00 \$
5 ou 6	3.SC.10	CXC	48,00 \$
plus de 6	3.SC.10	CXD	56,64 \$
<u>Colonne thoracique</u>			
2 ou moins	3.SC.10	THA	32,85 \$
3 ou 4	3.SC.10	THB	43,23 \$
<u>Colonne lombaire et ceinture lombaire</u>			
2 ou moins	3,SC,10	LBA ou LSA	35,20 \$
3 ou 4	3.SC.10	LBB ou LSB	42,00 \$
5 ou 6	3.SC.10	LBC ou LSC	48,00 \$
Plus de 6	3.SC.10	LBD ou LSD	55,86 \$

Annexe E - L'entorse cervicale : les faits

L'entorse cervicale : les faits - stade I et II

Les personnes blessées lors d'accidents automobiles connaissent parfois une tension aux muscles du cou et aux tissus mous environnants, désignée communément comme une entorse cervicale. Cette blessure est fréquente lorsqu'un véhicule est percuté à l'arrière ou de côté, ce qui crée un mouvement brusque et important de la tête et du cou. L'entorse cervicale peut provoquer une sensibilité des muscles (stade I) ou une limitation des mouvements du cou (stade II). Ce type de blessure est généralement temporaire et la plupart des gens qui en souffrent connaissent un rétablissement complet. Si vous avez souffert d'une entorse cervicale, le fait d'en savoir plus sur cet état peut vous aider à vous impliquer dans votre propre rétablissement. Ce dépliant résume le fruit des recherches scientifiques actuelles sur les entorses cervicales de stade I et II.

Pour comprendre l'entorse cervicale

- La plupart des entorses cervicales ne sont pas des blessures graves et guérissent complètement.
- Les signes d'une blessure cervicale grave, comme une fracture, sont généralement évidents lors des premières évaluations. Les professionnels de la santé qui ont été formés pour traiter les entorses cervicales sont attentifs à ces signes.
- La douleur, la raideur et d'autres symptômes d'entorse cervicale de stade I ou II apparaissent en général en 2 jours suivant le moment de l'accident. Une apparition plus tardive des symptômes n'est pas un signe de blessure plus grave.
- De nombreuses personnes souffrant d'entorse cervicale continuent leurs activités habituelles sans connaître de dérangement. Les personnes qui subissent de tels dérangements connaissent généralement une amélioration après quelques jours ou quelques semaines et reviennent sans danger à leurs activités quotidiennes.
- Tout comme la douleur et la raideur d'une entorse à la cheville peuvent persister, une entorse cervicale peut aussi laisser une douleur, une raideur ou une sensibilité pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Bien que certains patients connaissent une guérison rapide, les symptômes peuvent persister pendant une longue période de temps. Dans la plupart des cas d'entorse cervicale de stade I et II, ces symptômes diminuent graduellement avec le retour à l'activité normale.

L'Entorse cervicale et les activités quotidiennes

- Le fait de poursuivre une activité normale est très important pour le rétablissement.
- Un repos prolongé pendant plus d'un jour ou deux ne contribue généralement pas à la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. Pour les entorses cervicales, il semblerait que « le repos fait rouiller ».
- Les muscles blessés peuvent devenir raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut augmenter la douleur et retarder le rétablissement.
- Un retour aux activités habituelles peut être facilité par un traitement actif et des exercices.
- Les collets cervicaux ou « supports cervicaux » empêchent le mouvement et peuvent augmenter la raideur et la douleur. Ces appareils ne sont généralement pas recommandés puisqu'ils n'ont fait preuve que de peu ou pas d'efficacité.
- Le retour à l'activité conserve la santé des tissus mous et maintient leur flexibilité, ce qui accélère le rétablissement. L'exercice physique libère également des agents chimiques du corps qui aident à réduire la douleur d'une façon naturelle.

- Afin de prévenir le développement de douleurs chroniques, il est important de commencer à bouger dès que possible.

Conseils pour le retour à l'activité

- Évitez de demeurer en position assise pendant des périodes prolongées sans changer de position.
- Levez-vous et étirez-vous périodiquement.
- À votre poste de travail, assoyez-vous de manière à ce que la partie supérieure de vos bras soit près de votre corps et votre dos et vos pieds soient bien soutenus.
- Ajustez le siège de votre voiture lorsque vous conduisez, de manière à ce que vos genoux et vos coudes soient légèrement pliés.
- Lorsque vous faites des emplettes ou lorsque vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur soutien.
- Lors des quelques premières semaines, évitez les sports de contact ou les exercices vigoureux afin d'éviter de vous blesser à nouveau. Demandez à votre professionnel de la santé de vous conseiller d'autres activités sportives ou récréatives.
- Assurez-vous que le lit où vous dormez est confortable. L'oreiller doit être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traitement des entorses cervicales

- Les études indiquent qu'un traitement efficace des entorses cervicales nécessite la coopération du patient et des efforts actifs de retour aux activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé en charge de votre traitement évaluera votre blessure et discutera avec vous des possibilités de traitement et de gestion de la douleur.
- Bien qu'en général aucun médicament sous ordonnance n'est nécessaire, l'usage provisoire de médicaments légers disponibles en vente libre peut vous être suggéré en plus d'un traitement à la glace ou à la chaleur.
- Le professionnel de la santé en charge de votre traitement peut recommander un traitement de physiothérapie approprié.

Pour éviter les douleurs chroniques

- Certaines personnes atteintes d'une entorse cervicale hésitent à reprendre leurs activités, craignant que l'état de la blessure n'empire. La douleur ou la sensibilité peut les pousser à surestimer l'importance des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé conseille un retour à l'activité, acceptez ce conseil et mettez-le en application.
- Demeurez en contact avec votre famille, vos amis et vos collègues. Le retrait social peut contribuer à la dépression et au développement de douleurs chroniques.
- Si la quête de votre rétablissement vous décourage ou vous déprime, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Concentrez-vous sur la poursuite de votre vie plutôt que sur votre blessure!

Pour Prévenir une nouvelle blessure

- Un bon ajustement de la hauteur de l'appuie-tête de votre siège de voiture aidera à prévenir les blessures associées au coup de fouet cervical survenant lors d'un accident. Pour un ajustement optimal, le sommet de la tête doit être aligné avec le haut de l'appuie-tête et il ne doit pas y avoir plus de 2 à 5 cm de distance entre l'arrière de la tête et l'appuie-tête.

Ce dépliant fournit des renseignements généraux sur les entorses cervicales. Ce dépliant ne remplace pas les conseils qualifiés d'un professionnel de la santé qui peut évaluer correctement les blessures associées au coup de fouet cervical et recommander un traitement.

Ces renseignements résument les dernières recherches scientifiques disponibles sur l'entorse cervicale et ont été entérinés par les groupes suivants :

Bureau d'assurance du Canada (BAC)
Association chiropratique de l'Ontario (OCA)
Ontario Massage Therapist Association (OMTA)
Ontario Physiotherapy Association (OPA)
Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

Embedded Secure Document

The file http://www.fsco.gov.on.ca/french/pubs/bulletins/autobulletins/2003/a-16_03-4.pdf is a secure document that has been embedded in this document. Double click the pushpin to view.



Embedded Secure Document

The file http://www.fsco.gov.on.ca/french/pubs/bulletins/autobulletins/2003/a-16_03-5.pdf is a secure document that has been embedded in this document. Double click the pushpin to view.

