

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](#) > [2007](#) : Modification des lignes directrices sur les

services professionnels, des lignes directrices préautorisées, et autres questions relatives aux professionnels des soins

de santé

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-03/07

I.A.R.D.

– Automobile

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.

Modification des lignes directrices sur les services professionnels, des lignes directrices préautorisées, et autres questions relatives aux professionnels des soins de santé

À l'attention de toutes les compagnies d'assurance titulaires d'un permis les autorisant à vendre de l'assurance automobile en Ontario

Dans ce bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) annonce une modification des Lignes directrices sur les services professionnels, des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale, et des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale.

Lignes directrices révisées sur les services professionnels et lignes directrices révisées et préautorisées

Les lignes directrices révisées sur les services professionnels publiées dans le présent bulletin augmentent de 2,0 %

les taux horaires maximums pour des services offerts le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date. Les maximums des frais

pour la préparation de formulaires restent inchangés (ces frais ont été révisés lors de la mise en oeuvre du projet relatif aux demandes de prestations de maladie pour l'assurance-automobile (HCAI) le 2 avril 2007).

Les frais décrits dans l'Annexe A des deux lignes directrices préautorisées augmentent également de 2,0 % pour les services offerts le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date.

Cette augmentation de 2,0 % correspond à la hausse de l'Indice des prix à la consommation (toutes les composantes) au Canada pendant l'année 2006.

Les Lignes directrices du surintendant sur les services professionnels no 02/07 continuent de s'appliquer aux dépenses relatives aux services offerts entre le 2 avril 2007 et le 30 juin 2007.

Les Lignes directrices préautorisées du surintendant pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale no 04/06 et les Lignes directrices préautorisées du surintendant pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale no 05/06 continuent de s'appliquer aux biens et services offerts entre le 1^{er} juillet 2006 et le 30 juin 2007.

Demandes relatives à des services offerts ou des formulaires remplis avant le 1^{er} juillet 2007 mais facturés après le 1^{er} juillet 2007

Les anciennes Lignes directrices sur les services professionnels no 02/07, les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale no 04/06 et les Lignes directrices préautorisées du surintendant pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale no 05/06 continueront de s'appliquer aux services et aux formulaires remplis avant le 1^{er} juillet 2007, qu'ils soient facturés avant ou après le 1^{er} juillet 2007.

Demandes relatives à des services approuvées avant le 1^{er} juillet 2007

Les Lignes directrices sur les services professionnels, les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale et les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale publiées dans le présent bulletin s'appliquent aux services offerts le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, même s'ils ont été approuvés avant le 1^{er} juillet 2007.

Projet de Lignes directrices pré-autorisées

Au cours de la dernière année, les membres du projet de Lignes directrices pré-autorisées ont consulté les intervenants à propos de la mise à jour des Lignes directrices pré-autorisées actuelles. Un ensemble révisé des Lignes directrices pré-autorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et II avec ou sans douleur dorsale devrait être publié plus tard cet été et devrait prendre effet cet automne.

Exemplaires des Lignes directrices et des formulaires

Vous trouverez ci-joints des exemplaires des Lignes directrices révisées sur les services professionnels et les Lignes directrices préapprouvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I, avec ou sans douleur dorsale et des Lignes directrices préapprouvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II, avec ou sans douleur dorsale, dont il est question dans le présent bulletin et qui seront publiées le 23 juin 2007 dans la Gazette de l'Ontario. Vous pouvez également télécharger les Lignes directrices à partir du site Web de la CSFO, à l'adresse : www.fSCO.gov.on.ca.

Bob Christie

Directeur général et
surintendant des services financiers

Le 11 juin 2007

Pièces jointes :

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



Pour visualiser les fichiers PDF, vous devez avoir la version la plus nouvelle d'Adobe Acrobat® Reader. Vous

pouvez télécharger ce logiciel gratuit à partir du [site Web d'Adobe](#).

Page: 5760 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 :
6/12/2007 9:59:08 AM



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Juin 2007

Lignes directrices sur les services professionnels

Lignes directrices du surintendant no 03/07

Lignes directrices sur les services professionnels

Introduction

Ces lignes directrices s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* aux fins des sous-sections 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 après ce jour* (AIAL) et s'appliquent aux frais exigibles pour des services rendus le 1^{er} juillet 2007 ou après ce jour.

Les Lignes directrices sur les services professionnels no 02/07 continuent de s'appliquer aux frais se rapportant aux services rendus ou aux formulaires préparés du 2 avril 2007 au 30 juin 2007, et ce, peu importe qu'ils aient été facturés avant ou après le 1^{er} juillet 2007.

Les taux horaires maximaux et le maximum des frais exigibles pour la préparation de certains des formulaires mentionnés dans les présentes Lignes directrices sur les services professionnels s'appliquent aux services rendus le 1^{er} juillet 2007 ou après ce jour, et ce, même s'ils ont été approuvés avant le 1^{er} juillet 2007.

Objet

Les présentes lignes directrices fixent le maximum des frais exigibles des compagnies d'assurance automobile en vertu de l'AIAL pour les services de l'un des professionnels de santé la santé ou des fournisseurs de soins de santé mentionnés dans les lignes directrices. Ces maximums 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) ou (l) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- aux services de gestion de cas en vertu du paragraphe 17 (1) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*;
- 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*.

Il n'est pas interdit aux assureurs de verser des montants supérieurs à un montant maximum ou à un taux horaire stipulé dans les lignes directrices.

Ne sont pas couverts par les lignes directrices les services fournis par les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de services non réglementés et les autres professions non mentionnés spécifiquement dans celles-ci. Les montants payables par un assureur au regard de services non couverts par les lignes directrices doivent être établis par les parties en cause.

Frais maximaux

Les compagnies d'assurance-automobile ne sont pas tenues de payer, au-delà des plafonds suivants, les frais inhérents aux services professionnels rendus à une personne assurée.

Profession médicale ou soins de santé	Taux horaire maximum <i>excepté les déficiences invalidantes</i>	Taux horaire maximum <i>visant les déficiences invalidantes*</i>
Chiropraticiens	101,78 \$	122,13 \$

Massothérapeutes	52,50 \$	80,36 \$
Ergothérapeutes	89,99 \$	108,20 \$
Physiothérapeutes	89,99 \$	108,20 \$
Podiatres	89,99 \$	108,20 \$
Psychologues et psychologues associés	134,99 \$	161,76 \$
Orthophonistes	101,25 \$	121,05 \$
Infirmiers et infirmières autorisés, infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et infirmiers et infirmières praticiens	82,49 \$	98,56 \$
<i>Fournisseurs de services non réglementés :</i>		
Gestionnaires de cas	52,50 \$	80,36 \$
Kinésithérapeutes	52,50 \$	80,36 \$
Conseillers familiaux	52,50 \$	80,36 \$
Psychométriciens	52,50 \$	80,36 \$
Conseillers en réadaptation	52,50 \$	80,36 \$
Orienteurs professionnels	52,50 \$	80,36 \$

* Ce taux s'applique à tous les services rendus le 1^{er} juillet 2007 ou après ce jour, à une personne assurée dont la déficience est considérée comme une déficience invalidante tel que stipulé aux paragraphes 2 (1.1) (a) à (g) et 2 (1.2) (a) à (g) de l'AIAL, et ce, peu importe que ces services aient été rendus avant ou après la date à laquelle la déficience a été considérée invalidante.

Frais pour la préparation de 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'accidents par les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé énumérés dans les présentes lignes directrices. Ces plafonds ne s'appliquent pas aux évaluations effectuées afin de remplir ces formulaires.

Les frais exigés pour la préparation d'une demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen (FIDO-22) sont payables uniquement après l'approbation par l'assureur de la demande d'évaluation ou d'examen proposé dans le formulaire FIDO-22 ou après qu'un tribunal ou un arbitre a déterminé une fois pour toute qu'une demande d'évaluation ou d'examen proposée dans un FIDO-22 est raisonnable.

Suite à la mise en œuvre du Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance-automobile (DRSSAA), prévoyant la transmission de certains formulaires de demandes d'indemnités d'accident entre les fournisseurs de soins de santé et les assureurs par l'entremise d'un bureau central de traitement (BCT), le montant maximum payable pour une version dûment remplie du FDIO 18 et du FDIO-22 en format électronique est de 70 \$, tandis que le montant maximum payable pour une version dûment remplie du FDIO 18 et du FDIO 22 en version papier ou autre est de 63,72 \$, tel qu'énoncé ci après.

Formulaire	Maximum des frais pour la préparation du formulaire
Certificat d'invalidité (FIDO-3)	63,72 \$
Programme de traitement (FIDO-18)	63,72 \$
Programme de traitement (FDIO-18) – version électronique DRSSAA au BCT	70,00 \$
Formulaire 1 - Évaluation des besoins en soins auxiliaires	63,72 \$
Facture standard d'assurance automobile (FIDO-21)	0,00 \$
Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FIDO-22)	63,72 \$
Demande d'approbation pour une évaluation ou un examen (FDIO 22) – version électronique DRSSAA au BCT	70, 00 \$

Indemnités accessoires

En ce qui concerne les frais mentionnés dans les présentes lignes directrices ou dans les Lignes directrices sur les services professionnels émises antérieurement par le surintendant, le montant qu'un assureur est tenu de payer peut faire l'objet d'une réduction qui correspond à la portion des frais pouvant être raisonnablement couverts par un autre régime d'assurance ou par une loi ou en vertu d'un autre régime d'assurance ou d'une loi.

Frais d'administration

Les « frais se rapportant aux services professionnels » mentionnés dans l'AIAL et dans les Lignes directrices sur les services professionnels comprennent tous les frais d'administration, les frais généraux et les frais connexes. Les assureurs ne sont pas tenus de payer de frais d'administration ni d'autres frais supplémentaires qui ont pour effet de majorer le taux horaire en vigueur au-delà de ceux qui sont autorisés en vertu des Lignes directrices sur les services professionnels.

Taxe sur les produits et services (TPS)

Il incombe à l'Agence du revenu du Canada de déterminer si la TPS s'applique aux services fournis par un professionnel de la santé ou un fournisseur de soins de santé ou aux frais exigibles pour la préparation d'un formulaire figurant dans les présentes lignes directrices. Si la TPS s'applique, le taux ou les frais totaux (y compris la TPS) sont inclus dans les frais maximaux exigibles qui sont indiqués dans les présentes lignes directrices.



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Juin 2007

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

Lignes directrices du surintendant no 04/07

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

1. Introduction

Les présentes lignes directrices 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 (AIAL).

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} juillet 2007 par le professionnel de la santé chargé du dossier; ainsi qu'à des biens ou services fournis le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, même si des éléments de la prestation de ces services sont antérieures au 1^{er} juillet 2007. Elles remplacent les Lignes directrices préalablement approuvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale Lignes directrices du surintendant no 04/06, juin 2006. Des modifications ont été apportées aux lignes directrices pour tenir compte de la hausse du calendrier de remboursement décrite dans l'Annexe A du présent document.

Ces lignes directrices visent à établir les catégories de soins et de traitements qui peuvent être fournies, 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 pour ces services par l'assureur.

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 directrices

Sous réserve des exceptions prévues à la Section 3 ci-dessous, l'invalidité dont souffre une personne assurée est comprise dans les présentes lignes directrices 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 par 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/ou un complexe de symptômes fréquents associés à l'entorse cervicale;
- (b) peut inclure une plainte de mal de dos non radiculaire, associé à une entorse cervicale de stade I;

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.

- (c) est d'une sévérité suffisamment grave pour requérir l'intervention de traitements en conformité avec les lignes directrices.

Une personne assurée qui souffre d'une invalidité comprise dans les présentes lignes directrices 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; de la dysphagie; et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas une invalidité de la portée des présentes lignes directrices, à moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus par les présentes lignes directrices.

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

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

- (a) l'invalidité de la personne assurée est comprise dans les lignes directrices préautorisées 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 directrices; et
 - ii. de constituer des raisons incontournables justifiant le recours à d'autres soins et traitements de préférence à ceux prévus aux 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'AIAL, 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 directrices 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 directrices;

(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;
 - i. 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;
- (a) 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.

Les lignes directrices mettent l'accent 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 diminuera 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 ne veut pas dire être blessé »
- et le réconfort que la plupart des personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade I associés à des maux de dos récupèrent dans les premières semaines suivant 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 les 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;
- (d) peuvent être complètement traités par le fournisseur selon l'échéancier prévu dans les présentes lignes directrices.

L'invalidité traitée ainsi que 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 à la charge de l'assureur pour la prestation de soins et traitements fournis aux termes de cette section est établi à 125,09 \$.

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 en avisera l'assureur et la personne assurée (en utilisant le formulaire de Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II). Voici les options 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 dispenser à la personne assurée en même temps que des soins et des traitements aux termes des lignes directrices et que cette décision de l'assureur n'est pas sujette à contestation.

Cependant, l'AIAL 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'AIAL, l'assureur devra aviser la personne assurée qu'il exige un 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 dépassent 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 du dossier remplit le Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales 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 oeuvre d'un Plan de traitements et de l'application de l'AIAL);
- iii. Situation non résolue (décision prise le plus tôt possible) et le professionnel de la santé responsable du dossier complète le Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales 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 consécutifs ou à quatre rendez-vous pour l'ensemble de ceux prévus au traitement sans explication crédible. Le fournisseur doit compléter le formulaire de Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II.

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 pour objectif le retour aux activités normales et la réduction du risque de chronicité. Pendant l'ensemble des traitements, le professionnel de la santé responsable du dossier est tenu d'utiliser les mesures et indicateurs adéquats pour évaluer les progrès.

Afin 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'AIAL 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'AIAL.

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 demande d'indemnités d'accident, version C. L'assureur n'est pas obligé de verser un paiement jusqu'à ce qu'il 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 barème 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 y compris lorsque le traitement a été interrompu.

1^{re} et 2^e semaines	308,56 \$
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	158,45 \$
3 ^e et 4 ^e semaines	166,79 \$
Évaluation finale et production du rapport de congé	83,40 \$
Soins et traitements additionnels	125,09 \$
Droits de transfert de professionnel de la santé responsable du dossier	50,04 \$

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 environ, évaluer les progrès et planifier pour les 13 prochains jours • Un maximum de cinq séances de traitement est prévu 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 n'est 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 pulvérisations locales 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 souffrent parfois d'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 problème. Celles qui ont des problèmes connaissent généralement une amélioration après quelques jours ou quelques semaines et reprennent sans danger 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.
- Pendant les 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 sur lequel 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

Juin 2007

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

Lignes directrices du surintendant no 05/07

Lignes directrices préautorisées 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 légales* (AIAL).

Ces lignes directrices entrent en vigueur et s'appliqueront à tout Formulaire de confirmation du traitement remis à compter du 1^{er} juillet 2007 par le professionnel de la santé chargé du dossier; ainsi qu'aux biens et services fournis le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, même si certains éléments de la prestation de ces services sont antérieures au 1^{er} juillet 2007. Elles remplacent les Lignes directrices préapprouvées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II avec ou sans douleur dorsale, Lignes directrices du surintendant no 05/06, juin 2006. Des modifications ont été apportées aux lignes directrices pour tenir compte de la hausse du barème de remboursement décrit dans l'Annexe A du présent document.

Ces lignes directrices visent à établir les catégories de soins et de traitements qui peuvent être fournies, 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 pour ces services par l'assureur.

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 directrices

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 directrices

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;
- (a) 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 directrices;
 - 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 et fournit à la personne assurée par un autre professionnel de la santé réglementé, ou de superviser directement la prestation de tout bien ou service à la personne assurée 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.

1. 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 constituent pas en soi un acte médical aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée*.

2. 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 nouveau 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.

3. 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 qu'« avoir mal ne veut pas dire être blessé »;
- 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 des 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 doit déterminer la nécessité d'intervention et voir 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.

Une fois la demande de certains soins et traitements auxiliaires reçue, l'assureur a cinq jours ouvrables pour :

- i. aviser la personne assurée et le professionnel de la santé s'il va rembourser entièrement ou en partie les soins et traitements auxiliaires, ou
- ii. aviser la personne assurée qu'il demande qu'un examen soit effectué par un professionnel de la santé, un travailleur social ou un expert en réadaptation professionnelle pour l'aider à décider s'il va payer pour les soins et traitements auxiliaires. Cet examen est une étude de dossier et la personne assurée n'est pas obligée de s'y présenter.

Si l'assureur ne répond pas dans les délais impartis, il sera tenu de payer pour les soins et traitements auxiliaires 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 les résultats du même accident que l'entorse cervicale de stade II et requièrent le même traitement;
- (b) ne sont pas reliées 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;
- (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 est de 166,79 \$.

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 congé et rapport de situation des entorses cervicales 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 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, il devra aviser la personne assurée qu'il exige un examen.

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 résultat 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 donner 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. L'état 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 légaux);
- 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, 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 directrices doit soumettre un Formulaire de confirmation de traitement au plus tard dans les cinq jours ouvrables après avoir rencontré la personne assurée.

L'Annexe 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 assujéti à l'échéancier de remboursement décrit à l'Annexe D des lignes directrices.

14. Contenu des Annexes

L'Annexe A présente le barème 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 - Barème 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, même lorsque le traitement a été interrompu.

1 ^{re} semaine	250,19 \$
2 ^e et 3 ^e semaines	450,33 \$
Congé à la fin de la 3 ^e semaine et contrôle	166,79 \$
Semaines 4, 5 et 6	425,32 \$
Évaluation finale et production de rapport	83,40 \$
Soins et traitements additionnels	166,79 \$
Droits de transfert/professionnel de la santé responsable du dossier	50,04 \$

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

Semaines 1 à 3	Soins et Traitements
<u>Visite initiale / 1^{re} semaine :</u>	• Visite initiale et jusqu'à trois séances. • Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux , l'examen physique et 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 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 • Surveiller
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 Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II • 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 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 pulvérisations locales et des étirements;
- 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 - Barème 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 :
 - o Le patient soupçonne une blessure aux os;
 - o 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;
 - o Le patient soupçonne une polyarthrite rhumatoïde;
 - o Le patient soupçonne une ostéoporose;
 - o Antécédents de cancer.

Description	CCI		Honoraires maximum (\$)
	Code	Attribut	
Colonne cervicale			
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 \$
Colonne thoracique			
2 ou moins	3.SC.10	THA	32,85 \$
3 ou 4	3.SC.10	THB	43,23 \$
Colonne lombaire et ceinture lombaire			
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)