



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](#) > [2009](#) : Mise à jour des lignes directrices sur les services professionnels et des lignes directrices préautorisées

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](#)
.....

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.

Bulletin

No A-04/09
I.A.R.D. – Auto

Mise à jour des lignes directrices sur les services professionnels et des lignes directrices préautorisées

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) publie une mise à jour des Lignes directrices sur les services professionnels, des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II.

Les lignes directrices révisées publiées dans le présent bulletin prévoient une hausse de 2,3% des taux, fondée sur l'Indice des prix à la consommation de 2008, pour des services offerts le 1er août 2009 ou après cette date.

Autorité

Les Lignes directrices sur les services professionnels émises par la CSFO 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 1er novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL). Les Lignes directrices préautorisées émises par le surintendant s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1.1) de la *Loi sur les assurances*.

Changements

Les Lignes directrices révisées sur les services professionnels publiées dans le présent bulletin augmentent de 2,3 % les taux horaires maximums pour des services offerts le 1er août 2009 ou après cette date. Elles entrent en vigueur le 1er août 2009.

Les frais décrits dans les Annexes B et C des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et des Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II augmentent également de 2,3 % pour les services offerts le 1er août 2009 ou après cette date.

Les nouvelles lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II entrent en vigueur le 1er août 2009. Elles s'appliqueront à tous les nouveaux Formulaires de confirmation pré-approuvé du traitement de la structure (FDIO-23) qui seront soumis par un praticien de la santé le 1er août 2009 ou après cette date ou quand l'assureur aura renoncé à l'obligation de remplir un FDIO-23 le 1er août 2009 ou après cette date.

Dépenses antérieures au 1er août 2009

Les Lignes directrices sur les services professionnels no 01/08 du surintendant continueront de s'appliquer aux dépenses liées aux services offerts entre le 1er juillet 2008 et le 31 er juillet 2009, que celles-ci soient facturées avant ou après le 1er août 2009. Pareillement, les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II no 02/08 continueront de s'appliquer aux produits et services offerts entre le 1er juillet 2008 et le 31er juillet 2009.

Copies

Les Lignes directrices sur les services professionnels, les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et les Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II sont annexées à titre de renseignement et peuvent être téléchargées sur le site Web de la CSFO à l'adresse www.fscfo.gov.on.ca. Les

lignes directrices seront également publiées dans une prochaine édition de *La Gazette de l'Ontario*.

1Bob Christie
Directeur général et
surintendant des services financiers

Le 13 juillet 2009

Pièces jointes :

- [Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade II](#) (PDF)
- [Lignes directrices sur les services professionnels](#) (PDF)



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: 6687 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, 1990-2008

Dernière mise à jour :
7/13/2009 12:14:20 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

Juillet 2009

**Lignes directrices préautorisées
pour les blessures associées à une entorse cervicale
de stade I ou II**

Lignes directrices du surintendant n° 02/09

Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Types d'invalidités visés par les présentes lignes directrices.....	5
3. Types d'invalidités non visés par les présentes lignes directrices.....	5
4. Fournisseurs admissibles.....	5
5. Changement de praticien de la santé.....	6
6. Définitions.....	6
7. Diagramme des lignes directrices préautorisées.....	7
8. Visite initiale	
a. Moment, durée et nombre de consultations.....	10
b. Composantes de la visite initiale.....	10
c. Interventions recommandées d'après la visite initiale.....	14
d. Documents et facture à la fin de la visite initiale.....	14
e. Honoraires pour la visite initiale.....	14
9. Phase aiguë	
a. Moment, durée et nombre de consultations.....	15
b. Composantes de la phase aiguë.....	15
c. Biens et services supplémentaires durant la phase aiguë.....	17
d. État au moment du congé durant ou après la phase aiguë.....	18
e. Documents et facture après la phase aiguë.....	18
f. Honoraires pour la phase aiguë.....	19
10. Phase subaiguë	
a. Moment, durée et nombre de consultations.....	20
b. Composantes de la phase subaiguë.....	20
c. Biens et services supplémentaires durant la phase subaiguë.....	21
d. État au moment du congé durant ou après la phase subaiguë.....	21
e. Documents et facture après la phase subaiguë.....	21
f. Honoraires pour la phase subaiguë.....	22
11. Phase de prolongation du traitement couvert par les lignes directrices préautorisées	
a. Moment, durée et nombre de consultations.....	22
b. Composantes de la phase de prolongation.....	23
c. État au moment du congé durant ou après la phase de prolongation.....	23
d. Documents et facture après la phase de prolongation.....	23
e. Honoraires pour la phase de prolongation.....	23

Annexe A – Les faits sur l'entorse cervicale	24
Annexe B – Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées.....	27
Annexe C – Tableau des honoraires pour les radiographies.....	28

Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II
--

1. Introduction

Les présentes lignes directrices sont établies conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* et pour les besoins de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL).

Elles remplacent les *Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I avec ou sans douleur dorsale – Lignes directrices du surintendant n° 05/08*, juin 2008.

Pour l'application des présentes lignes directrices, les termes « blessure » et « membre d'une profession de la santé réglementée » s'entendent respectivement au sens donné à « déficience » et « membre d'une profession de la santé » dans l'AIAL.

Les lignes directrices s'appliquent dans les cas où un nouveau formulaire « Confirmation du traitement selon les Lignes directrices préautorisées » (FDIO-23) est remis par un praticien de la santé à partir du 1^{er} août 2009 et dans ceux où l'assureur renonce à l'obtention d'un formulaire FDIO-23 à partir du 1^{er} août 2009. Les anciennes lignes directrices pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I et de stade II demeurent en vigueur pour les formulaires FDIO-23 qui sont présentés par un praticien de la santé avant le 1^{er} août 2009 et les cas où l'assureur renonce à l'obtention du même formulaire avant le 1^{er} août 2009.

Les présentes lignes directrices visent à :

- a) accélérer l'accès à des services de réadaptation pour les personnes qui ont un accident de voiture;
- b) améliorer l'utilisation des soins de santé;
- c) aider les assureurs et les praticiens de la santé à déterminer avec exactitude les coûts et les paiements.

Conformément à ces objectifs, les présentes lignes directrices définissent :

- a) les biens et services qui peuvent être fournis à une personne assurée ayant subi une entorse cervicale de stade I ou II;
- b) les biens et services qui, s'ils sont fournis à une personne assurée, seront payés par l'assureur sans autorisation préalable.

Les lignes directrices ont avant tout pour but d'assurer l'application d'une **méthode de restauration fonctionnelle** combinée à des interventions visant à réduire ou à gérer la douleur ou l'invalidité dans le traitement des entorses cervicales de stade I ou II aux phases aiguë et subaiguë du traitement.

2. Types d'invalidité visés par les présentes lignes directrices

Sous réserve des exceptions prévues à la section 3 ci-dessous, l'invalidité d'une personne assurée est couverte par les présentes lignes directrices si elle découle d'une entorse cervicale de stade I ou II.

La personne assurée peut ressentir de la douleur ou présenter des symptômes associés à une entorse cervicale de stade I ou II, par exemple un mal de dos non radiculaire, 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 d'audition et de mémoire, de la dysphagie ou une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Les lignes directrices continueront de s'appliquer aux personnes assurées qui ressentent d'autres types de douleur ou qui présentent d'autres symptômes, à condition que leur praticien de la santé considère qu'il est possible de gérer efficacement ces douleurs ou symptômes en respectant les délais et la portée des interventions figurant dans les lignes directrices.

3. Types d'invalidité non visés par les présentes lignes directrices

L'invalidité n'est pas couverte par les présentes lignes directrices si la personne assurée a un problème de nature professionnelle, fonctionnelle ou médicale, préexistant ou lié à un accident, qui remplit les critères suivants :

- A. soit l'empêche de participer pleinement au modèle de restauration fonctionnelle;
soit exige un traitement parallèle en plus de celui prévu dans les présentes lignes directrices;
- B. constitue une raison impérieuse justifiant le recours à d'autres biens et services plutôt qu'à ceux prévus dans les lignes directrices.

4. Fournisseurs admissibles

Les fournisseurs pouvant fournir les services prévus dans les présentes lignes directrices sont les praticiens de la santé, au sens de l'AIAL, que la loi autorise à traiter les blessures en question et qui sont en mesure de faire toutes les interventions prévues dans les présentes lignes directrices. En outre, les praticiens de la santé peuvent coordonner la prestation de services par d'autres membres d'une profession de la santé réglementée ou superviser directement la prestation de services à des personnes assurées par un ou plusieurs autres fournisseurs de soins de santé.

5. Changement de praticien de la santé

Il peut arriver qu'une personne assurée recevant déjà des services couverts par les présentes lignes directrices décide de changer de praticien de la santé. Dans ce cas, le nouveau

praticien de la santé doit en informer l'assureur de la personne assurée, qui indiquera au nouveau praticien de la santé quels services prévus par les lignes directrices ont déjà été fournis. Par la suite, le nouveau praticien continuera de fournir les services prévus au stade qui convient de manière à répondre le mieux possible aux besoins de la personne assurée. Il ne pourra recevoir un paiement que pour les services qui restent à fournir.

6. Définitions

Les lignes directrices ont avant tout pour but d'assurer l'application d'une méthode de restauration fonctionnelle pour la gestion des entorses cervicales de stade I ou II aux phases aiguë et subaiguë du traitement.

Les définitions qui suivent s'appliquent aux présentes lignes directrices.

- a) **Entorse cervicale** : Résultat d'un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération, qui peut provoquer une lésion des os ou du tissu mou ainsi que diverses manifestations cliniques appelées collectivement troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC), au sens du rapport du Groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale de la Société de l'assurance automobile du Québec intitulé *Redéfinir le « Whiplash » et sa prise en charge* qui a été publié dans l'édition du 15 avril 1995 de la revue *Spine*.
- b) **Entorse cervicale de stade I** : Trouble qui se manifeste chez les personnes assurées ayant subi un coup de fouet cervical par une douleur au cou, une raideur ou une douleur à la pression sans signes physiques.
- c) **Entorse cervicale de stade II** : Trouble qui se manifeste chez les personnes assurées ayant subi un coup de fouet cervical par une douleur au cou, une raideur ou une douleur à la pression ainsi que par des atteintes musculosquelettiques, notamment la réduction de l'amplitude des mouvements ou une sensibilité localisée.
- d) **Restauration fonctionnelle** : Approche qui est utilisée par un membre d'une profession de la santé réglementée pour rétablir la capacité fonctionnelle et qui comprend des interventions visant à aider la personne assurée à réduire ou gérer sa douleur. Les interventions sont centrées sur ce que la personne assurée doit faire pour rétablir son autonomie fonctionnelle à la maison et au travail. La personne est soumise à une évaluation destinée à déterminer le niveau de fonctionnement actuel par rapport aux besoins essentiels et les limites fonctionnelles découlant de la blessure. Les interventions du membre d'une profession de la santé réglementée sont ensuite choisies en fonction des limites afin de permettre à la personne de poursuivre ou de reprendre ses activités habituelles à la maison et au travail.
- e) **Phase aiguë du traitement** : Semaines 1 à 3 qui suivent la visite initiale.
- f) **Phase subaiguë du traitement** : Semaines 4 à 6 qui suivent la visite initiale.
- g) **Phase de prolongation du traitement** : Semaines 7 et 8 qui suivent la visite initiale.

- h) **Intervention recommandée** : Intervention qui est idéalement faite par le praticien de la santé de la personne assurée chaque fois que celle-ci se rend à sa clinique pour recevoir des services couverts par les lignes directrices préautorisées.
- i) **Intervention discrétionnaire** : Intervention qui n'a pas nécessairement lieu chaque fois que la personne assurée se rend à la clinique du praticien de la santé pour bénéficier de services couverts par les lignes directrices préautorisées mais qui est plutôt faite à la discrétion du praticien de la santé en fonction des besoins précis de la personne. Le terme « discrétionnaire » **ne signifie pas** que l'intervention en question joue un rôle secondaire dans le traitement de la personne assurée.

7. Diagramme des lignes directrices préautorisées

Le diagramme ci-dessous indique à la fois les étapes qui sont couvertes par les présentes lignes directrices et leur ordre. Il vise à servir de guide visuel et d'aide-mémoire aux personnes qui participent à la prestation et à la gestion des services couverts. Chaque composante du diagramme est expliquée en détail dans le reste du document.

CONGÉ À la fin de la visite initiale, remplir le formulaire FDIO-23 (à moins que l'assureur ne l'exige pas).	IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE POURSUIVRE LES INTERVENTIONS	ÉVALUATION – VISITE INITIALE Obtenir le consentement écrit de la personne assurée en recueillant les documents nécessaires Vérifier les antécédents Effectuer un examen physique Noter les capacités fonctionnelles et les facteurs de risque psychosociaux Établir un diagnostic ou décrire l'invalidité Vérifier la couverture par l'assurance Vérifier la situation d'emploi INTERVENTIONS RECOMMANDÉES POUR LA VISITE INITIALE Prescrire des activités Fournir du réconfort Donner des renseignements et distribuer le dépliant <i>L'entorse cervicale : les faits</i> Recommander un programme d'exercices à la maison INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES POUR LA VISITE INITIALE Faire des exercices et des activités fonctionnelles – supervision clinique Utiliser la manipulation et la mobilisation Recourir à l'imagerie diagnostique Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités	VISITE INITIALE
--	---	--	-------------------------------

Pour les personnes assurées qui reçoivent des services couverts par les lignes directrices préautorisées, remplir le formulaire FDIO-24 au moment du congé. Pour les personnes ayant subi des blessures qui ont besoin d'autres interventions non couvertes par les lignes directrices préautorisées, présenter le formulaire FDIO-18 ou renvoyer les personnes assurées à un	D'AUTRES INTERVENTIONS NON COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	D'AUTRES INTERVENTIONS COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	
		INTERVENTIONS RECOMMANDÉES – SEMAINES 1 À 3 Poursuivre les examens cliniques Prescrire des activités Fournir du réconfort Donner des renseignements Recommander un programme d'exercices à la maison INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES – SEMAINES 1 À 3 Faire des exercices et des activités fonctionnelles – supervision clinique Utiliser la manipulation et la mobilisation Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation Faire une inspection et une intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école (avec l'approbation de l'assureur) Recourir à l'imagerie diagnostique Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités	PHASE AIGUË
	IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE POURSUIVRE LES INTERVENTIONS D'AUTRES INTERVENTIONS NON COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	D'AUTRES INTERVENTIONS COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	

autre fournisseur de soins de santé, s'il y a lieu.		INTERVENTIONS RECOMMANDÉES – SEMAINES 4 À 6 Poursuivre les examens cliniques Prescrire des activités Fournir du réconfort Donner des renseignements Recommander un programme d'exercices à la maison INTERVENTIONS DISCRÉTIONNAIRES – SEMAINES 4 À 6 Faire des exercices et des activités fonctionnelles – supervision clinique Utiliser la manipulation et la mobilisation Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation Recourir à l'imagerie diagnostique Faire une inspection et une intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école (avec l'approbation de l'assureur) Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités	PHASE SUBAIGUË
	IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE POURSUIVRE LES INTERVENTIONS		
	D'AUTRES INTERVENTIONS NON COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	D'AUTRES INTERVENTIONS COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES	
	IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE POURSUIVRE LES INTERVENTIONS	PROLONGATION DES INTERVENTIONS COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES, AVEC L'APPROBATION DE L'ASSUREUR – SEMAINES 7 ET 8 Poursuivre les examens cliniques Organiser une à quatre consultations Prolongation maximale de deux semaines	PHASE DE PROLONGATION
	D'AUTRES INTERVENTIONS NON COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES SONT NÉCESSAIRES		

8. Visite initiale

a) Moment, durée et nombre de consultations

La visite initiale et toutes les interventions qui en font partie ont lieu le même jour et, idéalement, dès que possible après l'accident de manière à respecter la démarche nécessaire selon les preuves scientifiques dont on dispose et à favoriser une intervention rapide. Les praticiens de la santé sont encouragés à commencer l'intervention au cours de la visite initiale.

b) Composantes de la visite initiale

i. Évaluation

Dans le cadre de l'évaluation de la personne assurée, le praticien de la santé doit faire ce qui suit :

- **Vérifier les antécédents, notamment :**
 - les données démographiques;
 - les blessures, maladies ou invalidités antérieures;
 - les entorses ou problèmes cervicaux antérieurs;
 - les évaluations et les traitements antérieurs;
 - les circonstances et le mécanisme de la blessure actuelle;
 - les symptômes associés à la blessure actuelle;
 - la gravité des symptômes associés à la blessure actuelle.
- **Effectuer un examen physique, notamment :**
 - évaluer l'état général;
 - faire une inspection;
 - palper les points douloureux;
 - déterminer l'amplitude des mouvements;
 - effectuer un examen neurologique;
 - évaluer les blessures connexes.
- **Examiner les capacités fonctionnelles et les facteurs de risque psychosociaux et les consigner, notamment :**
 - les changements dans les capacités fonctionnelles de la personne assurée qui découlent de la blessure et, le cas échéant, les limites fonctionnelles pour la réalisation d'activités au travail, à la maison ou à l'école;
 - les problèmes psychosociaux découlant de la blessure;
 - d'autres facteurs de risque qui compliquent ou empêchent la guérison.

Il est entendu que l'examen des capacités fonctionnelles et des facteurs de risque psychosociaux et leur consignation font partie du champ d'activité du praticien de la santé et n'exigent pas d'examen psychologique en bonne et due forme. Même s'il est recommandé d'employer des outils et instruments normalisés pour faire l'examen des capacités fonctionnelles et des facteurs de risque psychosociaux, le praticien de la santé peut utiliser les outils de son choix.

- **Établir un diagnostic ou définir l'invalidité, notamment :**
 - le diagnostic primaire ou l'invalidité (codes CIM-10);
 - le diagnostic secondaire ou l'invalidité (codes CIM-10).
- **Obtenir le consentement éclairé de la personne assurée pour les traitements couverts par les lignes directrices préautorisées en lui**

faisant signer le formulaire « Confirmation du traitement selon les Lignes directrices préautorisées » (FDIO-23) (ou un autre document au besoin si l'assureur n'exige pas de formulaire FDIO-23).

- **En discutant avec la personne assurée, vérifier la protection dont elle bénéficie (si elle est au courant), c'est-à-dire :**
 - obtenir le nom de la société d'assurance automobile, le numéro de police et le nom de l'expert en sinistres;
 - déterminer si la personne assurée a une autre protection couvrant les services (p. ex., une assurance-maladie complémentaire);
 - demander à la personne assurée si elle a communiqué avec son assureur et, si elle ne l'a pas fait, l'encourager à le faire et à remplir le formulaire « Demande d'indemnités d'accident » (FDIO-1).
- **Demander à la personne assurée sa situation d'emploi afin de déterminer :**
 - si elle travaillait au moment de l'accident;
 - si elle prodiguait des soins à quelqu'un au moment de l'accident;
 - si ses blessures l'empêchent d'assumer ses responsabilités professionnelles ou de prodiguer des soins.

ii. Interventions recommandées pour la visite initiale

Les interventions recommandées pour la visite initiale comprennent ce qui suit.

- **Prescrire des activités**

S'il y a lieu, le praticien de la santé encouragera la personne assurée à demeurer active et à poursuivre ses activités habituelles, car ce sont des facteurs importants dans le processus de rétablissement. Ce faisant, le praticien favorisera l'amélioration fonctionnelle, l'activité et l'adoption d'une attitude positive et réaliste à l'égard du rétablissement.
- **Fournir du réconfort**

Au besoin, le praticien de la santé fournira du réconfort à la personne assurée au sujet de sa blessure et du processus de rétablissement et lui signalera que la plupart des personnes ayant subi une entorse cervicale de stade I ou II recouvrent les capacités fonctionnelles qu'elles avaient avant l'accident en l'espace de quelques semaines.
- **Donner des renseignements**

Le praticien de la santé distribuera, s'il y a lieu, le dépliant intitulé *L'entorse cervicale : les faits* (ci-joint, à titre d'annexe A) et renseignera la personne assurée sur les entorses cervicales, les symptômes habituels, le processus naturel de guérison et le pronostic de rétablissement.
- **Recommander un programme d'exercices à la maison**

Au besoin, le praticien de la santé montrera à la personne assurée des exercices sécuritaires pour le cou qu'elle devra faire régulièrement et lui donnera des conseils à ce sujet. En outre, il établira des exercices personnalisés que la personne pourra faire à la maison, au travail ou à l'école.

iii. Interventions discrétionnaires durant la visite initiale

Les interventions que peut faire le praticien de la santé durant la visite initiale comprennent ce qui suit.

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles**

Si, d'après l'évaluation initiale, le praticien de la santé détermine que des exercices et des activités fonctionnelles durant la visite initiale faciliteraient le rétablissement de la personne assurée et la reprise de ses activités, il peut faire ce type d'interventions. Les exercices et les activités doivent être déterminés d'après les besoins et les exigences fonctionnelles de la personne assurée et le jugement du praticien de la santé. Les activités fonctionnelles et exercices dont il est question dans la présente section font l'objet d'une supervision clinique et peuvent comprendre :

- des exercices visant à restaurer l'amplitude des mouvements;
- des exercices de réadaptation musculaire;
- des exercices isométriques avec de faibles charges destinés à rétablir le contrôle musculaire et le support de la région cervicale.

- **Utiliser la manipulation et la mobilisation**

Si, d'après l'évaluation initiale, le praticien de la santé estime que la mobilisation et la manipulation durant la visite initiale faciliteraient le rétablissement de la personne assurée et la reprise de ses activités, il peut faire ce type d'interventions. Il est à noter que, selon les preuves scientifiques dont on dispose, pour que la mobilisation et la manipulation soient le plus efficaces durant la phase aiguë d'une entorse cervicale de stade I ou II, elles doivent être jumelées à des exercices.

- **Recourir à l'imagerie diagnostique**

Il est permis de faire des radiographiques de la personne assurée sans l'autorisation préalable de l'assureur dans les cas suivants :

- les honoraires ne dépassent pas ceux figurant à l'annexe C et l'Assurance-santé de l'Ontario ou une assurance complémentaire est facturée avant l'assureur;
- aucune autre radiographie semblable n'a été prise par un autre praticien de la santé ou établissement de santé depuis l'accident;
- au moins l'une des conditions suivantes est remplie :
 - une lésion osseuse est suspectée;

- il y a une possibilité de changements dégénératifs, d'instabilité ou d'autres états suffisamment graves pour que les contre-indications relatives à une ou plusieurs interventions soient exclues;
 - une polyarthrite rhumatoïde est suspectée;
 - il y a une possibilité d'ostéoporose;
 - a personne a des antécédents de cancer..
- **Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités**
Si, d'après l'évaluation initiale, le praticien de la santé est d'avis que d'autres interventions précises visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités, par exemple, des traitements de massothérapie, seraient bénéfiques à la personne assurée, il peut faire ces interventions durant la visite initiale ou les visites subséquentes. Le praticien doit tenir compte des preuves scientifiques dont on dispose afin de déterminer l'intervention qui convient le mieux pour traiter une entorse cervicale de stade I ou II durant la phase aiguë. Selon les preuves scientifiques, des interventions telles que le repos et le port continu d'un collier souple sont contre-indiquées pour le traitement d'une entorse cervicale.

c) Interventions recommandées d'après la visite initiale

Le praticien de la santé se basera sur l'évaluation de la personne assurée pour déterminer à la fin de la visite initiale quelle est la conclusion parmi les suivantes qui convient le mieux :

- i. Il n'est pas nécessaire de poursuivre les interventions.
- ii. D'autres interventions couvertes par les présentes lignes directrices sont nécessaires (l'invalidité de la personne assurée est donc couverte par les lignes directrices).
- iii. D'autres interventions non couvertes par les présentes lignes directrices sont nécessaires (l'invalidité de la personne assurée n'est donc pas couverte par les lignes directrices pour les motifs exposés au point 3 des présentes lignes directrices).

d) Documents et facture à la fin de la visite initiale

À la fin de la visite initiale, le praticien de la santé remplira et enverra le formulaire FDIO-23 (à moins que l'assureur ne l'exige pas).

Le praticien peut également remplir et envoyer le formulaire « Facture d'assurance-automobile standard » (FDIO-21, version C) afin d'obtenir un paiement pour la visite initiale.

e) Honoraires pour la visite initiale (se reporter à l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées »)

Des honoraires de 213,29 \$ seront versés pour la visite initiale. Ce montant comprend toutes les évaluations et les interventions effectuées durant la visite initiale et c'est celui qui est versé quel que soit le nombre ou le type d'interventions effectuées durant la visite initiale

9. Phase aiguë

La personne assurée entre dans la phase aiguë du traitement si, d'après l'évaluation effectuée durant la visite initiale, la praticien de la santé établit que les lignes directrices s'appliquent et que les interventions qui y sont prévues sont nécessaires pour faciliter le rétablissement et la reprise des activités de la personne assurée.

a) Moment, durée et nombre de consultations

En général, la phase aiguë dure au plus trois semaines et se déroule idéalement durant les première, deuxième et troisième semaines qui suivent l'accident de manière à respecter la démarche nécessaire selon les preuves scientifiques dont on dispose et à favoriser une intervention rapide.

Les consultations durant la phase aiguë s'ajoutent aux interventions faites durant la visite initiale. Le membre d'une profession de la santé réglementée devrait donner un maximum de 10 consultations durant cette phase. Leur nombre réel et leur fréquence dépendent des besoins de la personne assurée et du jugement du membre d'une profession de la santé réglementée.

b) Composantes de la phase aiguë

i. Interventions recommandées pour la phase aiguë

- **Poursuivre les examens cliniques**
Durant la phase aiguë, le praticien de la santé fera régulièrement des examens cliniques de l'état de la personne assurée et de ses progrès vers la restauration des capacités fonctionnelles et modifiera les interventions au besoin.
- **Prescrire des activités (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Fournir du réconfort (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

- **Donner des renseignements (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Recommander un programme d'exercices à la maison (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

ii. Interventions discrétionnaires durant la phase aiguë

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Utiliser la mobilisation et la manipulation (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation**

Si, d'après l'évaluation initiale et les examens cliniques réguliers effectués durant la phase aiguë, le praticien de la santé constate que la personne assurée semble souffrir ou avoir de la difficulté à gérer les effets de sa blessure, il peut lui donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation afin d'éliminer les obstacles à son rétablissement. Même si, pour ce faire, il est recommandé d'employer une méthode standard, le praticien de la santé peut utiliser la méthode de son choix.

- **Recourir à l'imagerie diagnostique (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Fournir des biens ou des services accessoires**
Avec l'approbation préalable de l'assureur, un membre d'une profession de la santé réglementée peut fournir des biens ou des services accessoires pendant que la personne assurée est couverte par les présentes lignes directrices.

Pour l'application des lignes directrices, **l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école** constituent les biens ou services accessoires qui peuvent être demandés durant la phase aiguë.

L'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école visent surtout à régler les problèmes fonctionnels de la personne assurée et à faciliter la reprise des activités. Ce service fourni dans le cadre des lignes directrices ne devrait être nécessaire que si la personne assurée a beaucoup de difficulté à effectuer des tâches fonctionnelles au travail, à la maison ou à l'école.

Si l'évaluation initiale ou les examens cliniques réguliers effectués durant la phase aiguë révèlent que la personne assurée a beaucoup de difficulté à effectuer des tâches fonctionnelles au travail, à la maison ou à l'école à cause de ses blessures, il peut être bon de faire une inspection et une intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école. Dans ce cas, le praticien de la santé demande l'approbation de l'assureur dans le formulaire FDIO-23 conformément à l'article 37.2 de l'AIAL (à moins que l'assureur ne renonce à cette exigence). S'il ressort qu'une inspection et une intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école est nécessaire une fois que le premier formulaire FDIO-23 a été envoyé à l'assureur, il faut obtenir une approbation préalable pour ce service en présentant un nouveau formulaire FDIO-23 (à moins que l'assureur ne renonce à cette exigence).

Lorsqu'il doit faire une inspection et une intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école, le membre d'une profession de la santé réglementée commence par inspecter les lieux afin de bien comprendre les principales difficultés de la personne assurée. Celle-ci doit idéalement être présente durant l'intervention. Une fois l'inspection terminée, le membre d'une profession de la santé réglementée fera une intervention appropriée afin d'éliminer les difficultés relevées. Il peut notamment :

- communiquer avec l'employeur ou la direction de l'école (avec le consentement préalable de la personne assurée) afin d'obtenir la permission d'effectuer une visite sur place et d'obtenir des renseignements, comme une description de travail, s'il en existe une;
- recommander que des aides ou des appareils soient fournis;
- recommander que des modifications mineures soient apportées au milieu à la maison, dans le lieu de travail ou à l'école;
- proposer des stratégies compensatoires ou d'autres façons de procéder pour accomplir des tâches fonctionnelles;
- attribuer des activités fonctionnelles précises afin d'accroître la tolérance.

Le membre d'une profession de la santé réglementée consignera des renseignements sur l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école dans le dossier de la personne assurée et y versera les documents prouvant que les consentements nécessaires ont été donnés. La forme que prendront les renseignements et documents en question dépendra du jugement du membre d'une profession de la santé réglementée ainsi que des exigences de l'ordre de réglementation des professionnels de la santé dont il relève. L'assureur peut demander d'examiner ces renseignements et documents en tout temps. Le membre d'une profession de la santé réglementée résumera l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison et à l'école dans le Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices préautorisées (FDIO-24).

L'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école ne constituent pas une évaluation visant à déterminer l'admissibilité à des services d'entretien ménager, des services d'auxiliaires ou une indemnité de remplacement de revenu.

- **Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

c) Biens et services supplémentaires durant la phase aiguë

Il peut arriver que la personne assurée subisse des blessures secondaires légères ou présente des symptômes non liés à une entorse cervicale de stade I ou II pour lesquels des biens ou des services supplémentaires sont nécessaires. Dans ce cas, le praticien de la santé peut fournir les biens ou services supplémentaires jugés nécessaires, jusqu'à concurrence de 174,38 \$, sans l'approbation préalable de l'assureur, à condition que les blessures secondaires ou les symptômes :

- découlent du même accident que l'entorse cervicale de stade I ou II;
- soient d'un type ou d'une gravité qui ne nécessite pas de biens ou services autres que ceux couverts par les présentes lignes directrices;
- puissent être soignés au moyen des biens et services prévus dans les présentes lignes directrices.

d) État au moment du congé durant ou après la phase aiguë

D'après les examens cliniques réguliers et les progrès réalisés durant la phase aiguë, le praticien de la santé déterminera quelle est la conclusion parmi les suivantes qui concorde avec l'état de la personne assurée au moment de son congé durant ou après la phase aiguë :

- Il n'est pas nécessaire de poursuivre les interventions (préciser le statut fonctionnel et le statut d'emploi dans le formulaire FDIO-24).
- D'autres interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires.
- D'autres interventions non couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires.
- La personne assurée a obtenu son congé parce qu'elle ne se conformait pas aux lignes directrices préautorisées, elle ne se présentait pas aux consultations ou elle a choisi de ne plus se prévaloir des interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées.

e) Documents et facture après la phase aiguë

Les documents exigés à la fin de la phase aiguë dépendent de l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé, conformément aux explications données ci-dessous.

- i. Si, après la phase aiguë, **il n'est pas nécessaire de poursuivre les interventions**, le praticien de la santé enverra le formulaire FDIO-24 après avoir rempli toutes les sections utiles.

En outre, il enverra le formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant la phase aiguë. Ce formulaire doit accompagner le formulaire FDIO-24.

- ii. Si, après la phase aiguë, **d'autres interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires**, la personne assurée passera à la phase subaiguë. Par conséquent, il ne sera pas nécessaire de remplir un formulaire FDIO-24 à ce stade.

Le praticien de la santé peut envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant la phase aiguë ou attendre que la personne assurée obtienne son congé pour le faire.

- iii. Si, après la phase aiguë, **d'autres interventions non couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires**, le praticien de la santé enverra un formulaire FDIO-24 après avoir rempli les sections utiles.

Le praticien de la santé enverra également un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant la phase aiguë. Ce formulaire doit accompagner le formulaire FDIO-24.

En outre, le praticien informera l'assureur de l'intervention recommandée non couverte par les lignes directrices préautorisées en lui faisant parvenir un formulaire FDIO-18 ou il renverra la personne assurée à un autre praticien de la santé, au besoin.

- iv. Si, durant la phase aiguë, **la personne assurée a obtenu son congé parce qu'elle ne se conformait pas aux lignes directrices préautorisées, elle ne participait pas aux consultations ou elle a choisi de ne plus se prévaloir des interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées**, le praticien de la santé enverra un formulaire FDIO-24 après avoir rempli toutes les sections utiles.

Le praticien de la santé enverra également un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant la phase aiguë. Ce formulaire doit accompagner le formulaire FDIO-24.

f) Honoraires pour la phase aiguë (se reporter à l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées »)

Les honoraires forfaitaires payables pour la phase aiguë s'élèvent à 519,11 \$. C'est ce montant qui est versé quel que soit le nombre ou le type d'interventions et le nombre de consultations données à la personne assurée.

Les honoraires forfaitaires versés pour l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école se chiffrent à 426,57 \$, plus les frais de déplacement et le kilométrage à un taux convenu au moment où l'intervention est approuvée par l'assureur. Selon les présentes lignes directrices, des honoraires pour l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école ne peuvent être facturés qu'une seule fois. Autrement dit, si ces honoraires sont facturés durant la phase aiguë, il ne sera pas possible d'en facturer d'autres durant la phase subaiguë.

Les honoraires pouvant être exigés pour remplir le Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices préautorisées (formulaire FDIO-24) sont de 87,19 \$. Conformément aux lignes directrices, ils ne sont facturés qu'une seule fois, c'est-à-dire au moment où la personne assurée obtient son congé.

Les honoraires maximums pour les biens et services supplémentaires couverts par les présentes lignes directrices sont de 174,38 \$ et les honoraires de transfert versés lorsqu'une personne assurée change de praticien de la santé sont de 52,28 \$.

10. Phase subaiguë

La personne assurée arrive à la phase subaiguë du traitement si, d'après les examens cliniques réguliers effectués durant la phase aiguë, le praticien de la santé détermine que les lignes directrices préautorisées continuent de s'appliquer et que des interventions supplémentaires couvertes par ces lignes directrices sont nécessaires afin de faciliter le rétablissement de la personne assurée et la reprise de ses activités.

a) Moment, durée et nombre de consultations

En général, la phase subaiguë a une durée maximale de trois semaines et se déroule idéalement durant les quatrième, cinquième et sixième semaines qui suivent l'accident de manière à respecter la démarche nécessaire selon les preuves scientifiques et à favoriser une intervention rapide.

Le praticien de la santé devrait offrir un maximum de 9 consultations durant la phase subaiguë. Leur nombre réel et leur fréquence dépendent des besoins de la personne assurée et du jugement du praticien de la santé.

b) Composantes de la phase subaiguë

i. Interventions recommandées pour la phase subaiguë

- **Poursuivre les examens cliniques (se reporter à la section ci-dessus sur la phase aiguë)**
- **Prescrire des activités (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Fournir du réconfort (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Donner des renseignements (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Recommander un programme d'exercices à la maison (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

ii. Interventions discrétionnaires pour la phase subaiguë

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Utiliser la mobilisation et la manipulation (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation (se reporter à la section ci-dessus sur la phase aiguë)**
- **Recourir à l'imagerie diagnostique (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **Fournir des biens ou des services accessoires (se reporter à la section ci-dessus sur la phase aiguë)**
- **Prévoir d'autres interventions visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**

c) Biens et services supplémentaires durant la phase subaiguë (se reporter à la section ci-dessus sur la phase aiguë)

d) État au moment du congé durant ou après la phase subaiguë

D'après les examens cliniques réguliers et les progrès réalisés durant la phase subaiguë, le praticien de la santé déterminera quelle conclusion parmi les suivantes

correspond à l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé durant ou après la phase subaiguë :

- i. Il n'est pas nécessaire de poursuivre les interventions (préciser le statut fonctionnel et le statut d'emploi dans le formulaire FDIO-24).
- ii. D'autres interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires – il faut donc prolonger les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées.
- iii. D'autres interventions non couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires.
- iv. La personne assurée a obtenu son congé parce qu'elle ne se conformait pas aux lignes directrices préautorisées, elle ne se présentait pas aux consultations ou elle a choisi de ne plus se prévaloir des interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées.

e) Documents et facture après la phase subaiguë

Les documents exigés à la fin de la phase subaiguë dépendent de l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé, conformément aux explications données dans la section portant sur la phase aiguë.

Cependant, si, après la phase subaiguë, **d'autres interventions couvertes par les présentes lignes directrices sont nécessaires**, le praticien de la santé peut demander à l'assureur d'approuver une prolongation des interventions couvertes sans avoir à envoyer le formulaire FDIO-23, de la façon prévue par l'article 37.2 de l'AIAL (biens ou services accessoires). Si l'assureur donne son approbation, le praticien de la santé n'est pas tenu d'envoyer un formulaire FDIO-24 ou FDIO-21 – Version C à ce stade, étant donné que la personne assurée passera à la phase de prolongation. Si l'assureur n'approuve pas la prolongation sans recevoir un formulaire FDIO-23, le praticien de la santé peut envoyer un formulaire FDIO-23, comme le prévoit l'article 37.2 de l'AIAL, ou encore les formulaires FDIO-24 et FDIO-21 – Version C.

f) Honoraires pour la phase subaiguë (se reporter à l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées »)

Les honoraires payables pour la phase subaiguë s'élèvent à 444,68 \$. C'est ce montant qui est versé quel que soit le nombre ou le type d'interventions et le nombre de consultations données à la personne assurée.

Tous les autres honoraires (p. ex., pour l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école, les formulaires à remplir, les biens et services supplémentaires ou le changement de praticien) sont ceux indiqués dans la section sur la phase aiguë et dans l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées ».

11. Phase de prolongation du traitement couvert par les lignes directrices préautorisées

Les services couverts par les lignes directrices préautorisées ne seront prolongés que si, d'après les examens cliniques réguliers effectués durant la phase subaiguë, le praticien de la santé est d'avis qu'au plus quatre interventions supplémentaires couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires pour assurer la guérison de la blessure et permettre à la personne assurée de reprendre ses activités avec succès. **Conformément à l'article 37.2 de l'AIAL, l'approbation de l'assureur est nécessaire pour toutes les prolongations du traitement couvert par les lignes directrices en question.**

a) Moment, durée et nombre de consultations

En général, la phase de prolongation dure au plus deux semaines et se déroule idéalement durant les septième et huitième semaines qui suivent l'accident de manière à respecter la démarche nécessaire selon les preuves scientifiques et à favoriser une intervention rapide.

Le praticien de la santé devrait offrir un maximum de 4 consultations durant la phase de prolongation du traitement. Leur nombre réel et leur fréquence dépendent des besoins de la personne assurée et du jugement clinique du praticien de la santé.

b) Composantes de la phase de prolongation

Cette phase ne compte qu'une seule composante, c'est-à-dire un maximum de quatre interventions supplémentaires couvertes par les lignes directrices préautorisées que le praticien de la santé juge indiquées et nécessaires au rétablissement de la personne assurée et à la reprise de ses activités.

c) État au moment du congé durant ou après la phase de prolongation

D'après les examens cliniques réguliers et les progrès réalisés durant la phase de prolongation, le praticien de la santé déterminera quelle conclusion parmi les suivantes correspond à l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé durant ou après la phase de prolongation :

- i. Il n'est pas nécessaire de poursuivre les interventions (préciser le statut fonctionnel et le statut d'emploi dans le formulaire FDIO-24).
- ii. D'autres interventions non couvertes par les lignes directrices préautorisées sont nécessaires.
- iii. La personne assurée a obtenu son congé parce qu'elle ne se conformait pas aux lignes directrices préautorisées, elle ne se présentait pas aux consultations ou elle a choisi de ne plus se prévaloir des interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées.

d) Documents et facture après la phase de prolongation

Les documents exigés à la fin de la phase de prolongation dépendent de l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé. Les états sont expliqués ci-dessus dans la section portant sur la phase aiguë.

e) Honoraires pour la phase de prolongation (se reporter à l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées »)

Les honoraires payables pour chaque consultation durant la phase de prolongation sont de 47,99 \$, jusqu'à concurrence de 191,96 \$ pour toute la phase. Tous les autres honoraires (p. ex., pour l'inspection et l'intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école, les formulaires à remplir, les biens et services supplémentaires ou le changement de praticien) sont ceux indiqués dans la section sur la phase aiguë et dans l'annexe B intitulée « Tableau des honoraires pour les interventions couvertes par les lignes directrices préautorisées ».

Annexe A

Les faits sur l'entorse cervicale*

Les faits sur l'entorse cervicale de stade I ou II

Les personnes qui ont un accident de voiture subissent parfois un claquage des muscles du cou et des tissus mous environnants appelé communément entorse. Ce genre de blessure survient le plus souvent lorsqu'une voiture est heurtée à l'arrière ou sur le côté, ce qui provoque un mouvement brusque de la tête et du cou. Une entorse cervicale peut causer des douleurs musculaires (stade I) ou aller jusqu'à limiter les mouvements du cou (stade II). C'est un type de blessure le plus souvent temporaire, qui guérit presque toujours complètement. Si vous avez subi une entorse cervicale, des renseignements relatifs à votre blessure peuvent vous aider à participer à votre propre guérison. La présente brochure résume l'état actuel des recherches scientifiques sur les blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II.

Renseignements généraux sur les entorses cervicales

- La plupart des entorses cervicales sont sans gravité et guérissent complètement.
- Les signes de blessures graves au cou, comme les fractures, sont le plus souvent évidents dès les premiers examens. Les professionnels de la santé formés pour le traitement des entorses cervicales surveillent ces signes.
- La douleur, la raideur et les autres symptômes des entorses cervicales de stade I ou II surviennent le plus souvent dans les deux premiers jours suivant l'accident. L'apparition tardive des symptômes ne signifie pas que la blessure est plus sérieuse.
- La plupart du temps, une entorse cervicale n'empêche pas les gens de poursuivre leurs activités normales. Dans le cas contraire, ils les reprennent le plus souvent en toute sécurité après quelques jours ou quelques semaines.
- À l'instar des douleurs et de la raideur résultant d'une entorse de la cheville, celles provoquées par une entorse cervicale peuvent persister pendant des jours ou des semaines. Il y a des patients qui guérissent rapidement, mais il y en a d'autres chez qui les symptômes persistent longtemps. Dans la plupart des cas d'entorse cervicale de stade I ou II, les symptômes diminuent avec la reprise des activités.

Poursuite des activités quotidiennes

- La poursuite des activités normales contribue grandement à la guérison.

- En général, le repos pendant un jour ou deux n'aide pas à guérir et a plutôt pour effet de prolonger la douleur et l'invalidité. En cas d'entorse cervicale, il semblerait que « plus on se repose, plus on est rouillé ».
- Les muscles blessés ont tendance à se raidir et à faiblir lorsqu'ils manquent d'exercice, ce qui peut accroître la douleur et retarder la guérison.
- La reprise des activités normales peut être facilitée par un traitement et des exercices actifs.
- Les collets cervicaux empêchent de bouger, ce qui peut faire augmenter la raideur et la douleur. En général, ils ne sont pas recommandés, car les effets bénéfiques sont minimes ou inexistants.
- La reprise des activités garde les tissus mous sains et souples, ce qui accélère la guérison. L'exercice produit également des substances chimiques naturelles dans l'organisme qui réduisent la douleur.
- Pour empêcher les douleurs chroniques, il faut absolument redevenir actif le plus vite possible.

Conseils pour la reprise des activités

- Éviter de demeurer assis dans la même position pendant de longues périodes.
- Levez-vous régulièrement pour faire des étirements.
- Asseyez-vous à votre poste de travail en gardant la partie supérieure des bras près du corps et en veillant à ce que votre dos et vos pieds soient bien appuyés.
- Lorsque vous conduisez, placez votre siège de manière à ce que vos coudes et vos genoux soient légèrement pliés.
- Pour faire des emplettes ou transporter des objets, servez-vous d'un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour réduire l'effort.
- Évitez les sports de contact et les exercices intenses pendant les premières semaines, afin de prévenir de nouvelles blessures. Demandez l'avis de votre professionnel de la santé sur les autres sports ou loisirs auxquels vous pourriez vous adonner.
- Veillez à ce que votre lit soit confortable. Placez l'oreiller à une hauteur confortable pour bien soutenir votre cou.

Traitement des entorses cervicales

- Selon les recherches, plus le patient coopère et s'efforce de reprendre ses activités quotidiennes, meilleures sont les chances de succès du traitement des entorses cervicales.
- Votre professionnel de la santé traitant évaluera votre entorse cervicale et discutera des options pour le traitement et le soulagement de la douleur.

- Les médicaments sur ordonnance sont rarement nécessaires, mais il peut être conseillé d'employer des médicaments sans ordonnance légers, en plus d'appliquer de la glace ou de la chaleur.
- Votre professionnel de la santé traitant peut recommander un traitement physique approprié.

Pour éviter les douleurs chroniques

- Une partie des personnes qui ont subi une entorse cervicale hésitent à reprendre leurs activités parce qu'elles craignent d'aggraver leur blessure. La douleur peut les amener à surestimer l'étendue des dommages.
- Si votre professionnel de la santé conseille de reprendre vos activités, n'hésitez pas à le faire.
- Restez en communication avec vos parents, amis et collègues. L'isolement peut favoriser la dépression et les douleurs chroniques.
- Si vous ressentez du découragement en pensant à votre guérison, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Efforcez-vous de reprendre vos activités au lieu de ne songer qu'à votre blessure!

Prévention

- Placez l'appuie-tête de votre siège de voiture à la hauteur qui convient peut aider à prévenir une autre entorse cervicale en cas d'accident. Idéalement, le haut de la tête devrait être aligné avec le haut de l'appuie-tête, et l'espace entre la tête et l'appuie-tête devrait être d'au plus 2 à 5 cm.

La présente brochure contient des renseignements généraux sur les entorses cervicales. Elle n'est pas destinée à remplacer les conseils d'un professionnel de la santé compétent capable de bien évaluer une entorse cervicale et de recommander un traitement.

Les renseignements qui figurent ici sont basés sur les résultats des recherches scientifiques les plus récentes sur les entorses cervicales et ils ont été approuvés par les organismes suivants :

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

*Cette brochure a été publiée à l'origine en 2003 et est disponible à l'adresse www.ibc.ca

Annexe B
Tableau des honoraires pour les interventions
couvertes par les lignes directrices préautorisées

INTERVENTIONS COURANTES	HONORAIRES
• Visite initiale (1 consultation)	213,29 \$
• Phase aiguë (maximum de 10 consultations)	519,11 \$
• Phase subaiguë (maximum de 9 consultations)	444,68 \$
• Remplir le Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices préautorisées (FDIO-24) (payable au moment du congé)	87,19 \$

D'AUTRES INTERVENTIONS COUVERTES PAR LES LIGNES DIRECTRICES PRÉAUTORISÉES PEUVENT ÊTRE OFFERTES SELON LES BESOINS ET L'ÉTAT DE LA PERSONNE ASSURÉE AU MOMENT DU CONGÉ	HONORAIRES
• Inspection et intervention sur place au travail, à la maison ou à l'école (une seule fois, conformément aux lignes directrices et avec l'approbation préalable de l'assureur)	426,57 \$ plus les frais de déplacement et le kilométrage au taux convenu entre l'assureur et le praticien de la santé
• Biens et services supplémentaires	Jusqu'à concurrence de 174,38 \$
• Phase de prolongation (maximum de 4 consultations, avec l'approbation préalable de l'assureur)	47,99 \$ par consultation, jusqu'à concurrence de 191,96 \$ pour toute la phase de prolongation
• Droits de transfert en cas de changement de praticien de la santé par la personne assurée	52,28 \$

Annexe C
Tableau des honoraires pour les radiographies

DESCRIPTION	HONORAIRES
Colonne cervicale • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues • 5 ou 6 vues • plus de 6 vues	36,80 \$ 43,91 \$ 50,19 \$ 59,22 \$
Colonne thoracique • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues	34,34 \$ 45,20 \$
Colonne lombaire ou lombosacrée • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues • 5 ou 6 vues • plus de 6 vues	36,80 \$ 43,91 \$ 50,19 \$ 58,40 \$



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Juillet 2009

Lignes directrices sur les services professionnels

Lignes directrices du surintendant n° 01/09

Introduction

Ces lignes directrices s'appliquent en vertu du paragraphe 268.3 (1) de la *Loi sur les assurances* aux fins des paragraphes 14 (4), 15 (6), 17 (2) et 24 (2) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* *accidents survenus le 1^{er} novembre 1996 ou après ce jour* (AIAL) et s'appliquent aux frais exigibles pour des services rendus le 1^{er} août 2009 ou après ce jour.

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} août 2009 ou après ce jour, et ce, même s'ils ont été approuvés avant le 1^{er} août 2009.

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 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 du paragraphe 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.

Système de demandes de règlement pour soins de santé liés à l'assurance automobile (DRSSAA)

Suite à la mise en oeuvre 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.

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 toutes qu'une demande d'évaluation ou d'examen proposée dans un FIDO-22 est raisonnable.

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.

ANNEXE – FRAIS RÉVISÉS

Profession médicale ou soins de santé	Taux horaire maximum <i>excepté les déficiences invalidantes</i>	Taux horaire maximum visant les <i>déficiences invalidantes</i>
Chiropraticiens	106,41 \$	127,69 \$
Massothérapeutes	54,89 \$	84,02 \$
Ergothérapeutes	94,09 \$	113,12 \$
Physiothérapeutes	94,09 \$	113,12 \$
Podiatres	94,09 \$	113,12 \$
Psychologues et psychologues associés	141,13 \$	169,12 \$
Orthophonistes	105,86 \$	126,56 \$
Infirmiers et infirmières autorisés, infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et infirmiers et infirmières praticiens	86,24 \$	103,05 \$
<i>Fournisseurs de services non réglementés</i>		
Gestionnaires de cas	54,89 \$	84,02 \$
Kinésithérapeutes	54,89 \$	84,02 \$
Conseillers familiaux	54,89 \$	84,02 \$
Psychométriciens	54,89 \$	84,02 \$
Conseillers en réadaptation	54,89 \$	84,02 \$
Orienteurs professionnels	54,89 \$	84,02 \$

* Ce taux s'applique à tous les services rendus le 1^{er} août 2009 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.

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 (FIDO-18) – Version électronique DRSSAA	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 (FIDO-22) – Version électronique DRSSAA	70,00 \$