



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Février 2014

Ligne directrice sur les blessures légères

Ligne directrice du surintendant n° 01/14

Table des matières

1. Introduction	3
2. Définitions	4
3. Déficiences visées par la présente ligne directrice.....	5
4. Déficiences non visées par la présente ligne directrice.....	5
5. Fournisseurs de services autorisés en vertu de la présente ligne directrice	6
6. Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice	6
7. Visite initiale	6
a) Moment de la visite initiale	6
b) Composantes de la visite initiale	6
c) Interventions recommandées à la fin de la visite initiale et documents et facture	8
d) Honoraires pour la visite initiale (voir l'annexe B, <i>Tableau des honoraires</i>).....	9
8. Phase de traitement	9
a) Moment et durée de la phase de traitement	9
b) Composantes de la phase de traitement	9
c) Surveillance par le praticien de la santé	11
d) Biens et services supplémentaires durant la phase de traitement.....	11
e) État au moment du congé au cours ou à la fin de la phase de traitement et documents et facture	12
f) Honoraires pour la phase de traitement (voir l'annexe B, <i>Tableau des honoraires</i>)	13
9. Montants payables en vertu des autres assurances et garanties de soins de santé. 13	
Annexe A.....	14
Annexe B.....	16
Annexe C	17

Ligne directrice sur les blessures légères

1. Introduction

La présente directive remplace la Ligne directrice sur les blessures légères – Ligne directrice du surintendant n° 02/11 publiée en novembre 2011, émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légères - en vigueur dès le 1^{er} septembre 2010* (AIAL).

Cette directive s'applique aux documents précisés dans la directive qui sont remis le **1^{er} février 2014** ou après cette date, quelle que soit la date de l'accident qu'ils concernent.

La présente ligne directrice est incorporée par renvoi à l'AIAL et est donc exécutoire en application du paragraphe 268.3 (2.1) de la *Loi sur les assurances*.

Pour l'application de la présente ligne directrice, les termes « blessure » et « blessures » s'entendent respectivement au sens donné à « déficience » et « déficiences » dans l'AIAL, tandis que « membre d'une profession de la santé réglementée » et « praticien de la santé » ont le même sens que dans l'AIAL.

La présente ligne directrice s'applique en cas de remise de tout formulaire *Confirmation du traitement* (FDIO-23) au nom d'une personne assurée et dans les cas où l'assureur renonce à l'exigence liée à l'obtention d'un formulaire FDIO-23 en ce qui concerne un accident qui s'est produit le 1^{er} septembre 2010 ou après cette date.

Les *Lignes directrices préautorisées pour les blessures associées à une entorse cervicale de stade I ou II* (Lignes directrices du surintendant n° 02/09) demeurent en effet en cas de remise du formulaire FDIO-23 au nom d'une personne assurée, et dans les cas où l'assureur renonce à l'exigence liée à l'obtention d'un formulaire FDIO-23, en ce qui concerne un accident qui s'est produit avant le 1^{er} septembre 2010.

La présente ligne directrice a les fins suivantes :

- a) accélérer l'accès à des services de réadaptation pour les personnes qui ont subi des blessures légères dans un accident d'automobile;
- b) améliorer l'utilisation des ressources en soins de santé;
- c) établir à l'intention des assureurs et des membres d'une profession de la santé réglementée de la certitude relativement au coût et au paiement;
- d) être plus inclusif dans la prestation d'un accès immédiat au traitement sans approbation de l'assureur pour les personnes ayant des blessures légères telles qu'elles sont définies dans l'AIAL et décrites à la partie 2 de la présente ligne directrice.

Conformément à ces objectifs, la présente ligne directrice établit les biens et services qui seront payés par l'assureur sans avoir été approuvés par ce dernier lorsqu'ils ont été dispensés à une personne assurée qui a subi une blessure légère.

La présente ligne directrice a 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.

L’AIAL et la présente ligne directrice visent à encourager et à promouvoir l’application la plus large possible de la présente ligne directrice, en reconnaissant que la plupart des personnes blessées dans des accidents d’automobile en Ontario subissent des blessures légères pour lesquelles conviennent les biens et services prévus dans la présente ligne directrice.

L’application de la présente ligne directrice par tous les intervenants sera surveillée régulièrement afin de détecter rapidement toute application ou interprétation inappropriée de l’AIAL et de la ligne directrice, et d’y répondre.

2. Définitions

La présente ligne directrice a avant tout pour but d’assurer l’application d’une méthode de restauration fonctionnelle pour la gestion des blessures légères aux phases aiguë et subaiguë du traitement.

Les définitions qui suivent s’appliquent à la présente ligne directrice :

- a) **blessure légère** – entorse, foulure, entorse cervicale, contusion, excoriation, lacération ou subluxation et toute séquelle s’y rattachant sur le plan clinique. Ce terme est à interpréter de manière à s’appliquer à une ou plusieurs de ces blessures, quelles qu’elles soient.
- b) **entorse** – blessure à un ou plusieurs tendons ou ligaments, voire à un ou plusieurs tendons et un ou plusieurs ligaments, y compris une déchirure partielle, mais pas complète.
- c) **foulure** – blessure à un ou plusieurs muscles, y compris une déchirure partielle, mais pas complète.
- d) **subluxation** – luxation partielle, mais pas complète, d’une articulation.
- e) **coup de fouet cervical** – blessure au cou d’une personne à la suite d’une force soudaine d’accélération-décélération.
- f) **entorse cervicale** – coup de fouet cervical qui :
 - (i) ne se traduit pas par des signes neurologiques objectifs, démontrables, définissables et pertinents sur le plan clinique;
 - (ii) ne se traduit pas par une fracture de la colonne vertébrale ou une luxation de cette dernière.

- g) **restauration fonctionnelle** – Approche utilisée par un praticien de la santé pour rétablir la capacité fonctionnelle et qui comprend des interventions visant à aider la personne assurée à réduire ou gérer sa douleur et les symptômes psychosociaux connexes. Les interventions sont centrées sur ce que la personne assurée doit faire pour rétablir son autonomie fonctionnelle à la maison et au travail jusqu'au niveau existant avant l'accident. La personne est soumise à une évaluation destinée à déterminer le niveau de fonctionnement actuel par rapport à ces besoins essentiels et les limites fonctionnelles découlant de la blessure, le cas échéant. Les interventions effectuées par le praticien de la santé ou un membre d'une profession de la santé réglementée sous la supervision ou la coordination du praticien de la santé sont ensuite choisies en fonction de ces limites afin de permettre à la personne de poursuivre ou de reprendre ses activités habituelles à la maison et au travail.
- h) **Intervention recommandée** – Intervention qui, idéalement, est pratiquée à chaque fois que la personne assurée se rend à la clinique du praticien de la santé.
- i) **Intervention discrétionnaire** – Intervention pratiquée à la discrétion du praticien de la santé en fonction des besoins précis de la personne assurée. Le terme « discrétionnaire » **ne signifie pas** que l'intervention en question joue un rôle secondaire dans le traitement de la personne assurée.

3. Déficiences visées par la présente ligne directrice

Sous réserve des exceptions prévues à la section 4 ci-dessous, la déficience d'une personne assurée est visée par la présente ligne directrice si la déficience est essentiellement une blessure légère.

4. Déficiences non visées par la présente ligne directrice

La déficience d'une personne assurée n'est pas visée par la présente ligne directrice dans les cas où cette déficience est essentiellement une blessure légère, mais que la personne assurée a, tel que l'atteste une preuve convaincante fournie par son praticien de la santé, un état médical préexistant qui a été attesté par un praticien de la santé avant l'accident et qui l'empêchera de se rétablir de manière optimale de la blessure légère si la personne est assujettie au plafond de 3 500 \$ prévu au paragraphe 18(1) de l'AIAL ou limitée aux biens et services autorisés en vertu de la présente ligne directrice.

La preuve convaincante doit être fournie au moyen du formulaire FDIO-18, *Plan de traitement et d'évaluation*, auquel seront joints les documents médicaux préparés le cas échéant par un praticien de la santé.

L'existence d'un état préexistant quel qu'il soit ne se traduit pas nécessairement par l'exclusion de la déficience d'une personne relativement à la présente ligne directrice. Une telle exclusion n'est ni prévue ni escomptée en ce qui concerne la grande majorité des états préexistants.

Ce n'est que dans des cas extrêmement limités, lorsqu'une preuve convaincante fournie par un praticien de la santé démontre de manière satisfaisante qu'un état préexistant, attesté par un praticien de la santé avant l'accident, empêchera une personne de se rétablir de manière optimale de la blessure légère pour les raisons susmentionnées, que l'on considérera que la déficience de cette personne n'est pas visée par la présente ligne directrice. L'exclusion d'une personne relativement à la présente ligne directrice du fait de motifs ou d'une preuve ne satisfaisant pas à cette exigence n'est pas conforme à l'intention de l'AIAL et de la présente ligne directrice.

5. Fournisseurs de services autorisés en vertu de la présente ligne directrice

Les fournisseurs pouvant fournir les services en vertu de la présente ligne directrice 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 les interventions prévues dans la présente ligne directrice. En outre, le praticien de la santé peut coordonner ou superviser directement la prestation de services à des personnes assurées par d'autres fournisseurs de soins de santé compétents.

6. Changement de praticien de la santé en vertu de la présente ligne directrice

Lorsqu'une personne assurée recevant des services en vertu de cette directive décide de changer de praticien de la santé, pendant qu'elle reçoit des services de traitement dans le cadre d'une tranche de services, le nouveau praticien de la santé doit en informer l'assureur, qui lui indiquera quels services prévus en vertu de la directive ont déjà été fournis. Le nouveau praticien reprendra alors la prestation des services prévus par la directive.

Le praticien de la santé précédent ne peut facturer que 25 % du montant autrement payable pour une tranche de services pour chaque semaine ou partie de semaine au cours de laquelle il a dispensé un traitement en vertu de la tranche (p. ex., un praticien de la santé qui a fourni deux semaines de traitement facturerait 50 % du montant total autrement payable pour la tranche de services précisée). Ces renseignements doivent être précisés dans la section « Autres renseignements » du formulaire FDIO-21. Le nouveau praticien de la santé ne pourra être rémunéré que pour les services qui restent à fournir en vertu de la présente directive.

7. Visite initiale

a) Moment de la visite initiale

Idéalement, la visite initiale a lieu dès que possible après l'accident, et 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 antérieures, la blessure actuelle.
- Effectuer un examen physique, comprenant notamment la détermination de l'amplitude des mouvements, un examen neurologique et une évaluation des blessures connexes.

- Examiner les capacités fonctionnelles et les facteurs de risque psychosociaux se rapportant à la blessure et les consigner, notamment les changements dans les capacités fonctionnelles, les problèmes psychosociaux et les autres facteurs de risques ou obstacles au rétablissement. 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 la déficience, avec notamment la description du diagnostic primaire ou de la déficience (codes de la CIM-10) et la description du diagnostic secondaire ou de la déficience (codes de la CIM-10).
- Obtenir le consentement éclairé de la personne assurée pour le traitement et le consigner par écrit.
- Passer en revue le formulaire FDIO-23, *Confirmation du traitement*, avec la personne assurée et faire signer le formulaire par cette dernière, à moins que l'assureur n'ait renoncé à l'exigence liée à l'obtention de ce formulaire.

ii. Interventions recommandées durant la visite initiale

Les interventions recommandées durant la visite initiale sont notamment les suivantes :

- **Prescrire des activités**
S'il y a lieu, encourager la personne assurée à demeurer active et à poursuivre ses activités habituelles, car ce sont des facteurs importants dans le processus de rétablissement.
- **Fournir du réconfort**
Au besoin, fournir du réconfort à la personne assurée au sujet de sa blessure et du processus de rétablissement.
- **Donner des renseignements**
Distribuer, s'il y a lieu, le dépliant intitulé *Les faits sur le coup de fouet cervical* (ci-joint, à titre d'annexe A) et renseigner la personne assurée sur les blessures légères, les symptômes, le processus naturel de guérison et le pronostic de rétablissement.
- **Recommander un programme d'exercices à la maison**
Au besoin, montrer à la personne assurée des exercices qu'elle devrait faire pour sa blessure et lui donner des conseils à ce sujet, et établir pour cette personne un programme d'exercices personnalisés qu'elle 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 s'il l'estime utile pour faciliter le rétablissement de la personne assurée et la reprise de ses activités sont notamment les suivantes :

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles**
Les interventions doivent être déterminées d'après les besoins précis et les exigences fonctionnelles de la personne assurée et peuvent inclure ce qui suit : des exercices visant à restaurer l'amplitude des mouvements; des exercices de réadaptation musculaire; des exercices isométriques avec de faibles charges.
- **Utiliser la manipulation et la mobilisation**
Le praticien de la santé peut faire ce genre d'interventions s'il estime que la personne assurée bénéficierait de la mobilisation et la manipulation.
- **Recourir à l'imagerie diagnostique**
Il est permis de faire des radiographies de la personne assurée sans l'autorisation préalable de l'assureur lorsque tous les critères suivants sont remplis :
 - 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 du même genre 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 qu'il soit nécessaire d'écarter les contre-indications relatives à une ou plusieurs interventions;
 - une polyarthrite rhumatoïde est suspectée;
 - il y a une possibilité d'ostéoporose;
 - la 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 la personne assurée profiterait d'autres interventions précises visant à faciliter la gestion de la douleur, le mouvement et la reprise des activités, ces interventions peuvent être pratiquées durant la visite initiale ou les visites subséquentes. Il peut s'agir par exemple de traitements de massothérapie, d'une intervention pour des problèmes psychosociaux, d'un enseignement lié aux habiletés d'adaptation, de conseils sur la distinction à faire entre les concepts de douleur et de lésion et le maintien d'un engagement actif ou de techniques de préservation de l'énergie corporelle.

c) Interventions recommandées à la fin de la visite initiale et documents et facture

Le praticien de la santé déterminera parmi les énoncés suivants la conclusion qui convient le mieux pour ses recommandations à la fin de la visite initiale :

- i. Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire. Le praticien de la santé remplit la *Facture d'assurance-automobile standard* (FDIO-21) pour la visite initiale.

- ii. D'autres interventions décrites dans la présente ligne directrice sont nécessaires et pertinentes conformément à la partie 3 de la présente ligne directrice (la déficience de la personne assurée est donc visée par la ligne directrice). Le praticien de la santé remplit le formulaire FDIO-23 et l'envoie à l'assureur dans les 10 jours ouvrables suivant la visite initiale, à moins que l'assureur n'ait renoncé à cette exigence. Le praticien de la santé remplira et enverra le formulaire FDIO-21.
- iii. D'autres interventions sont nécessaires, mais ne sont pas visées par la présente ligne directrice, conformément à la partie 4 de la présente ligne directrice (la déficience de la personne assurée n'est donc pas visée par la ligne directrice). Soit le praticien de la santé remplit et envoie le formulaire FDIO-18 en fournissant une preuve convaincante de l'état médical préexistant, attesté par un praticien de la santé avant l'accident, qui empêchera la personne assurée de se rétablir de manière optimale, soit il fait le renvoi approprié. Le praticien de la santé envoie le formulaire FDIO-21 pour la visite initiale.

d) Honoraires pour la visite initiale (voir l'annexe B, *Tableau des honoraires*)

Des honoraires de 215,00 \$ seront versés pour la visite initiale. Ce montant comprend toutes les évaluations et les interventions effectuées durant la visite initiale, quel que soit le nombre ou le type d'interventions, ainsi que le remplissage du formulaire FDIO-23.

8. Phase de traitement

Si le praticien de la santé établit que la ligne directrice s'applique à la personne assurée et que l'intervention qui y est prévue est nécessaire pour faciliter le rétablissement et la reprise des activités de la personne assurée, cette dernière entre dans la phase de traitement.

a) Moment et durée de la phase de traitement

Les tranches de la phase de traitement consistent en des traitements prodigués en plus de toute intervention effectuée au cours de la visite initiale, et leur durée ne dépasse généralement pas les douze semaines suivant la date de la visite initiale. Le fournisseur de soins de santé approprié exécutera les séances prévues dans le traitement d'après les besoins de la personne assurée et le jugement clinique du praticien de la santé.

b) Composantes de la phase de traitement

Interventions recommandées et discrétionnaires

i. Interventions recommandées au cours de la phase de traitement

- **Poursuivre les examens cliniques**
Faire régulièrement des examens cliniques de l'état de la personne assurée et de ses progrès vers la restauration des capacités fonctionnelles, à partir de quoi le praticien de la santé apportera toutes modifications nécessaires à la méthode d'intervention.
- **Prescrire des activités; fournir du réconfort; donner des renseignements; recommander un programme d'exercices à la maison (tel que décrit ci-avant dans la section consacrée à la visite initiale)**

ii. Interventions discrétionnaires au cours de la phase de traitement

- **Faire des exercices et des activités fonctionnelles; utiliser la manipulation et la mobilisation (tel que décrit ci-avant dans la section consacrée à la visite initiale)**
- **Donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation**
Si la personne assurée semble souffrir ou avoir de la difficulté à gérer les effets de sa blessure, le praticien de la santé peut lui donner des renseignements sur la gestion de la douleur et les habiletés d'adaptation (l'emploi d'une démarche normalisée est recommandé).
- **Recourir à l'imagerie diagnostique (se reporter à la section ci-dessus sur la visite initiale)**
- **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)**

Tranches de traitement

i. Tranche 1

Au cours de la première tranche de traitement de quatre semaines (qui commence immédiatement après la visite initiale), le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23 à partir de la visite initiale.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires, le praticien de la santé poursuit le traitement en passant à la tranche 2.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 775,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

ii. Tranche 2

Au cours de la deuxième tranche de traitement de quatre semaines, le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23, le cas échéant, ou continuer toute(s) intervention(s) supplémentaire(s) établie(s) dans la tranche 1, voire réaliser tout cela à la fois.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires, le praticien de la santé poursuit le traitement en passant à la tranche 3.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 500,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

iii. Tranche 3

Au cours de la dernière tranche de traitement de quatre semaines, le praticien de la santé devrait effectuer ou superviser les interventions établies dans le formulaire FDIO-23, le cas échéant, ou continuer toute(s) intervention(s) supplémentaire(s) établie(s) dans les tranches 1 et 2, voire réaliser tout cela à la fois.

Si la personne assurée se rétablit de manière optimale au cours de cette période, elle obtient son congé de la ligne directrice (voir la partie e) de la présente section). Si la personne assurée nécessite une ou plusieurs interventions supplémentaires au-delà de la tranche 3, elle doit présenter un formulaire FDIO-18 à l'assureur.

Les honoraires correspondant à cette période s'élèvent à 225,00 \$ pour le traitement ou à 200,00 \$ pour les services de supervision prévus à la partie c) de la présente section, sans cumul possible de ces deux montants.

c) Surveillance par le praticien de la santé

Le praticien de la santé peut fournir de l'orientation, des conseils, de l'encadrement, du counselling et du réconfort à la personne assurée au lieu du traitement prévu dans l'une des tranches quelle qu'elle soit. Les honoraires correspondant à ce genre d'intervention ne sont pas payables si le traitement relevant de la tranche 3 a débuté.

La réalisation de l'intervention de surveillance est assujettie à la satisfaction de toutes les exigences suivantes :

- 1) la surveillance est exercée dans les 12 semaines suivant la visite initiale;
- 2) il a été déterminé que la personne assurée s'est rétablie de manière optimale et ne nécessite plus de traitement;
- 3) la personne assurée a repris une partie ou la totalité des activités qu'elle exerçait avant l'accident (à la maison, au travail, à l'école, etc.);
- 4) aucun traitement ni aucune surveillance n'est prévu dans le cadre de la ou des tranches ultérieures.

Les honoraires correspondant à ce service s'élèvent à 200,00 \$.

d) Biens et services supplémentaires durant la phase de traitement

Des fonds supplémentaires sont disponibles pour la fourniture de biens et services supplémentaires en vue de soutenir la restauration des capacités fonctionnelles et de surmonter les obstacles au rétablissement. Les biens et services supplémentaires sont notamment :

- les services de traitement des blessures légères additionnelles causées par le même accident;
- les biens exigés pour faire de l'exercice en autonomie ou pour la gestion de la douleur (voire pour ces deux objectifs), par exemple : bande d'exercice Thera-Band, ballon d'exercice, enveloppements chauds et compresses froides, support dorsal Obus Forme et coussin lombaire;

- les appareils et accessoires fonctionnels nécessaires pour poursuivre ou reprendre les activités personnelles ou celles exercées au travail, à l'école ou à la maison, par exemple : casque d'écoute, chariot, appareils orthopédiques;
- les interventions de soutien comme les conseils et l'information visant à faire face à des problèmes psychosociaux liés à un accident, par exemple : la souffrance, la difficulté à faire face aux effets de sa blessure, le stress ou d'autres problèmes liés à la conduite.

Le praticien de la santé, un membre d'une profession de santé réglementée ou un fournisseur de soins de santé approprié peut fournir les biens ou services supplémentaires jugés nécessaires, jusqu'à concurrence de 400,00 \$, sans l'approbation préalable de l'assureur.

e) État au moment du congé au cours ou à la fin de la phase de traitement et documents et facture

Le praticien de la santé déterminera parmi les énoncés suivants la conclusion correspondant à l'état de la personne assurée lorsqu'elle obtient son congé au cours ou à la fin de la phase de traitement, et il fournira les documents exigés selon les besoins :

i. Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire.

- Envoyer le rapport de congé aux fins de la Ligne directrice pour les blessures légères (formulaire FDIO-24) en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.

ii. Une intervention supplémentaire non visée par la présente ligne directrice est nécessaire

- Envoyer le formulaire FDIO-24 en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.
- Informer l'assureur que l'intervention non visée par la présente ligne directrice est recommandée pour la personne assurée en lui faisant parvenir un formulaire FDIO-18 ou renvoyer la personne assurée à un autre praticien de la santé, au besoin.

iii. La personne assurée s'est vu donner son congé du traitement visé par la présente ligne directrice du fait qu'elle n'observait pas les modalités du traitement, n'assistait pas aux séances ou a abandonné de son propre chef le traitement prescrit.

- Envoyer le formulaire FDIO-24 en veillant à ce que toutes les sections applicables soient remplies et en indiquant le statut fonctionnel et le statut d'emploi.
- Envoyer un formulaire FDIO-21 – Version C pour facturer les biens et services fournis durant cette phase.

f) Honoraires pour la phase de traitement (voir l'annexe B, *Tableau des honoraires*)

Les honoraires par tranche qui seront versés pendant la phase de traitement s'élèvent à 775,00 \$ pour les semaines 1 à 4, 500,00 \$ pour les semaines 5 à 8, et 225,00 \$ pour les semaines 9 à 12.

Les honoraires maximums pour les biens et services supplémentaires visés par la présente ligne directrice sont de 400,00 \$ et les honoraires de transfert versés lorsqu'une personne assurée change de praticien de la santé sont de 50,00 \$, payables au praticien de la santé qui reçoit le dossier.

9. Montants payables en vertu des autres assurances et garanties de soins de santé

Le paragraphe 47 (2) de l'AIAL prévoit qu'un assureur automobile n'est pas tenu de payer la portion des dépenses pour laquelle un paiement peut être raisonnablement attendu en vertu d'une autre assurance ou garantie de soins de santé (aux fins de la présente directive, ces garanties sont appelées garanties supplémentaires pour soins de santé (GSSS)).

Les prestations des GSSS que l'assuré peut raisonnablement obtenir pour des services fournis en vertu de la présente directive doivent être déduites des montants autrement payables par l'assureur automobile selon l'Annexe B - Tableau des honoraires. Par exemple, si l'assuré peut raisonnablement obtenir 500 \$ aux termes des GSSS pour les services de traitement prévus dans le cadre des tranches 1, 2 et 3, ce montant doit être déduit des 1 500 \$ que l'assureur automobile devrait autrement payer pour les tranches 1, 2 et 3; en conséquence, l'assureur automobile ne paierait que 1 000 \$ [1 500 \$ - 500 \$] pour les tranches 1, 2 et 3. Toutefois, la somme de 2 500 \$ [3 500 \$ au titre du plafond pour blessures légères - 1 000 \$ versés par l'assureur automobile] serait payable au titre des autres honoraires décrits aux Annexes B et C et pour d'autres interventions s'il est établi qu'elles sont raisonnablement nécessaires en vertu de l'article 38 de l'AIAL.

Lorsqu'une personne assurée bénéficie de GSSS, le fournisseur de soins de santé doit déduire tous les montants qu'elle peut raisonnablement obtenir pour des services de traitement de la tranche visée lorsque le traitement a été fourni.

Veillez noter que les GSSS qui peuvent raisonnablement être obtenues d'autres sources ne réduisent pas le plafond de 3 500 \$ pour les blessures légères au titre des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation prévues au paragraphe 18 (1) de l'AIAL.

Annexe A

Les faits sur le coup de fouet cervical*

Les faits sur le coup de fouet cervical – Stades I et II

Les personnes blessées dans un accident automobile ressentent souvent une raideur des muscles du cou et des tissus mous environnants, ce qu'on appelle le coup de fouet cervical. Cette blessure survient souvent lorsqu'un véhicule est frappé à l'arrière ou sur le côté, causant un mouvement brusque et soudain de la tête et du cou. Le coup de fouet cervical peut rendre les muscles sensibles (stade I) ou limiter les mouvements du cou (stade II). Ce genre de blessure est habituellement temporaire et la plupart des gens qui le subissent s'en remettent parfaitement. Si vous avez davantage de renseignements sur ce genre de blessure, vous pouvez améliorer votre récupération. Cette brochure fait le résumé d'une étude scientifique sur le coup de fouet cervical de stades I et II.

Comprendre le coup de fouet cervical

- La plupart des blessures par coup de fouet cervical ne sont pas graves et guérissent complètement.
- Des signes de blessures graves au cou, telles que les fractures, sont habituellement évidents dans les premières évaluations. Les professionnels de la santé sont formés pour traiter le coup de fouet cervical et savent en reconnaître les signes.
- La douleur, raideur et autres symptômes d'un coup de fouet cervical de stade I ou II surviennent habituellement dans les deux jours suivant l'accident. L'apparition de ces symptômes plus tard n'est pas le signe d'une blessure plus grave.
- Pour de nombreuses personnes, le coup de fouet cervical n'entraîne pas d'interruption des activités normales. Quant aux personnes qui interrompent leurs activités, leur état s'améliore habituellement après quelques jours ou semaines.
- Tout comme c'est le cas avec une foulure de la cheville, une entorse cervicale peut entraîner une douleur, raideur ou être sensible pendant quelques jours ou quelques semaines. Alors que certains patients guérissent rapidement, les symptômes peuvent persister plus longtemps. Dans la plupart des cas de coup de fouet cervical de stade I ou II, ces symptômes disparaissent graduellement lors du retour aux activités habituelles.

Activités quotidiennes et coup de fouet cervical

- La poursuite des activités normales est importante dans le processus de récupération.
- Le repos pendant plus d'une journée ou deux n'aide habituellement pas la guérison et peut même prolonger la douleur et l'invalidité. En ce qui concerne le coup de fouet cervical, il semble que le repos vous rende ankylosé.
- Les muscles blessés peuvent devenir plus raides et faibles lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ceci peut aggraver la douleur et retarder la guérison.
- Le retour aux activités normales peut être accompagné de traitements et d'exercices.
- Le collier cervical empêche le mouvement et peut ajouter à la raideur et la douleur. Le port de ces appareils n'est habituellement pas recommandé car il n'offre que peu ou pas d'avantages.
- Le retour aux activités maintient les tissus mous souples et en santé, ce qui accélère le temps de récupération. L'exercice physique peut aussi relâcher des enzymes qui aident à réduire la douleur de manière naturelle.
- Pour éviter que la douleur devienne chronique, il est important de commencer à bouger le plus tôt possible.

Conseils pour le retour aux activités

- Évitez de demeurer assis dans la même position pendant de longues périodes.
- Levez-vous de temps à autre et étirez-vous.
- Asseyez-vous à votre poste de travail : les bras appuyés près du corps, les dos et les pieds bien appuyés.

- Ajustez votre siège lorsque vous conduisez de sorte que vos coudes et vos genoux sont légèrement fléchis.
- Lorsque vous faites vos courses ou que vous transportez des objets, utilisez un chariot ou tenez les objets près de votre corps pour un meilleur appui.
- Évitez les sports de contact ou les exercices ardues durant les premières semaines afin d'éviter d'aggraver la blessure. Demandez à votre professionnel de la santé si vous pouvez pratiquer d'autres activités sportives ou de loisir.
- Rendez votre lit confortable. L'oreiller devrait être ajusté de manière à soutenir le cou à une hauteur confortable.

Traiter le coup de fouet cervical

- Une recherche indique que pour que le traitement réussisse, le patient doit coopérer et s'efforcer de reprendre ses activités quotidiennes.
- Un professionnel de la santé évaluera vos blessures reliées au coup de fouet cervical et discutera avec vous des options de traitement et de contrôle de la douleur.
- Bien que des médicaments sur ordonnance ne soient habituellement pas nécessaires, il peut vous suggérer de prendre des médicaments en vente libre, en plus d'avoir recours à l'application de glace et de chaleur.
- Votre professionnel de la santé peut vous recommander une physiothérapie appropriée.

Prévenez la douleur chronique

- Certaines personnes souffrant d'un coup de fouet cervical hésitent à reprendre leurs activités, de peur d'aggraver leur blessure. La douleur peut faire en sorte qu'elles surestiment l'étendue des dommages physiques.
- Si votre professionnel de la santé suggère de reprendre vos activités, suivez son conseil.
- Demeurez en contact avec la famille, les amis et les collègues de travail. Vous isoler pourrait mener à la dépression et la douleur chronique.
- Si vous vous sentez découragé ou déprimé pendant votre rétablissement, parlez-en à votre professionnel de la santé.
- Pensez à votre vie en général plutôt qu'à votre blessure.

Évitez de subir un autre coup de fouet cervical

- En ajustant correctement la hauteur des appuie-tête de votre véhicule, vous pourrez prévenir les blessures par coup de fouet cervical advenant un accident. L'ajustement idéal est le suivant : le dessus de la tête doit être aligné avec le dessus de l'appuie-tête et la distance entre le derrière de la tête et l'appuie-tête doit être de 2 à 5 cm.

La présente fournit des renseignements généraux au sujet des blessures par coup de fouet cervical. Elle ne remplace pas les conseils d'un professionnel de la santé qualifié pour évaluer une telle blessure et recommander un traitement.

Les renseignements fournis mettent en lumière les derniers résultats d'une recherche scientifique sur le coup de fouet cervical et 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 initialement été publiée en 2003 et est accessible sur le site www.ibc.ca.

Annexe B
Tableau des honoraires pour les blessures légères visées par la
ligne directrice

INTERVENTIONS	HONORAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Visite initiale (1 séance) 	215,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Phase de traitement (jusqu'à 12 semaines après l'accident) <ul style="list-style-type: none"> ○ Tranche 1 (semaines 1 à 4) ○ Tranche 2 (semaines 5 à 8) ○ Tranche 3 (semaines 9 à 12) 	775,00 \$ 500,00 \$ 225,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance par le praticien de la santé (voir les conditions à la section 8.c) de la présente ligne directrice) 	200,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Remplissage du rapport de congé aux fins de la Ligne directrice pour les blessures légères (formulaire FDIO-24) (payable au moment du congé) 	85,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Biens et services supplémentaires 	Jusqu'à un total maximum de 400,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Droits de transfert en cas de changement de praticien de la santé par la personne assurée 	50,00 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires pour les radiographies 	Voir l'annexe C

Annexe C
Tableau des honoraires pour les radiographies

DESCRIPTION	HONORAIRES
Colonne cervicale <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues 	34,34 \$ 45,20 \$
Colonne lombaire ou lombosacrée <ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 vues • 3 ou 4 vues • 5 ou 6 vues • plus de 6 vues 	36,80 \$ 43,91 \$ 50,19 \$ 58,40 \$