



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Juin 2007

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

Lignes directrices du surintendant no 04/07

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

1. Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'AIAL, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les traitements et soins prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation des traitements;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut coordonner la prestation de tous soins et traitements couverts par les présentes lignes directrices et offerts à la personne assurée par un autre professionnel de la santé réglementé, ou superviser directement la prestation de tous soins et traitements additionnels par un fournisseur de soins de santé non réglementé dans la mesure où ces

services sont nécessaires à la personne assurée et qu'ils sont dispensés en conformité avec les présentes lignes directrices;

(e) devrait être responsable dans l'ensemble :

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

5. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

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

6. Changement du professionnel de la santé responsable du dossier

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

7. Traitements couverts par les lignes directrices

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

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

Les traitements peuvent durer un maximum de 28 jours.

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

Les lignes directrices mettent l'accent sur le maintien des activités habituelles et la réduction des risques de chronicité.

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

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

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

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

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

- un programme d'éducation indiquant que « avoir mal ne veut pas dire être blessé »
- et le réconfort que la plupart des personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade I associés à des maux de dos récupèrent dans les premières semaines suivant la blessure.

Ce ne sont pas toutes les victimes d'entorse cervicale de stade I qui devront suivre une partie

ou la totalité des interventions prévues aux lignes directrices. Le fournisseur est responsable de déterminer la nécessité des soins et des traitements et si les interventions prescrites permettent d'enregistrer des progrès importants vers le rétablissement et dans quelle mesure ils doivent se poursuivre aux termes des lignes directrices. Si la personne assurée a récupéré avant la fin des traitements prévus, on devrait y mettre un terme sans autre forme de procès.

8. Soins et traitements additionnels

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

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

L'invalidité traitée ainsi que les soins et traitements dispensés doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais à la charge de l'assureur pour la prestation de soins et traitements fournis aux termes de cette section est établi à 125,09 \$.

9. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

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

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

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

- (d) interrompre les traitements s'ils sont jugés inadéquats (ou sont devenus inutiles); ou

- (e) poursuivre le traitement jusqu'à ce que le professionnel de la santé prenne une décision finale sur les mesures à prendre ou jusqu'à la fin du traitement compris dans les présentes lignes directrices.

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

Cependant, l'AIAL prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et des traitements conformément aux lignes directrices, de présenter un Plan de traitement applicable à une période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit dans l'AIAL, l'assureur devra aviser la personne assurée qu'il exige un examen.

10. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

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

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

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

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

v. La personne assurée retire son consentement.

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

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

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

12. Remboursement du fournisseur

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

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

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

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

13. Contenu des annexes

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

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

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

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

Annexe A - Calendrier de remboursement TAEC de stade I

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

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

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

Semaines 1 et 2	Soins et traitements
<u>Visite initiale :</u>	<ul style="list-style-type: none">• On envisage jusqu'à quatre séances de surveillance ou de traitement dans le cadre de cette étape.• Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux et l'examen physique pour déterminer si ces critères peuvent être inclus dans les lignes directrices, les plaintes reliées à l'accident, le besoin de soins et de traitements recommandés et l'identification de toute entrave potentielle au rétablissement• Remplir le Formulaire de confirmation du traitement
<u>Visites initiale et subséquente :</u>	<ul style="list-style-type: none">• Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles sans interruption• Examiner le dépliant <i>L'entorse verticale : les faits</i>• Gérer la douleur au besoin (pourrait se traduire par un rendez-vous avec un médecin)• Prescrire de légers exercices à la maison pour améliorer la motricité• Initier la manipulation et la mobilisation, au besoin, pour améliorer l'habileté fonctionnelle• Si, contre toute attente, l'assuré est incapable d'effectuer les activités exécutées couramment avant l'accident au travail comme à la maison, informez-en l'assureur et la personne assurée

<p><u>Remarque pour les fournisseurs de service à la fin de la 2^e semaine :</u></p> <p>Si on observe une amélioration à l'entorse cervicale de stade 1 mais que d'autres soins et traitements sont nécessaires :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités normales • Gérer la douleur, si nécessaire • Prescrire de légers exercices à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, au besoin, dans le cadre d'une stratégie qui favorise l'activité
<p><u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 2^e semaine :</u></p> <p>Si l'entorse cervicale de stade I ne s'améliore pas ou n'est pas réglée :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer et informer l'assureur
<p>S'il y a congé pendant la 1^{re} et la 2^e semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner congé de traitement, conseil et réconfort • Remplir le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II. • Surveiller la personne assurée

<p>3^e et 4^e semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le 15^e jour ou environ, évaluer les progrès et planifier pour les 13 prochains jours • Un maximum de cinq séances de traitement est prévu dans les 3^e et 4^e semaines
<p>Si le TAEC de stade I est résolu sans nécessiter d'autres soins ou traitements :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder le congé sans autre traitement et donner des conseils et du réconfort • Surveiller la personne assurée

<p>Si on prévoit que le problème du TAEC de stade I sera réglée avant la fin des traitements aux termes des lignes directrices :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles • Gérer la douleur au besoin • Prescrire de légers exercices et, au besoin, fournir des exercices supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
<p>Si l'entorse cervicale de stade I s'améliore et fait des progrès mais n'est pas réglée à la fin du traitement aux termes des lignes directrices :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le maintien des activités habituelles • Si les activités quotidiennes sont touchées, informer l'assureur et l'assuré et présenter des recommandations à la personne assurée et à l'assureur sur la marche à suivre • Gérer la douleur, au besoin • Proposer des exercices faciles à la maison • Envisager davantage de manipulation et de mobilisation intensives ou une thérapie physique dans le cadre d'une stratégie encourageant les activités habituelles

<p>Si le TAEC de stade I n'est pas réglé et ne s'améliore pas :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer l'assureur et le professionnel de la santé traitant la personne assurée • Réévaluer • Envoyer le Plan de traitement et/ou référer le patient au professionnel de la santé réglementé
<p>À la fin de la 4^e semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée par le biais du formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II

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

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

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

