



Financial Services
Commission
of Ontario

Commission des
services financiers
de l'Ontario

Juin 2007

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

Lignes directrices du surintendant no 05/07

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

1. Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

La personne assurée qui a subi des blessures couvertes par les présentes lignes directrices peut également manifester d'autres symptômes fréquents, notamment les suivants : des douleurs aux épaules, une douleur au bras nécessitant l'intervention d'un spécialiste (non reliée à la radiculopathie), des étourdissements, de l'acouphène, des maux de tête, des problèmes d'ouïe et de mémoire, de la dysphagie et une douleur à l'articulation temporomandibulaire. Ces symptômes additionnels n'excluraient pas l'invalidité de l'application de ces lignes directrices à moins qu'ils n'exigent des traitements différents de ceux prévus aux présentes lignes directrices.

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

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

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

4. Responsabilités du professionnel de la santé chargé du dossier

Le professionnel de la santé responsable du dossier :

- (a) est un professionnel de la santé tel que défini à l'Annexe sur les indemnités d'accidents légaux, que la loi autorise à traiter un blessé et qui dispose de l'autorité nécessaire pour fournir tous les soins et traitements prévus aux règlements;
- (b) amorce le traitement en soumettant le Formulaire de confirmation du traitement;
- (c) fournit une part importante des soins et traitements;
- (d) peut superviser directement ou coordonner la prestation de tout bien ou service couvert par les lignes directrices et fournit à la personne assurée par un autre professionnel de la santé réglementé, ou de superviser directement la prestation de tout bien ou service à la personne assurée par un fournisseur non réglementé dans la mesure où il les juge

nécessaires pour le bien de la personne et qu'ils sont dispensés en conformité avec les lignes directrices;

- (e) devrait être responsable dans l'ensemble de :
- i. l'évaluation des besoins en soins et traitements et leur mise en oeuvre de telle sorte que les éléments de traitement des lignes directrices y répondent, comme il se doit, et de manière appropriée;
 - ii veiller à avoir recours aux services du ou des fournisseurs de services les plus compétents;
 - iii. maintenir le dossier à jour, communiquer et facturer les fournisseurs, en conformité avec les lignes directrices;
 - iv. faire rapport des résultats à la personne assurée et à l'assureur quand le traitement est inadéquat ou qu'il est interrompu;
 - v. participer à la supervision de l'efficacité en remplissant complètement les formulaires requis par les lignes directrices;
- (f) et détermine la présence d'entraves qui peuvent retarder le rétablissement.

1. Fournisseurs couverts par les lignes directrices

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

2. Changement de professionnel de la santé responsable du dossier

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

3. Traitements et évaluations couverts par les lignes directrices

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

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

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

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

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

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

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

- un programme d'éducation indiquant qu'« avoir mal ne veut pas dire être blessé »;
- et l'assurance que la plupart des personnes souffrant d'une entorse cervicale de stade II et des maux de dos connexes récupèrent dans les premières semaines suivant la blessure.

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

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

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

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

Dans la mesure où l'assureur a donné son approbation préalable, le professionnel de la santé responsable du dossier, le médecin de famille ou l'assureur peuvent proposer certains soins et traitements auxiliaires que peut dispenser un professionnel de la santé réglementé pendant que la personne assurée continue d'être couverte par les lignes directrices. Il faut remplir un formulaire de confirmation de traitement séparé pour obtenir l'approbation de l'assureur.

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

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

Si l'assureur ne répond pas dans les délais impartis, il sera tenu de payer pour les soins et traitements auxiliaires fournis aux termes du formulaire de confirmation de traitement.

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

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

Il ne prendra pas plus de quatre heures au professionnel pour faire passer le test d'ANLI, incluant le temps de préparation du rapport (mais excluant les déplacements et le kilométrage). Le professionnel de la santé réglementé doit faire rapport au professionnel de la santé responsable du dossier (si ce n'est pas la même personne), à l'assureur, à la personne assurée, au médecin de famille et se prononcer sur les conclusions de l'évaluation, le traitement fourni et faire des recommandations.

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

9. Soins et traitements additionnels

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

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

L'invalidité traitée de même que les soins et les traitements doivent être précisés par le professionnel de la santé responsable du dossier sur le Formulaire de confirmation des traitements et le maximum des frais exigibles par l'assureur pour la prestation de ces soins et services fournis aux termes de cette section est de 166,79 \$.

10. Traitement jugé insuffisant ou inadéquat

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

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

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

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

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

Cependant, l'Annexe prévoit également que rien n'interdit à la personne assurée, tout en recevant des soins et traitements aux termes des lignes directrices, de présenter un Plan de

traitement applicable à la période autre que celle prévue aux lignes directrices. Si l'assureur n'approuve pas le Plan de traitement dans le délai prescrit à l'Annexe, il devra aviser la personne assurée qu'il exige un examen.

11. Achèvement du traitement aux termes des lignes directrices

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

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

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

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

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

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

Aux fins du dossier de la progression des traitements en regard de l'application des lignes directrices à une personne assurée victime d'une invalidité admissible aux lignes directrices et

pour contribuer à l'évaluation globale des directives, le professionnel de la santé doit remplir le formulaire, fermer le dossier, donner son congé à l'assuré et faire un bilan de la situation pour un TAEC de stade I et II.

13. Remboursement du fournisseur

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

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

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

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

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

14. Contenu des Annexes

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

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

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

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

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

Annexe A - Barème de remboursement TAEC de stade II

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

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

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

Semaines 1 à 3	Soins et Traitements
<u>Visite initiale / 1^{re} semaine :</u>	<ul style="list-style-type: none">• Visite initiale et jusqu'à trois séances.• Effectuer évaluation, y compris les antécédents familiaux , l'examen physique et les radiographies (sous réserve de l'Annexe D des lignes directrices) pour déterminer l'inclusion des critères dans les lignes directrices, le lien des plaintes avec l'accident, la nécessité des soins et traitement recommandés, s'il y a lieu, et l'identification de toute entrave potentielle pour le rétablissement.• Remplir le Formulaire de confirmation du traitement.• Remettre la brochure intitulée « L'entorse verticale : les faits ».• Gérer la douleur, au besoin (cette étape peut comprendre la consultation d'un médecin pour obtenir des médicaments d'ordonnance).• Prévoir des exercices légers à la maison afin d'améliorer l'amplitude articulaire.• Amorcer la manipulation et la mobilisation, s'il y a lieu, afin d'améliorer les fonctions.• Faire le pronostic et évaluer si une ANLI est nécessaire.
<u>Visites dans les 2^e et 3^e semaines :</u>	<ul style="list-style-type: none">• Fournir 2 à 4 séances de traitements/ surveillance par semaine prévues pour cette période• Fournir des avis et du réconfort pour encourager le retour aux activités habituelles

<p><u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</u></p> <p>Si l'entorse cervicale est en voie de guérison 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 retour aux activités normales aussitôt que possible • Gérer la douleur, au besoin • Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés • Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité
<p><u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</u></p> <p>Si l'entorse cervicale de stade II ne s'améliore pas :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer • Évaluer si une ANLI est nécessaire
<p><u>Remarques pour les fournisseurs à la fin de la 3^e semaine</u></p> <p>Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort • Surveiller
<p>Si le congé est donné au cours de la 2^e ou 3^e semaine ou à la fin de la 3^e semaine :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir l'interruption des traitements, fournir des conseils et du réconfort et compléter le formulaire Rapport de congé et rapport de situation des entorses cervicales de stade I et II • Surveiller la personne assurée
<p>4^e, 5^e et 6^e semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À 21 jours ou autour de cette période, évaluer le progrès et le plan pour les 21 prochains jours • De 1 à 3 traitements prévus par semaine dans ce groupe
<p><u>Remarques pour les fournisseurs de services entre la 4^e et la 6^e semaine</u></p> <p>Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira sans autre intervention :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner son sans autre traitement et fournir et réconfort • Surveiller

Remarques pour les fournisseurs de services des 4^e à la 6^e semaine :

Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira d'ici la fin des traitements aux termes des lignes directrices :

- Fournir conseils et réconfort pour encourager le retour à des activités habituelles
- Gérer la douleur au besoin
- Prescrire des exercices légers à la maison et, au besoin, des exercices légers supervisés
- Utiliser la manipulation et la mobilisation et les thérapies physiques, s'il y a lieu, dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité

<p>Si on prévoit que l'entorse cervicale de stade II guérira mais que le traitement ne sera pas terminé aux termes des lignes directrices :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer l'assureur, y compris de la présence de toute entrave au rétablissement • Fournir des conseils et du réconfort pour encourager le retour aux activités normales • Gérer la douleur au besoin • Prescrire des exercices légers à la maison • Envisager une manipulation et une mobilisation plus intensives et des thérapies physiques dans le cadre d'une stratégie qui fait la promotion de l'activité physique et du retour à la mobilité • Évaluer si une ANLI est nécessaire • Envisager de l'exercice supervisé et un programme de conditionnement • Envisager de demander à l'assureur une prolongation du traitement prévu pour un maximum de quatre visites en deux semaines ou, si un traitement supplémentaire est nécessaire, soumettre un Plan de traitement à l'assureur
<p>Si l'entorse cervicale n'est pas guérie ou ne s'améliore pas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer l'assureur et le professionnel de la santé responsable du dossier de la personne assurée • Procéder à une réévaluation • Présenter un Plan de traitement ou référer la personne assurée à un professionnel de la santé réglementé
<p>6^e et dernière semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation finale et rapport à l'assureur et à la personne assurée

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

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

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

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

Annexe D - Barème de remboursement des radiographies

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

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

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

Annexe E - L'entorse cervicale : les faits

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

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

Pour comprendre l'entorse cervicale

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

L'entorse cervicale et les activités quotidiennes

- Le fait de poursuivre une activité normale est très important pour le rétablissement.

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

Conseils pour le retour à l'activité

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

Traitement des entorses cervicales

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

Pour éviter les douleurs chroniques

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

Pour prévenir une nouvelle blessure

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

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

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

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