

Document de consultation Assurance 2020

Protocoles de diagnostic et de
traitement pour les victimes
d'accidents d'automobile

Division des assurances

8 février 2020

FINANCIAL AND
CONSUMER SERVICES
COMMISSION



COMMISSION DES SERVICES
FINANCIERS ET DES SERVICES
AUX CONSOMMATEURS

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Contexte	4
1. Fonctionnement des protocoles et définitions importantes	6
2. Diagnostic et traitement des foulures et des entorses.....	8
3. Diagnostic et traitement du coup de fouet cervical de stade I ou II.....	9
4. Administration, plans de traitement et limites.....	11
5. Spécialistes en gestion des blessures	13
Formulation de commentaires	15
Annexe A — Quelques propositions de définitions	16
Annexe B — Tableau de diagnostic et de traitement proposés pour les foulures et les entorses.....	18
Annexe C — Diagnostic et traitement proposés pour le coup de fouet cervical.....	21

Introduction

Depuis sa création en 2013, la Commission des services financiers et des services aux consommateurs (la Commission) est chargée de l'application et de l'exécution des dispositions législatives provinciales régissant les assurances, les valeurs mobilières, les pensions, les caisses populaires, les sociétés de prêt et de fiducie, les coopératives, et de tout un éventail de dispositions législatives en matière de consommation.

Sa mission est de protéger les consommateurs et d'accroître la confiance du public dans les marchés des services financiers et des services aux consommateurs en fournissant des services de réglementation et d'éducation.

La Commission recommande par conséquent que le Nouveau-Brunswick adopte des protocoles de diagnostic et de traitement pour les victimes d'accidents d'automobile dans le but de veiller à ce que les victimes souffrant de foulures, d'entorses ou de coup de fouet cervical aient rapidement accès aux traitements indiqués, ce qui pourrait faire diminuer les coûts à long terme. Le présent document de consultation s'adresse à un éventail d'acteurs, qui jouent tous un rôle clé dans le rétablissement des victimes.

Des règlements relatifs aux protocoles de diagnostic et de traitement existent déjà en Alberta et en Nouvelle-Écosse, et bon nombre des propositions formulées dans le présent document en sont inspirées. La Commission est d'avis que l'application des méthodes exemplaires existantes permettra au Nouveau-Brunswick de tirer profit des leçons apprises dans d'autres provinces ou territoires, tout en prenant compte de ses caractéristiques uniques. Elle encourage les intervenants à communiquer avec leurs homologues pratiquant dans ces provinces ou territoires pour discuter des possibilités qui s'offrent au Nouveau-Brunswick.

La Commission vous remercie du temps que vous accorderez à la présente consultation, et a hâte de lire vos commentaires.

Contexte

En 2011, le Groupe de travail sur l'assurance automobile du Nouveau-Brunswick a soumis son rapport recommandant d'apporter certains changements au système d'assurance de la province. L'une de ses recommandations était de mandater le surintendant des assurances pour qu'il mette en œuvre des protocoles qui permettraient de débloquer des fonds afin d'aider les victimes d'accidents à accéder rapidement aux services de diagnostic et de traitement.

Malheureusement, dans le cadre du système d'assurance du Nouveau-Brunswick actuel, bon nombre de victimes d'accidents tardent à recevoir un diagnostic de blessure et les traitements connexes en raison d'importants obstacles et délais. Les obstacles auxquels ils font face peuvent différer d'une personne à l'autre et être fonction de leur situation. En voici quelques exemples.

- Certaines victimes d'accident n'ont pas accès à un médecin de famille pouvant les rencontrer rapidement et les orienter vers un médecin praticien pour commencer les traitements et soins de rétablissements nécessaires.
- Les victimes qui n'ont pas de médecin de famille ne savent pas nécessairement comment s'y retrouver dans la complexité du système, qui nécessite de connaître la marche à suivre pour avoir accès à des traitements, le type de professionnel qu'elles doivent consulter et les services qui leur sont dus.
- Bon nombre de victimes d'accidents n'ont pas les moyens financiers de payer pour les services d'avance et d'attendre d'être remboursées par leur compagnie d'assurance, une situation courante dans le système actuel. Il arrive souvent que ces victimes ne travaillent pas, ce qui accroît la précarité de leur situation financière. Face à ce genre de problèmes financiers, les victimes risquent de choisir d'abandonner leurs traitements, ce qui entraîne un temps de rétablissement prolongé, des coûts plus importants ainsi que des douleurs qui auraient pu être évitées.
- Bon nombre de traitements nécessitent une préapprobation de la compagnie d'assurance. Il peut être difficile toutefois de suivre les nombreuses étapes nécessaires pour que les soins de rétablissements subséquents soient prodigués en temps opportun.
- Dans le cadre du système actuel, les victimes d'accidents doivent utiliser leur plan d'assurance maladie personnel et professionnel avant d'avoir accès aux prestations de la section B, ce qui signifie qu'ils n'auront plus accès à ces prestations s'ils en ont besoin pour des problèmes de santé autres que ceux liés à leur accident.

Les patients ne sont pas les seuls à rencontrer des obstacles dans le système actuel : c'est aussi le cas des gens du milieu médical. Le fait de faire affaire avec des avocats, des compagnies d'assurance et d'autres intervenants participant au traitement peut être très demandant.

Dans les territoires de compétence où ils ont été mis en place, les protocoles de diagnostic et de traitement ont eu pour résultats :

- un accès plus rapide aux diagnostics et aux traitements

- une prévisibilité accrue du traitement
- un éventail accru d'options de traitement
- des méthodes de paiement plus simples et claires¹

Une étude sur les données relatives aux réclamations de l'Alberta suivant la mise en place des protocoles de diagnostic et de traitement a démontré :

- une diminution importante du nombre de victimes d'accident qui n'ont pas reçu de traitement au cours des semaines suivant leur accident
- moins de cas nécessitant une intervention médicale spécialisée
- un nombre accru de règlements pendant la période de 13 à 26 semaines suivant la blessure

¹ Rapport de CFN Consultants (Atlantic) inc., *NS Auto Insurance Final Report*, Halifax, 2011, p. 37.

1. Fonctionnement des protocoles et définitions importantes

Les protocoles donnent aux victimes d'accidents qui sont atteints de certaines blessures un accès aux traitements dont ils ont besoin en vertu des pratiques médicales exemplaires établies. À la suite d'un accident, les victimes peuvent rencontrer un « professionnel de la santé » pour obtenir un diagnostic et les traitements nécessaires; le nombre de visites de traitement auquel elles ont droit dépend toutefois de leur blessure. Les victimes ont accès à ces traitements sans avoir besoin d'obtenir au préalable l'approbation de leur compagnie d'assurance. Selon la Commission, le terme « professionnel de la santé » désigne les médecins, les chiropraticiens et les physiothérapeutes. Ceux-ci seraient à la tête du système de protocoles et auraient le pouvoir d'autoriser des traitements, d'orienter des patients vers d'autres professionnels sans avoir besoin d'obtenir au préalable l'approbation de la compagnie d'assurance et de facturer les compagnies d'assurance directement. Cette approche est conforme à la réglementation de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse.

Les victimes d'accidents ne sont pas dans l'obligation de suivre les protocoles. Ces derniers ne font que leur offrir d'autres options. Si les victimes désirent toutefois suivre un traitement que les protocoles n'offrent pas, elles peuvent le demander en vertu des procédures de la section B.

Au début du traitement, le professionnel de la santé devra élaborer un « plan de traitement », qui définira les étapes du traitement que le patient devra suivre. Dans le cadre du plan de traitement, le professionnel de la santé peut orienter le patient vers un « thérapeute d'appoint » s'il juge que c'est nécessaire pour le traitement de la blessure ou le rétablissement du patient. Le « thérapeute d'appoint » aura également le droit de facturer directement la compagnie d'assurance du patient. Selon la Commission, « thérapeute d'appoint » désigne les massothérapeutes, les acupuncteurs et les ergothérapeutes ainsi que toute autre personne nommée par le surintendant des assurances.

Si le diagnostic n'est pas confirmé, ou que la blessure ne guérit pas comme prévu, le professionnel de la santé peut demander à un spécialiste en gestion des blessures d'évaluer le patient (ce point sera davantage expliqué à la partie 5 du présent document). Le spécialiste peut recommander que le traitement soit suivi en vertu des protocoles ou, le cas échéant, en dehors de ceux-ci. Dans le second cas, le prestataire pourra bénéficier des prestations normales de la section B.

Afin de favoriser l'harmonisation avec l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, la Commission recommande que les professionnels qui posent des diagnostics et prescrivent des traitements en vertu des protocoles suivent le courant des « pratiques fondées sur les données scientifiques », qui favorise la prise de décisions fondées sur les recherches et les données afin de déterminer la meilleure marche à suivre pour traiter un patient en fonction de sa situation. Elle recommande également d'adopter une définition acceptée par le plus grand nombre et qui met en lumière les intentions des protocoles.

En plus des définitions données dans la présente partie, la Commission en recommande plusieurs autres inspirées des règlements de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta. Ces définitions se trouvent à l'annexe A du présent document de consultation.

Questions de consultation :

- 1.1 Avez-vous des commentaires quant au fait que les protocoles du Nouveau-Brunswick s'inspirent de ceux de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 1.2 Avez-vous des commentaires sur la définition proposée de « professionnel de la santé » (médecin, chiropraticien, physiothérapeute)? Veuillez fournir une réponse détaillée et, le cas échéant, indiquez les modifications que vous jugez nécessaires.
- 1.3 Avez-vous des commentaires quant à la définition proposée de « thérapeute d'appoint » (massothérapeute, acuponcteur, ergothérapeute et toute autre personne désignée par le surintendant des assurances)? Veuillez fournir une réponse détaillée et, le cas échéant, indiquez les modifications que vous jugez nécessaires.
- 1.4 Avez-vous des commentaires quant à la définition proposée de « pratiques fondées sur les données scientifiques »? Selon vous, s'agit-il d'une norme appropriée à imposer aux professionnels autorisés à poser un diagnostic et à prescrire un traitement en vertu des protocoles?
- 1.5 Avez-vous des commentaires concernant l'une des définitions proposées à l'annexe A?
- 1.6 Avez-vous d'autres commentaires au sujet de la présente partie?

2. Diagnostic et traitement des foulures et des entorses

La Commission recommande que les foulures et les entorses soient diagnostiquées de la façon indiquée dans les règlements de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, soit par un professionnel de la santé qui, tout en utilisant des pratiques fondées sur des données scientifiques et la Classification internationale des maladies, suit les étapes suivantes.

- Obtenir les antécédents de santé du patient.
- Examiner le patient.
- Faire tout examen connexe jugé nécessaire.
- Déterminer :
 - le muscle ou groupe de muscles blessé s'il s'agit d'une foulure;
 - les tendons ou ligaments, ou les deux, qui sont touchés ainsi que le site anatomique de la blessure s'il s'agit d'une entorse.

L'Alberta et la Nouvelle-Écosse se servent des mêmes sources médicales pour déterminer les critères nécessaires aux diagnostics, soit le tableau à la page 32 de la sixième édition (2013) de *L'évaluation clinique en orthopédie* de David J. Magee. La Commission recommande également d'utiliser cette source jusqu'à ce qu'une autre source plus appropriée soit disponible. Nous avons reproduit les tableaux à l'annexe B avec la permission d'*Elsevier inc.*

Les protocoles fourniront des directives sur le traitement des foulures et des entorses en plus de fournir des directives sur leur diagnostic. La Commission recommande par ailleurs de s'inspirer des traitements mentionnés dans les règlements de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse. La méthode de traitement proposée se trouve à l'annexe B.

Questions de consultation :

- 2.1 Avez-vous des commentaires quant à la méthode énoncée à l'annexe B pour le diagnostic des foulures et des entorses? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 2.2 Avez-vous des commentaires quant à l'utilisation de *L'évaluation clinique en orthopédie* de David J. Magee à titre de source pour le diagnostic des foulures et des entorses? Connaissez-vous une source plus appropriée? Veuillez indiquer la ou les raisons pour lesquelles vous la jugez plus appropriée.
- 2.3 Avez-vous des commentaires quant à la méthode énoncée à l'annexe B pour le traitement des foulures et des entorses? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 2.4 Avez-vous d'autres commentaires au sujet de la présente partie?

3. Diagnostic et traitement du coup de fouet cervical de stade I ou II

La Commission recommande de s'inspirer des règlements de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse pour la méthode de diagnostic et de traitement du coup de fouet cervical. Les méthodes et systèmes de classification utilisés dans ces règlements sont fondés sur la *Monographie scientifique du groupe de travail québécois sur les troubles associés à l'entorse cervicale*, qui a été parrainé par une compagnie d'assurance publique du Canada². Il s'agit d'une source normalisée dans le domaine des troubles associés au coup de fouet cervical (ou entorse cervicale), et elle s'est avérée efficace dans d'autres territoires de compétence. Vous pourrez consulter les critères de diagnostic proposés à l'annexe C.

Comme pour les foulures et les entorses, un professionnel de la santé doit utiliser des pratiques fondées sur les données scientifiques pour diagnostiquer un coup de fouet cervical. Il doit également suivre les étapes suivantes.

- Obtenir les antécédents de santé du patient.
- Examiner le patient.
- Faire tout examen connexe jugé nécessaire.
- Déterminer les sites anatomiques touchés.

Les protocoles fourniront des directives sur le traitement du coup de fouet cervical de stade I et II, en plus de fournir des directives sur leur diagnostic.

La méthode de traitement proposée pour le coup de fouet cervical de stade I ou II est présentée à l'annexe C. Dans le cadre du traitement, un professionnel de la santé aurait le droit d'approuver la prescription de tout imagerie diagnostique, test de laboratoire, test spécialisé, médicament (à l'exception de narcotiques) et matériel nécessaire en vertu des lignes directrices publiées par le surintendant des assurances.

Questions de consultation :

- 3.1. Avez-vous des commentaires quant à la méthode énoncée à l'annexe C pour le diagnostic des coups de fouet cervicaux? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 3.2. Avez-vous des commentaires quant à la méthode énoncée à l'annexe C pour le traitement des coups de fouet cervicaux? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 3.3. Selon vous, la *Monographie scientifique du groupe de travail québécois sur les troubles associés à l'entorse cervicale* est-elle une source actuelle et appropriée pour le diagnostic et le traitement des coups de fouet cervicaux?
- 3.4. Avez-vous des commentaires quant aux tests préapprouvés du coup de fouet cervical présentés à l'annexe C?

² *Monographie scientifique du groupe de travail québécois sur les troubles associés à l'entorse cervicale : Redéfinir le « whiplash » et sa prise en charge*, Hagerstown, Maryland, J.B. Lippincott Company, 1995.

3.5. Avez-vous d'autres commentaires au sujet de la présente partie?

4. Administration, plans de traitement et limites

La Commission recommande que le professionnel de la santé prodiguant la majorité des soins ait la responsabilité d'élaborer un plan de traitement à l'aide du formulaire fourni par le surintendant des assurances. Ce plan, qui sera requis peu après la première évaluation du patient, fera état des traitements à venir ainsi que des objectifs et des résultats fonctionnels, du nombre de visites prévues chez le médecin et des professionnels de la santé vers lesquels le patient sera orienté, le cas échéant. Une fois élaboré, le plan de traitement doit être remis à la compagnie d'assurance, au patient, et à tous les praticiens qui lui prodigueront des soins, y compris les thérapeutes d'appoint.

En vertu des protocoles, les victimes d'accidents seront préapprouvées pour un nombre déterminé de visites de traitement. Cela comprend un rendez-vous initial pour le diagnostic, puis un nombre supplémentaire de visites ultérieures en fonction du type et de la gravité de la blessure diagnostiquée. Les limites actuelles sont les mêmes en Alberta et en Nouvelle-Écosse. La Commission recommande donc de les adopter au Nouveau-Brunswick également. Les limites en question sont les suivantes :

- un total combiné de 10 visites chez le physiothérapeute, le chiropraticien ou le thérapeute d'appoint pour une foulure ou une entorse de premier ou de deuxième degré ou pour un coup de fouet cervical de stade I;
- un total combiné de 21 visites chez un physiothérapeute, un chiropraticien ou un thérapeute d'appoint pour une foulure ou une entorse de troisième degré ou un coup de fouet cervical de stade II.

Les patients souffrant de plus d'une blessure auraient droit à 10 ou à 21 visites en fonction de la combinaison de leurs blessures : ceux qui souffrent de foulures ou d'entorses de premier ou deuxième degré ou d'un coup de fouet cervical de stade I auraient droit à 10 visites, et ceux qui souffrent d'au moins une foulure ou une entorse de troisième degré ou d'un coup de fouet cervical de stade II auraient droit à 21 visites.

En vertu des règlements de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta, un patient ou un professionnel de la santé peut déposer une demande remplissant le formulaire de demande dans les 10 jours ouvrables suivant l'accident. Les règlements mentionnent également que si l'échéancier n'est pas raisonnable, le formulaire doit être rempli dès que possible. Après avoir reçu le formulaire de demande prescrit, la compagnie d'assurance a cinq (5) jours ouvrables pour faire part de sa décision au demandeur. Elle ne peut refuser que si :

- la personne blessée n'est pas un « patient » en vertu de la définition du règlement;
- la compagnie d'assurance n'est pas tenue de rembourser les frais en raison d'exclusions contenues dans la police standard d'assurance automobile;
- aucun contrat n'a été signé entre la compagnie d'assurance et la personne blessée;
- la blessure n'a pas été causée par un accident d'automobile.

Si la compagnie d'assurance ne répond pas au demandeur, on considère qu'elle a approuvé la demande. La compagnie peut toutefois refuser une demande approuvée précédemment en envoyant un avis à toutes les parties, mais elle ne peut le faire que pour les raisons mentionnées précédemment. La

compagnie d'assurance doit payer toute demande pour un traitement autorisé en vertu des protocoles dans les 30 jours suivant la réception de la demande, à condition que tous les reçus, formulaires et factures requis ainsi que les vérifications de patient soient fournis.

Le professionnel de la santé prodiguant la majorité des soins doit préparer un rapport final l'aide du formulaire fourni par le surintendant des assurances qui doit être envoyé à la compagnie d'assurance une fois le traitement terminé. Afin d'éviter la fraude, le professionnel de la santé doit soumettre au patient la facture finale envoyée à la compagnie d'assurance et l'accompagner d'une lettre contenant l'énoncé suivant :

« La facture ci-jointe fait état du montant facturé à votre compagnie d'assurance pour les biens et services mentionnés. Veuillez vérifier cette facture et nous faire part, ainsi qu'à votre compagnie d'assurance, de toute erreur relevée. »

Questions de consultation :

- 4.1. Avez-vous des commentaires quant à la méthode d'élaboration du plan de traitement? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 4.2. Avez-vous des commentaires quant au nombre de visites proposées? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 4.3. Avez-vous des commentaires quant au temps imparti pour remplir les formulaires prescrits et pour approuver ou refuser une demande? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 4.4. Avez-vous des commentaires quant aux motifs admissibles pour refuser une demande? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 4.5. Avez-vous d'autres commentaires au sujet de la présente partie?

5. Spécialistes en gestion des blessures

Dans le cadre des protocoles de diagnostic et de traitement, la Commission recommande de faire appel à un spécialiste en gestion des blessures pour obtenir un deuxième avis sur le diagnostic ou le traitement. Il s'agit de professionnels vers qui les patients peuvent être orientés lorsqu'un diagnostic n'est pas confirmé ou qu'une blessure ne guérit pas comme elle le devrait.

La Commission recommande que seuls les médecins, chiropraticiens ou physiothérapeutes autorisés et pratiquants soient reconnus à titre de spécialistes en gestion des blessures. Elles recommandent également que cette reconnaissance exige une connaissance du modèle biopsychosocial et des techniques d'évaluation des douleurs aiguës et chroniques, de l'expérience en réadaptation et en gestion des limites fonctionnelles et une utilisation des pratiques fondées sur les données scientifiques. Pour obtenir le statut de spécialiste en gestion des blessures en Alberta et en Nouvelle-Écosse, il faut remplir un formulaire, fourni par l'organisme d'agrément, qui comprend une déclaration du demandeur selon laquelle il affirme répondre aux diverses exigences réglementaires. L'organisme d'agrément évalue ensuite le formulaire et l'envoie au surintendant des assurances, qui a le dernier mot sur l'approbation. La Commission recommande de prendre une entente semblable avec les organismes d'agrément du Nouveau-Brunswick. Voici les liens vers les formulaires en question : [formulaire de l'Alberta](#) (en anglais seulement) et [formulaire de la Nouvelle-Écosse](#) (en anglais seulement). Un professionnel de la santé orientera son patient vers un spécialiste en gestion des blessures lorsqu'il n'est pas certain du protocole à appliquer pour la blessure de son patient ou lorsqu'il a besoin d'un deuxième avis, soit parce que la blessure ne guérit pas comme elle le devrait ou parce que son diagnostic diffère de celui d'un autre professionnel de la santé. Un spécialiste en gestion des blessures pourrait également être consulté si un patient n'est pas en mesure de réaliser les tâches essentielles de son emploi, de sa profession, de sa formation ou de son éducation, même après la prise de mesures d'adaptation raisonnables.

Lorsqu'un spécialiste en gestion des blessures rencontre un patient, il doit l'évaluer et lui donner des conseils sur le diagnostic et le traitement reçus ou lui recommander de subir une évaluation multidisciplinaire de la blessure. Les rendez-vous de consultation avec le spécialiste seront remboursés en vertu des protocoles et ne compteront pas dans la limite totale de visites susmentionnée.

L'avis d'un spécialiste en gestion des blessures pourrait être très utile dans bon nombre de cas et pourrait, dans certains cas, proposer une solution plus simple que celle déjà offerte. Les exigences de reconnaissance à titre de spécialiste en blessures seraient imposées par le surintendant des assurances et il est prévu qu'elles soient similaires à celles prévues dans les lois et règlements de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse.

Questions de consultation :

- 5.1. Avez-vous des commentaires quant à la proposition de faire appel à des spécialistes en gestion des blessures? Veuillez fournir une réponse détaillée.
- 5.2. Quelles devraient être les exigences à respecter pour obtenir le statut de spécialiste en gestion des blessures? Veuillez fournir une réponse détaillée.

5.3. Quels seraient les rôles et responsabilités appropriés pour un spécialiste en gestion des blessures?
Veuillez fournir une réponse détaillée.

5.4. Avez-vous d'autres commentaires au sujet de la présente partie?

Formulation de commentaires

La Commission publie ce document de consultation pour une **période de commentaires de 60 jours**. Veuillez nous transmettre vos commentaires par écrit au plus tard le **18 avril 2020**.

Tous les commentaires doivent faire référence au « **Document de consultation — Assurance 2020 — Protocoles de diagnostic et de traitement** ». Si vous nous envoyez vos commentaires par courriel, cette mention doit être indiquée dans l'objet de votre envoi. Nous vous prions également de nous les expédier ou de les joindre dans un fichier Microsoft Word.

Veuillez transmettre vos commentaires à l'adresse courriel suivante :

consultation@fcnb.ca

Autrement, les commentaires peuvent être envoyés par la poste ou par télécopieur au destinataire suivant :

Division des assurances aux soins de David Weir
Commission des services financiers et des services aux consommateurs
200-225, rue King
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 1E1
Télécopieur : 506-453-7435

Nous ne pouvons garantir la confidentialité des commentaires, puisque ceux-ci pourraient être assujettis à une demande en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*. De plus, tout commentaire reçu durant la période de commentaires pourrait être publié. Par conséquent, nous vous invitons à ne pas y inclure directement des renseignements personnels. Il importe toutefois que vous précisiez au nom de qui vous présentez vos commentaires.

Si vous avez des questions, veuillez les envoyer à :

David Weir
Conseiller technique principal, Division des assurances
Commission des services financiers et des services aux consommateurs
Téléphone : 506-658-3060
Numéro sans frais : 866-933-2222
Courriel : david.weir@fcnb.ca

Annexe A — Quelques propositions de définitions

« antécédent médical », en ce qui a trait à la blessure d'un patient, désigne :

- (i) l'accident qui a causé la blessure;
- (ii) les symptômes actuellement ressentis par le patient;
- (iii) tout renseignement sur le patient que le professionnel de la santé juge pertinent, comme les antécédents physiques, physiologiques, émotionnels, cognitifs et sociaux;
- (iv) les répercussions de la blessure sur les fonctions physiques du patient.

« chiropraticien » désigne un chiropraticien au sens de la *Loi sur la chiropratique*.

« *Classification internationale des maladies* » désigne l'édition la plus récente de la publication intitulée *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Canada* publiée par l'Institut canadien d'information sur la santé, fondée sur le document publié de temps à autre intitulé *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* publié par l'Organisation mondiale de la Santé.

« colonne vertébrale » désigne la colonne d'os qui entoure et protège la moelle épinière, et comprend toutes les catégories suivantes selon la hauteur du corps : colonne cervicale (cou), colonne thoracique (haut du corps et milieu du dos) et colonne lombaire ou rachis lombaire inférieur (bas du dos).

« entorses » désigne une blessure à un ou plusieurs tendons ou ligaments ou à un ou plusieurs de chacun d'eux.

« foulures » désigne une blessure à un ou plusieurs muscles.

« médecins » désigne une personne qui est un membre agréé par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick en vertu de la *Loi médicale*.

« patient » désigne une personne assurée au sens de l'article 224 de la *Loi sur les assurances*.

« physiothérapeute » désigne un physiothérapeute au sens de la *Loi sur la physiothérapie*.

« pratiques fondées sur les données scientifiques » désigne l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des pratiques exemplaires actuelles dans la prise d'une décision concernant les soins prodigués à un patient, intégrant l'expertise clinique du professionnel de la santé et les meilleures données scientifiques externes disponibles trouvées grâce à des recherches méthodiques et respectant les préférences et préoccupations personnelles du patient pour déterminer le traitement à prescrire.

« professionnel de la santé » désigne les professionnels suivants autorisés à exercer leur profession dans la province :

- (i) médecin;
- (ii) chiropraticien;
- (iii) physiothérapeute.

« thérapeute d'appoint » désigne :

- (i) un massothérapeute;
- (ii) un acupuncteur;

- (iii) un ergothérapeute au sens de la *Loi sur l'ergothérapie*;
- (iv) toute personne nommée par le surintendant des assurances.

« trouble associé à l'entorse cervicale » désigne tout trouble autre que celui qui présente les caractéristiques suivantes :

- (i) des signes neurologiques objectifs, démontrables, définissables et cliniquement pertinents;
- (ii) une fracture ou une luxation vertébrales.

Annexe B — Tableau de diagnostic et de traitement proposés pour les foulures et les entorses

Tableau provenant de la sixième édition de *L'évaluation clinique en orthopédie* de David J. Magee (2013), reproduit avec la permission d'Elsevier inc.

Diagnostic proposé pour les foulures

	Foulure de premier degré	Foulure de deuxième degré	Foulure de troisième degré
Définition du degré de la foulure	déchirure de quelques fibres musculaires	déchirure de la moitié des fibres musculaires	déchirure de toutes les fibres musculaires (rupture)
Mécanisme de blessure	allongement excessif ou surcharge musculaire	allongement excessif, surcharge musculaire ou écrasement	allongement excessif ou surcharge musculaire
Apparition	soudaine	soudaine	soudaine
Faiblesse	mineure	modérée à importante (inhibition de réflexe)	modérée à importante
Limitation fonctionnelle	mineure	modérée	importante
Spasmes musculaires	mineurs	modérés à importants	modérés
Enflure	mineure	modérée à importante	modérée à importante
Perte de fonction	mineure	modérée à importante	importante (inhibition de réflexe)
Douleur lors de la contraction isométrique	mineure	modérée à importante	aucune à mineure
Douleur lors de l'étirement	oui	oui	aucune s'il s'agit des seuls tissus blessés, mais les blessures de troisième degré sont souvent accompagnées d'autres blessures de premier ou de deuxième degré, ce qui peut être douloureux
Mouvement de l'articulation	normal	normal	normal
Irrégularité manifeste	non	non	oui (au début)
Crépitation	non	non	non
Amplitude de mouvement	réduite	réduite	réduite ou augmentée en fonction de l'enflure

Diagnostic proposé pour les entorses

	Entorse de premier degré	Entorse de deuxième degré	Entorse de troisième degré
Définition du degré de l'entorse	déchirure de quelques fibres musculaires	déchirure de la moitié des fibres musculaires	déchirure de toutes les fibres musculaires
Mécanisme de blessure	allongement excessif ou surcharge musculaire	allongement excessif ou surcharge musculaire	allongement excessif ou surcharge musculaire
Apparition	soudaine	soudaine	soudaine
Faiblesse	mineure	mineure à modérée	mineure à modérée
Limitation fonctionnelle	mineure	modérée	modérée à importante
Spasmes musculaires	mineurs	mineurs	mineurs
Enflure	mineure	modérée	modérée à importante
Perte de fonction	mineure	modérée à importante	modérée à importante (instabilité)
Douleur lors de la contraction isométrique	non	non	non
Douleur lors de l'étirement	oui	oui	aucune s'il s'agit des seuls tissus blessés, mais les blessures de troisième degré sont souvent accompagnées d'autres blessures de premier ou de deuxième degré, ce qui peut être douloureux
Mouvement de l'articulation	normal	normal	normal à excessif
Irrégularité manifeste	non	non	oui (au début)
Crépitation	non	non	non
Amplitude de mouvement	réduite	réduite	réduite ou augmentée en fonction de l'enflure; dislocation ou subluxation possibles

Traitement proposé pour les foulures et les entorses

En vertu des protocoles, le professionnel de la santé doit traiter une foulure ou une entorse en exerçant les fonctions suivantes.

- Éduquer le patient sur :
 - l'avantage d'un retour rapide à son emploi, sa profession, sa formation, ses entraînements, son éducation ou ses activités quotidiennes;
 - la durée estimée probable de la présence des symptômes et du temps de rétablissement et la durée du traitement.
- Gérer l'inflammation et la douleur
 - en utilisant de la glace de façon sécuritaire, en élevant la région blessée, en compressant la blessure et, pour les entorses, en utilisant l'équipement nécessaire pour protéger l'articulation blessée au début du rétablissement.
- Éduquer le patient sur l'importance d'exercer la région blessée pour conserver la flexibilité, l'équilibre et les fonctions qui y sont associées.
- Donner des conseils sur les soins autoadministrés.
- Préparer le patient au retour à son emploi, à ses occupations, à sa profession, à sa formation, à son éducation ou à ses activités quotidiennes.
- Discuter des désavantages à dépendre de prestataires de soins de santé et de modalités passives de traitement pour une longue période prolongée.
- Prescrire des médicaments, si nécessaire, y compris des analgésiques pour le traitement à court terme de la blessure, comme des analgésiques non opioïdes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des relaxants musculaires, mais sans prescrire de narcotiques.
- Administrer un traitement qu'il juge approprié pour guérir la blessure ou rétablir la santé du patient, à l'exception du traitement d'une foulure ou d'une entorse de premier ou de deuxième degré à une articulation des membres inférieures et supérieures, qui se fait en poussant légèrement et rapidement l'articulation au-delà de son amplitude de mouvement normal.
- Orienter le patient vers une thérapie d'appoint qu'il juge nécessaire pour guérir la blessure ou pour rétablir la santé du patient et qui a trait à l'amélioration clinique continue du patient.
- Prodiguer le traitement indiqué des muscles, groupes de muscles, tendons ou ligaments précis d'un site anatomique donné dans le cas d'une foulure ou d'une entorse de troisième degré, en utilisant des moyens d'immobilisation, en prescrivant des exercices de renforcement ou en opérant et en prescrivant les soins de réadaptation postopératoires nécessaires, le cas échéant.

En plus des traitements susmentionnés, un professionnel de la santé traitant une foulure ou une entorse de premier, de deuxième ou de troisième degré pourrait approuver la prescription de tout imagerie diagnostique, test de laboratoire, test spécialisé, médicament (à l'exception de narcotiques) et matériel nécessaire en vertu des lignes directrices publiées par le surintendant des assurances.

Annexe C — Diagnostic et traitement proposés pour le coup de fouet cervical

Diagnostic proposé pour un coup de fouet cervical

En vertu des règlements de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta, les professionnels de la santé doivent utiliser les critères suivants pour diagnostiquer un coup de fouet cervical :

pour un coup de fouet cervical de stade I :

- plaintes de douleur, de raideur ou de sensibilité à la colonne vertébrale,
- aucun signe physique de blessure démontrable, définissable et cliniquement pertinent,
- aucun signe neurologique objectif, démontrable, définissable et cliniquement pertinent,
- aucune fracture ou luxation vertébrales;

pour un coup de fouet cervical de stade II :

- plaintes de douleur, de raideur ou de sensibilité à la colonne vertébrale,
- signes physiques de blessure démontrables, définissables et cliniquement pertinents, y compris :
 - des signes musculosquelettiques de réduction de l'amplitude de mouvement de la colonne vertébrale,
 - une sensibilité localisée des structures de la colonne vertébrale touchées par la blessure,
- aucun signe neurologique objectif, démontrable, définissable et cliniquement pertinent,
- aucune fracture ou luxation vertébrales.

Les tests suivants pour déterminer la présence d'un coup de fouet cervical de stade II ou pour écarter la possibilité d'une blessure plus grave seraient préapprouvés en vertu des protocoles suivants :

- des séries de radiographies pour des blessures à la colonne cervicale en vertu de l'article *The Canadian C-Spine Rule for Radiography in Alert and Stable Trauma Patients*, publié dans le *The Journal of the American Medical Association*³;
- des séries de radiographies appropriées à la région de la colonne blessée pour des blessures à la colonne thoracique, à la colonne lombaire ou au rachis lombaire inférieur si le patient répond à au moins une des caractéristiques suivantes : une indication de lésion osseuse, une indication de changements importants dégénératifs à la stabilité, une indication de polyarthrite, une indication d'ostéoporose ou un antécédent de cancer;
- l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique n'est permise que si un diagnostic ne peut être posé à l'aide des trois autres types d'imagerie et que le patient présente des signes cliniques ou neurologiques objectifs.

³ Ian G. Stiell et coll., « The Canadian C-Spine Rule for Radiography in Alert and Stable Trauma Patients », *JAMA*, vol 286, n° 15, 2001, p. 1841-1848.

Traitement proposé pour un coup de fouet cervical

Les protocoles fourniront des directives sur le traitement d'un coup de fouet cervical en plus de fournir des directives sur leur diagnostic. La Commission recommande de s'inspirer des traitements mentionnés dans les règlements de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse, en vertu desquels les professionnels de la santé doivent exercer les fonctions suivantes pour traiter un coup de fouet cervical de stade I ou II.

- Éduquer le patient sur :
 - l'avantage d'un retour rapide à son emploi, à sa profession, à sa formation, à ses entraînements, à son éducation ou à ses activités quotidiennes;
 - la durée estimée probable de la présence des symptômes et du temps de rétablissement, et la durée du traitement;
 - l'absence probable de causes de douleur actuelle, sérieuse et détectable;
 - l'importance d'une bonne posture et du contrôle de la mécanique corporelle;
 - l'importance de ne pas porter de collier souple;
 - les facteurs potentiellement responsables d'autres symptômes qu'il pourrait ressentir, qui sont temporaires et qui ne font pas état de dommages subis par les tissus, y compris : la perte d'équilibre, la perturbation ou la perte de l'ouïe, la douleur ou l'engourdissement à un membre, le dysfonctionnement cognitif et la douleur à la mâchoire.
- Donner des conseils sur les soins autoadministrés.
- Préparer le patient au retour à son emploi, à ses occupations, à sa profession, à sa formation, à son éducation ou à ses activités quotidiennes.
- Discuter des désavantages à dépendre de prestataires de soins de santé et de modalités passives de traitement pour une période prolongée.
- Prescrire des médicaments, si nécessaire, y compris des analgésiques pour le traitement à court terme de la blessure, comme des analgésiques non opioïdes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des relaxants musculaires, mais sans prescrire de narcotiques.
- Recommander des exercices de gestion de la douleur, le cas échéant, et l'utilisation de chaleur et de glace.
- Administrer un traitement qu'il juge approprié pour guérir la blessure ou rétablir la santé du patient.
- Orienter le patient vers une thérapie d'appoint qu'il juge nécessaire pour guérir la blessure ou rétablir la santé du patient et qui est lié à l'amélioration clinique continue du patient.