



Guide administratif

# **APPLICATION DU RÈGLEMENT SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE**

Intervenants de la santé du réseau privé offrant des soins  
et des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie

# AVANT-PROPOS

Ce guide est destiné aux intervenants de la santé du réseau privé<sup>1</sup> qui fournissent des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie. Il a pour but de les informer des modalités d'application du *Règlement sur l'assistance médicale* (RAM).

Ce règlement a été adopté en vertu des pouvoirs de réglementation dévolus à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Il apporte des modifications au précédent RAM.

Le RAM repose sur un principe fondamental : lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle, la loi lui reconnaît notamment :

- le droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de cette lésion ;
- le droit au retour au travail.

Pour que les droits du travailleur soient pleinement respectés, tout doit être mis en œuvre en vue d'optimiser le suivi des aspects administratifs et médicaux de la lésion professionnelle, de manière à favoriser un retour au travail prompt et durable.

C'est dans cet esprit que le RAM prévoit des moyens qui permettent à l'intervenant de la santé<sup>2</sup> de prodiguer des traitements visant le retour au travail.

Le guide contient des indications utiles sur :

- le déroulement de l'intervention ;
- la marche à suivre en ce qui concerne les rapports ;
- les tarifs et la facturation.

---

1. Dans ce guide, le mot *clinique* désigne un établissement privé de santé.

2. Le mot *intervenant de la santé* désigne le physiothérapeute, l'ergothérapeute et le technologue en physiothérapie

# TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3	
1. Responsabilités de la clinique	4	
1.1 Responsabilités à l'égard du travailleur	4	
1.1.1 Avant le début des traitements	4	
1.1.2 Pendant la période de traitements	4	
1.2 Responsabilités à l'égard de la CNESST	5	
1.2.1 Modalité législative	5	
1.2.2 Avant d'entreprendre les traitements	5	
1.2.3 Tenue d'un registre de présences	5	
1.2.4 Signalement des absences	5	
1.2.5 Transmission des comptes de soins et de traitements et des rapports de physiothérapie et d'ergothérapie	6	
1.2.6 Conservation et transmission de la prescription	6	
1.3 Responsabilités à l'égard du professionnel de la santé qui a charge	7	
2. Déroulement de l'intervention	8	
2.1 Réception de la prescription	8	
2.2 Évaluation initiale, plan de traitement et début des traitements	8	
2.3 Prise en charge en ergothérapie	9	
2.4 Production de rapports	11	
2.5 Fin de l'intervention	11	
3. Rapports et formulaires	12	
3.1 Rapport de physiothérapie et d'ergothérapie	12	
3.2 Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie	13	
4. Tarifs et paiement	14	
4.1 Tarifs applicables	14	
4.2 Paiement	15	
4.3 Retard dans la transmission du rapport	15	
4.4 Attribution d'un numéro de fournisseur par la CNESST	15	
4.5 Modalités particulières	15	
Annexe I	Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie	16
Annexe II	Rapport de physiothérapie	17
Annexe III	Rapport d'ergothérapie	20
Annexe IV	Codes de présence	23
Annexe V	Définitions	24

# INTRODUCTION

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* stipule que le travailleur ayant subi une lésion professionnelle « a droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de cette lésion ». Au-delà du rétablissement, ce droit vise à lui permettre de retourner au travail, et de conserver ainsi son statut de travailleur.

Tout doit être mis en œuvre pour que le travailleur retourne rapidement au travail et conserve son emploi. Le facteur temps est crucial; un arrêt de travail prolongé augmente le risque d'incapacité chronique et de perte d'emploi. Pour que l'objectif de retour au travail soit atteint, les divers intervenants ont un rôle et des responsabilités à assumer.

**Le professionnel de la santé qui a charge** du travailleur, dans sa démarche visant le retour au travail, a la responsabilité de décider de la nature, de la nécessité, de la suffisance et de la durée des traitements. Il lui appartient donc de prescrire les traitements appropriés et d'informer régulièrement la CNESST de l'évolution de l'état de santé du travailleur. Pour ce faire, il doit pouvoir compter sur la collaboration soutenue des intervenants de la santé.

**Les physiothérapeutes, ergothérapeutes et technologues en physiothérapie** doivent prodiguer des traitements visant le retour au travail prompt et durable. Détenteurs d'informations importantes à partager avec le professionnel de la santé qui a charge, ils doivent la lui transmettre et en aviser la CNESST dans les délais prévus. Il est donc primordial que les rapports soient également transmis au professionnel de la santé qui a charge.

**La CNESST** doit décider de l'admissibilité de la réclamation pour lésion professionnelle. Si elle accepte la réclamation, elle prend à sa charge les frais d'assistance médicale et paie, en l'occurrence, les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie selon certains critères précisés dans le RAM et expliqués dans ce guide.

La CNESST veille en outre au respect du règlement en s'assurant, entre autres, que les traitements sont donnés par des membres titulaires d'un permis valide des ordres professionnels concernés. Elle s'assure ainsi que le travailleur reçoit bien les soins et traitements dont il a besoin et que ces derniers se font bien dans l'objectif prévu de retour au travail. Elle doit aussi s'assurer d'agir de façon concertée avec les partenaires lors de toute intervention visant le retour au travail.

Il appartient **aux ordres professionnels** de veiller à la qualité et à la surveillance des soins et des traitements donnés par leurs membres.

De son côté, **le travailleur** a la responsabilité de se présenter à ses séances de traitement et d'informer la clinique de toute nouvelle information pertinente concernant les aspects administratifs ou médicaux de sa lésion professionnelle. La CNESST peut suspendre le versement de ses indemnités en cas d'absence sans raison valable. Dès que la CNESST informe le travailleur que sa réclamation est refusée, il incombe à ce dernier, à compter de ce moment, de payer les services qui lui seront donnés par la clinique.

**La clinique** que choisit le travailleur pour y suivre les traitements prescrits joue un rôle déterminant quant au suivi de l'évolution de la lésion professionnelle. La clinique a des responsabilités à l'égard du travailleur, de la CNESST et du professionnel de la santé qui a charge.

# 1. RESPONSABILITÉS DE LA CLINIQUE

## 1.1 Responsabilités à l'égard du travailleur

### 1.1.1 Avant le début des traitements

À la réception d'une prescription signée par le professionnel de la santé qui a charge, la clinique vérifie auprès du travailleur s'il a déjà rempli et transmis à la CNESST la *Réclamation du travailleur*. Sinon, elle l'invite à le faire dans les plus brefs délais de manière à accélérer l'ouverture du dossier et le paiement des sommes qui seront réclamées par la clinique.

Le travailleur a le droit de recevoir des traitements dans la clinique de son choix. Parfois, il arrive qu'une clinique ne soit pas en mesure d'offrir au travailleur tous les services que requiert son état dans une discipline donnée. Il est donc important de guider le travailleur dans ce choix et, si nécessaire, de l'orienter vers une autre clinique qui peut répondre à ses besoins. **Toutefois, un travailleur ne peut recevoir le même type de traitement simultanément dans deux cliniques distinctes.**

La clinique a la responsabilité de s'assurer que les traitements seront donnés par un intervenant de la santé qui est titulaire d'un permis valide de son ordre professionnel correspondant aux traitements prescrits. Cette personne peut être, selon les cas, **physiothérapeute, ergothérapeute ou technologue en physiothérapie.**

### 1.1.2 Pendant la période de traitements

La clinique informe le travailleur des dates et des heures de ses séances. Il appartient à la clinique de signaler sans délai à la CNESST toute absence à une séance et d'informer le travailleur de cette démarche.

À tout moment pendant la période de traitement, la CNESST peut demander à la clinique de l'informer de l'état du travailleur en utilisant les rapports prévus au règlement.

Lorsque le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie juge que le travailleur a atteint un plateau de récupération fonctionnelle, il doit mettre fin aux traitements et rediriger le travailleur vers son professionnel de la santé.

## 1.2 Responsabilités à l'égard de la CNESST

### 1.2.1 Modalité législative

Depuis le 6 avril 2022, le fournisseur désirant fournir des biens et services aux bénéficiaires de la LATMP doit obtenir et maintenir le statut de fournisseur autorisé (ci-après le « fournisseur ») par la CNESST. La procédure est décrite à la section 4.4.

### 1.2.2 Avant d'entreprendre les traitements

Dans le cas d'un **événement d'origine**, l'établissement peut commencer les traitements sans vérification préalable auprès de la CNESST. En effet, la CNESST prend à sa charge le paiement des traitements<sup>3</sup> donnés jusqu'à ce qu'elle se prononce sur l'admissibilité, à condition que la prescription ait été reçue par la clinique. Dès que la CNESST rend une décision de refus, elle en avise par téléphone la clinique. La CNESST paiera les traitements donnés jusqu'à la date de l'avis téléphonique.

Dans tous les cas de **récidive**, de **rechute** ou d'**aggravation**, il incombe à la clinique de communiquer avec la CNESST pour connaître l'état du dossier avant d'entreprendre les traitements.

Dans les cas concernant des victimes d'actes criminels ou d'actes de civisme, c'est auprès de la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels que la clinique doit faire cette démarche.

### 1.2.3 Tenue d'un registre de présences

La clinique doit tenir un registre indiquant la date de chaque séance, s'il s'agit d'une évaluation initiale ou d'un traitement, et le nom du physiothérapeute, de l'ergothérapeute ou du technologue en physiothérapie qui a rencontré le travailleur. Ce registre doit être signé par le travailleur lors de chaque séance et conservé à son dossier. Ce registre doit être mis à la disposition de la CNESST, à sa demande.

### 1.2.4 Signalement des absences

La clinique informe la CNESST dans les plus brefs délais de toute absence du travailleur, mais n'est pas tenue de justifier cette absence. La CNESST rembourse les traitements réellement fournis au travailleur. Aucune séance ne peut être facturée à la CNESST en cas d'absence du travailleur.

---

3. Dans ce contexte, le paiement d'un traitement ne signifie pas que la CNESST a accepté la réclamation du travailleur.

### 1.2.5 Transmission des comptes de soins et de traitements et des rapports de physiothérapie et d'ergothérapie

La clinique utilise pour la transmission des rapports ou pour la facturation des traitements l'une des façons suivantes :

- Le service d'échanges électroniques (dont la liste des logiciels certifiés apparaît sur le [site Web](#) de la CNESST);
- Les formulaires prévus au règlement et présentés dans ce guide. Pour les cliniques n'ayant pas adhéré au service d'échanges électroniques, les formulaires ne sont disponibles qu'en format électronique, via le [site Web](#) de la CNESST. Ils peuvent être remplis à l'écran, mais doivent être imprimés puis transmis à la CNESST et au professionnel de la santé qui a charge au besoin;
- Le service en ligne Mon Espace CNESST, qui demeure accessible pour la transmission des rapports de physiothérapie et d'ergothérapie uniquement.

Aucune somme ne peut être réclamée au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit en vertu de la loi.

### 1.2.6 Conservation et transmission de la prescription

Lorsque la CNESST en fait la demande, la clinique doit lui transmettre une copie de la prescription médicale, en prenant soin de bien indiquer le numéro de dossier du travailleur. En l'absence du numéro de dossier, le numéro d'assurance maladie du travailleur doit être indiqué, ainsi que la date de l'événement.

Une copie de la prescription médicale doit être conservée au dossier tenu par l'intervenant de la santé pour la même période pendant laquelle il doit conserver le dossier. Ce registre doit être mis à la disposition de la CNESST sur demande.

**Il n'est plus requis de transmettre systématiquement la prescription dans les cas où :**

- **la fréquence de traitements hebdomadaires est supérieure à trois;**
- **la prise en charge en ergothérapie est faite avant la sixième semaine de la date de l'événement, sauf pour certaines lésions qui seront précisées plus loin dans ce guide.**

Si la CNESST ne reçoit pas la copie de la prescription lorsqu'elle en a fait la demande, elle **peut, le cas échéant, interrompre les paiements.**

### 1.3 Responsabilités à l'égard du professionnel de la santé qui a charge

La clinique doit fournir au professionnel de la santé qui a charge tous les rapports de physiothérapie et d'ergothérapie, remplis à la demande de la CNESST. En effet, le professionnel de la santé doit disposer des renseignements nécessaires pour décider de la nature, de la nécessité et de la durée des soins et des traitements.

Tout retard à informer le professionnel de la santé qui a charge peut différer le retour au travail.

**Une prescription contenant des indications du professionnel de la santé qui a charge quant à la fréquence ou à la prise en charge en ergothérapie s'applique à compter de la date de la prescription.**

**Aucun effet rétroactif ne sera appliqué aux traitements fournis avant la date de la prescription.**

# 2. DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

L'intervention de la clinique comporte généralement quatre étapes :

- Réception de la prescription médicale;
- Évaluation initiale, plan de traitement et dispensation des traitements;
- Production de rapports lorsque demandé;
- Fin de l'intervention.

## 2.1 Réception de la prescription

Lorsque l'état du travailleur l'exige, le professionnel de la santé qui a charge prescrit des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. La prescription doit être datée et signée, et porter en clair le nom du travailleur.

## 2.2 Évaluation initiale, plan de traitement et début des traitements

Le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie rencontre le travailleur, évalue ses besoins, fixe les buts à atteindre et dresse un plan de traitement. À la suite de cette évaluation, il remplit le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* et le transmet à la CNESST dans les sept jours (avec une copie de la prescription, s'il y a lieu).

Le premier traitement peut être donné au moment jugé approprié après l'évaluation initiale, y compris le jour de l'évaluation initiale.

Si l'évaluation initiale démontre qu'aucun traitement n'est nécessaire, le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie indique sur le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* la date de fin des traitements.

Après les 25 premiers traitements consécutifs donnés exclusivement par un technologue en physiothérapie, un rapport doit être transmis à la CNESST par un physiothérapeute ou le professionnel de la santé traitant, et ce, que l'évaluation initiale ait été effectuée par un technologue en physiothérapie ou par un physiothérapeute. Cette exigence est renouvelée pour chaque tranche additionnelle de 12 traitements consécutifs donnés exclusivement par le technologue.

Avant de commencer les traitements, l'intervenant de la santé doit s'informer pour savoir si le travailleur a déjà reçu des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie pour la même lésion.

Ces traitements peuvent avoir été donnés dans une autre clinique ou par un autre intervenant de la santé. Si l'intervenant ne peut obtenir l'information exacte auprès du travailleur ou de l'autre clinique, il peut s'adresser à la CNESST.

### Plan de traitement

**Il appartient à l'intervenant de la santé de déterminer le plan de traitement nécessaire au rétablissement de la lésion professionnelle du travailleur, dont la fréquence de traitements.**

**Une limite de trois traitements par semaine par type de traitement peuvent être donnés au travailleur.**

**Le professionnel de la santé qui a charge peut spécifier sur la prescription qu'une fréquence supérieure à trois peut être nécessaire.**

**Malgré l'indication du professionnel de la santé, l'intervenant de la santé peut juger que trois traitements ou moins sont nécessaires pour traiter le travailleur.**

## 2.3 Prise en charge en ergothérapie



Le début des traitements en ergothérapie peut s'effectuer à différents moments en fonction de la date d'événement, de l'opinion du professionnel de la santé qui a charge et du type ou du siège de lésion.

Sauf exceptions, pour que l'évaluation initiale et les traitements soient payables, la prise en charge en ergothérapie doit s'effectuer à compter de la sixième semaine de la date de l'événement.


Pour une prise en charge immédiate, le professionnel de la santé qui a charge doit l'indiquer sur la prescription.

Pour les types et sièges de lésion suivants, les traitements peuvent débuter dès la réception de la prescription :


- Une lésion à la main ou au poignet;
- Un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion;
- Une atteinte nerveuse aux membres supérieurs;
- Une brûlure, peu importe le siège de la lésion.

Exemple 1 : Début des traitements d'ergothérapie à la 6 <sup>e</sup> semaine		
Jour 1	Jour 3	6 <sup>e</sup> semaine
Date de l'événement	Réception de la prescription par la clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aucune indication</b> du professionnel de la santé qui a charge quant au début des traitements ;</li> <li>• Diagnostic dont le siège ou le type de lésion <b>n'est pas prévu</b> au RAM.</li> </ul> 	Début des traitements 

Dans ce cas-ci, l'évaluation initiale et les traitements fournis avant la 6<sup>e</sup> semaine **ne seront pas payés** par la CNESST.

Exemple 2 : Indication par le professionnel de la santé qui a charge		
Jour 1	Jour 3	
Date de l'événement	Réception de la prescription par la clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indication</b> du professionnel de la santé qui a charge d'une prise en charge nécessaire en ergothérapie avant la 6<sup>e</sup> semaine ;</li> <li>• Diagnostic dont le siège ou le type de lésion <b>n'est pas prévu</b> au RAM.</li> </ul> 	Début des traitements dès la réception de la prescription

Dans cet exemple, l'évaluation initiale et les traitements fournis avant la 6<sup>e</sup> semaine **sont payés** par la CNESST.

Exemple 3 : Diagnostic concernant un siège ou un type de lésion prévu au RAM, par exemple, une lésion au poignet		
Jour 1	Jour 3	
Date de l'événement	Réception de la prescription par la clinique <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic dont le siège ou le type de lésion <b>est prévu</b> au RAM.</li> </ul> 	Début des traitements dès la réception de la prescription

Dans cet exemple, l'évaluation initiale et les traitements fournis avant la 6<sup>e</sup> semaine **sont payés** par la CNESST.

À noter que certains services d'ergothérapie ne sont pas payables dans le cadre de l'assistance médicale :

- Un programme d'intégration au travail ou de retour thérapeutique au travail;
- Une analyse d'un poste de travail ou son adaptation et l'essai d'équipement;
- Une évaluation de la conduite automobile et l'adaptation d'un véhicule;
- Une adaptation du domicile;
- Un programme d'intégration sociale ou toute autre évaluation ou intervention dans le cadre de la réadaptation prévue au chapitre IV de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*;
- Une intervention dans le cadre d'un programme interdisciplinaire ou multidisciplinaire;
- Un programme de développement ou tout autre service d'évaluation des capacités fonctionnelles ou de travail, ou toute autre intervention poursuivant ces mêmes objectifs;
- Une intervention en santé mentale.

Ces services peuvent être offerts dans le cadre de la réadaptation, par le biais d'un contrat de services professionnels. Pour en savoir plus, veuillez consulter le [site Web](#) de la CNESST.

## 2.4 Production de rapports

Les gabarits utilisés dans les logiciels certifiés ainsi que le *Rapport de physiothérapie* et le *Rapport d'ergothérapie*, accessibles sur le site Web de la CNESST, doivent obligatoirement être utilisés pour que les frais soient remboursés.

La demande de rapport est faite par la CNESST et transmise à l'établissement par le biais d'un signalement électronique, d'une lettre ou par l'avis de paiement. Toutefois, lorsque le travailleur est suivi exclusivement par un technologue en physiothérapie, un rapport doit être transmis à la CNESST par un physiothérapeute ou le professionnel de la santé qui a charge après les 25 premiers traitements consécutifs et pour chaque tranche additionnelle de 12 traitements consécutifs.

Le ou les rapports doivent être transmis simultanément au professionnel de la santé qui a charge et à la CNESST, et ce, dans les 15 jours suivant la date de la demande. Un retard dans la transmission d'un rapport entraîne une rétention du paiement des traitements fournis à compter de la 16<sup>e</sup> journée de la date de la demande.

## 2.5 Fin de l'intervention

Lorsque le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie juge qu'un changement dans l'état du travailleur remet en cause la pertinence des traitements ou qu'un plateau de récupération fonctionnelle est atteint, il met fin aux traitements et dirige le travailleur vers son professionnel de la santé qui a charge, lequel indique la conduite à tenir.

Advenant que la CNESST ait fait une demande de rapport, le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie doit indiquer la date de fin des traitements ainsi que les difficultés fonctionnelles résiduelles.

Le professionnel de la santé qui a charge peut aussi mettre fin aux traitements au moyen d'un rapport médical.

# 3. RAPPORTS ET FORMULAIRES

Pour les cliniques ayant adhéré au service d'échanges électroniques, l'utilisation des gabarits des rapports et des comptes de soins et traitements sont obligatoires.

Pour les cliniques n'ayant pas adhéré au service d'échanges électroniques, des formulaires obligatoires sont utilisés pour facturer la CNESST :

- le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* (Annexe I).

Un formulaire spécifique est utilisé pour la rédaction des rapports, en fonction du type de traitement :

- le *Rapport de physiothérapie* (Annexe II) ;
- le *Rapport d'ergothérapie* (Annexe III).

Les rapports sont produits uniquement à la demande de la CNESST à des moments déterminés selon l'évolution de la lésion professionnelle ou aux moments prévus par règlement lorsque le travailleur est exclusivement suivi par un technologue en physiothérapie.

La demande de rapport à la clinique par la CNESST est effectuée par un signalement électronique, par une lettre ou par l'avis de paiement.

## 3.1 Rapports de physiothérapie et d'ergothérapie

**Le *Rapport de physiothérapie* et le *Rapport d'ergothérapie* sont payables si toutes les conditions suivantes sont remplies :**

- **Le rapport a été demandé par la CNESST ;**
- **Le rapport est rempli dans un logiciel certifié ou sur le formulaire obligatoire disponible sur le site Web de la CNESST ;**
- **Tous les champs du rapport en format papier doivent être remplis (sauf « Autres données », « Autres données fonctionnelles » et « Commentaires/Recommandations »).**

Les rapports permettent à la CNESST d'effectuer le suivi de l'évolution de la lésion professionnelle et, s'il y a lieu, de demander plus de renseignements au professionnel de la santé qui a charge. Ils doivent être datés et signés par le membre de l'ordre professionnel qui a rempli le rapport.

Le ou les rapports doivent être transmis simultanément au professionnel de la santé qui a charge et à la CNESST, et ce, dans les 15 jours suivant la date de la demande. Un retard dans la transmission d'un rapport entraîne une rétention du paiement des traitements fournis à compter de la 16<sup>e</sup> journée de la date de la demande.

Le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie doit consigner dans ses rapports toute information relative aux traitements, en utilisant le formulaire prévu à cet effet et disponible sur le site Web de la CNESST, conformément à l'Annexe III.1 du RAM.

### **3.2 Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie**

Dès que l'évaluation initiale est faite, le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie transmet le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* à la CNESST dans les sept jours qui suivent.

Le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le technologue en physiothérapie administre les traitements et inscrit les présences et les absences dans le logiciel sur le *Compte de soins et traitements de physiothérapie et d'ergothérapie*. Ce formulaire constitue la facture de la clinique pour les traitements donnés.

La clinique doit veiller à utiliser les codes de présence indiqués en annexe de ce guide ou sur le site Web de la CNESST.

# 4. TARIFS ET PAIEMENT

## 4.1 Tarifs applicables

En vertu du *Règlement sur l'assistance médicale*, les tarifs appliqués sont ceux qui figurent à l'Annexe I dudit règlement.

La CNESST ne paie pas pour les traitements de groupe et les traitements d'ergothérapie à domicile dans le cadre du RAM.

Le montant prévu pour un traitement inclut, s'il y a lieu, les frais de déplacement de l'intervenant de la santé ainsi que les fournitures qu'il utilise.

Le tarif prévu au RAM demeure le même, quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée.

La clinique a 180 jours après la dispensation de l'évaluation initiale et des traitements pour facturer la CNESST. Après ce délai, la CNESST peut refuser le paiement.

## 4.2 Paiement

Pour que la CNESST procède au paiement, la clinique doit respecter les règles générales du RAM. Elle doit, entre autres, produire les pièces suivantes :

- Un *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie*;
- La copie de la prescription du professionnel de la santé qui a charge lorsque la CNESST en fait la demande; et
- Le Rapport de physiothérapie ou le *Rapport d'ergothérapie* lorsque la CNESST en fait la demande.

**La transmission de la prescription du professionnel de la santé n'est pas systématiquement requise. Toutefois, les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie qui auront été fournis à une fréquence hebdomadaire supérieure à trois ou les traitements d'ergothérapie fournis avant la sixième semaine de la date de l'événement ne seront pas remboursés par la CNESST si la prescription du professionnel de la santé qui a charge et que le *Compte de soins et traitements en physiothérapie et ergothérapie* ne contiennent pas d'indications à cet effet.**

### 4.3 Retard dans la transmission du rapport

Lorsqu'un rapport n'est pas reçu dans le délai de quinze jours, la CNESST cesse le paiement des traitements.

Les présences aux traitements donnés après le délai de quinze jours seront comptabilisées par la CNESST, mais ne seront payées qu'après réception du rapport.

### 4.4 Attribution d'un numéro de fournisseur par la CNESST

Tous les fournisseurs qui désirent offrir des biens ou services aux travailleurs ayant subi une lésion professionnelle doivent obtenir un numéro de fournisseur et inscrire ce numéro sur leur compte.

À défaut de ce numéro, la CNESST retournera les comptes aux fournisseurs.

Ce numéro permet :

- d'être autorisé à agir en tant que fournisseur de biens et services destinés aux victimes de lésions professionnelles;
- de rembourser les comptes produits par le fournisseur;
- de faciliter nos communications.

Pour connaître la procédure d'obtention d'un numéro de fournisseur, nous vous invitons à consulter la page Devenir fournisseur autorisé pour la CNESST du [site Web](#) de la CNESST ou à communiquer avec la CNESST à l'adresse suivante :

**Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail**

**Service de la gestion des fournisseurs**

1600, avenue D'Estimauville

C. P. 1250, Succ. Terminus

Québec (QC) G1K 0K3

Numéro de téléphone : 1 844 838-0808

Numéro de télécopieur : 450 377-6090


### 4.5 Modalités particulières

Des dispositions particulières sont prévues au RAM en ce qui concerne les traitements donnés hors du Québec pour une lésion survenue dans une région frontalière ou hors du Québec.

Les traitements de physiothérapie donnés à domicile (sur prescription du professionnel de la santé qui a charge lorsque l'exige l'état de santé du travailleur) font aussi l'objet de modalités particulières prévues au RAM.

# ANNEXE I

## Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie



**COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS  
DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE**  
Santé et sécurité du travail

Physiothérapie
  Ergothérapie

N° de dossier du travailleur

**Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie
Code postal	Date de l'événement d'origine	Date de récurrence, rechute ou aggravation

**Professionnel de la santé**

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription

1 Diagnostic

2 Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6<sup>e</sup> semaine de la date de l'événement?  
 Oui  Non

3 Prise en charge en ergothérapie avant la 6<sup>e</sup> semaine de la date de l'événement indiquée par le professionnel de la santé qui a charge?  
 Oui  Non

4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le professionnel de la santé qui a charge?  
 Oui  Non

**Renseignements sur le fournisseur**

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	N° de fournisseur
5 Transfert de clinique (ou d'établissement de santé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Téléphone
	Télécopieur

6 Indiquez les soins et traitements ou services rendus en utilisant les codes appropriés disponibles sur le site Web de la CNESST.

Mois	An	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Précisez la date du dernier traitement ou de la dernière absence si elle est la cause de la fin des traitements

Date de la fin des traitements


**Intervenant de la santé**

Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date

5 0 5 5 (2023-01)

# ANNEXE II

## Rapport de physiothérapie

		<b>RAPPORT DE PHYSIOTHÉRAPIE</b> Santé et sécurité du travail	
1 Date de la demande du rapport		AAAAA MM JJ	N° de dossier du travailleur
<b>Renseignements sur le travailleur</b>			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	Date de l'événement d'origine
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Code postal	Date de récidence, rechute ou aggravation
2 Diagnostic		Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N° d'assurance maladie
<b>Professionnel de la santé</b>			
Professionnel de la santé qui a charge du travailleur		N° de permis	Date de la prescription
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			Téléphone
<b>Renseignements sur le fournisseur</b>			
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale	AAAAA MM JJ	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone
Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport			Télécopieur
N° de membre			
<b>3 Données subjectives (perceptions du travailleur)</b>			
Intensité de la douleur ressentie : au repos ____/10 en mouvement ____/10 à la palpation ____/10			
Positions ou mouvements affectés :			
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.			
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.			
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :			
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration ____% Stable <input type="checkbox"/> Détérioration ____%			
Autres données			
5 0 5 3 (2023-02)			

## Rapport de physiothérapie

<b>4 Données cliniques objectives (examen).</b> Remplir les deux sections : <b>État initial</b> et <b>État actuel</b> .																																																																																																																																	
<b>État initial</b> (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>État actuel</b> Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)																																																																																																																																
<b>5 Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.</b> Remplir les deux sections : <b>État initial</b> et <b>État actuel</b> .																																																																																																																																	
<b>6 État initial</b> (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>État actuel</b> Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																																	
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?																																																																																																																																	

5 0 5 3 (2023-02)

## Rapport de physiothérapie

Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (suite)									
Décrire l'évolution des <b>obstacles</b> au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).									
Décrire l'évolution des <b>leviers</b> pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).									
7 Plan de traitement									
Modalités actives :									
Modalités passives :									
8 État du travailleur									
Amélioration _____ %    Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %									
Recommandez-vous la fin des traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si <b>oui</b> , quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
Quelles sont les difficultés résiduelles? <input type="checkbox"/> S. O.									
Si <b>non</b> , combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous? Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine    Autre : _____ Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?									
Commentaires / Recommandations									
Signature du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport									
Date <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		

5 0 5 3 (2023-02)

# ANNEXE III

## Rapport d'ergothérapie

CNESST		RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE Santé et sécurité du travail	
1 Date de la demande du rapport		AAAA MM JJ	N° de dossier du travailleur
<b>Renseignements sur le travailleur</b>			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Date de l'événement d'origine AAAA MM JJ	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Code postal	Date de récurrence, rechute ou aggravation AAAA MM JJ	
2 Diagnostic	Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N° d'assurance maladie
<b>Professionnel de la santé</b>			
Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis	Date de la prescription AAAA MM JJ	
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			Téléphone
<b>Renseignements sur le fournisseur</b>			
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale AAAA MM JJ	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur
Nom du membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec qui a rempli le rapport			N° de membre
<b>3 Données subjectives (perceptions du travailleur)</b>			
Intensité de la douleur ressentie : au repos ____/10 en mouvement ____/10 à la palpation ____/10 Positions ou mouvements affectés :			
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.			
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.			
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :			
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration ____% Stable <input type="checkbox"/> Détérioration ____%			
Autres données			
5 0 5 4 (2021-03)			

## Rapport d'ergothérapie

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																																	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																																
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)																																																																																																																
5 Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute. Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																																	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																	
Participation du travailleur au cours de l'évaluation (collaboration, intérêt, effort, assiduité). Précisez :																																																																																																																	
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des <b>obstacles</b> au retour au travail, s'il y a lieu.																																																																																																																	

5 0 5 4 (2021-03)

## Rapport d'ergothérapie

Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute (suite)									
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des leviers pour le retour au travail, s'il y a lieu.									
Opinion de l'ergothérapeute sur le retour au travail et sur la réalisation des activités quotidiennes. Précisez :									
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?									
7 Plan de traitement									
Modalités actives :									
Modalités passives :									
8 État du travailleur									
Amélioration _____ %   Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %									
Recommandez-vous la fin des traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si <b>oui</b> , quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
Quelles sont les difficultés résiduelles? <input type="checkbox"/> S. O.									
Si <b>non</b> , combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous? Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine   Autre : _____ Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?									
Commentaires / Recommandations									
Signature du membre de l'OEQ qui a rempli le rapport									
Date <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		

5 0 5 4 (2021-03)

# ANNEXE IV

## Codes de présence

Code	Description des codes de présence
U	Évaluation initiale sans traitement
I	Évaluation initiale et traitement
3	Évaluation initiale sans traitement à domicile en physiothérapie
H	Évaluation initiale et traitement à domicile en physiothérapie
V	Traitement à domicile en physiothérapie par un physiothérapeute
P	Présence à un traitement en clinique donné par un physiothérapeute ou un ergothérapeute
A	Absence du travailleur
X	Annulation d'un jour de soins
2	Premier traitement donné par un technologue en physiothérapie dont l'évaluation initiale a déjà été effectuée par le professionnel de la santé traitant
4	Premier traitement donné par un physiothérapeute ou un ergothérapeute à la suite d'un changement du numéro du fournisseur (changement de nom, vente ou fusion d'une clinique)
5	Premier traitement donné par un physiothérapeute ou un ergothérapeute à la suite d'une nouvelle prescription permettant plus de trois traitements par semaine
6	Présence à un traitement en clinique donné par un technologue en physiothérapie
7	Traitement à domicile par un technologue en physiothérapie
8	Premier traitement donné par un technologue en physiothérapie à la suite d'un changement du numéro du fournisseur (changement de nom, vente ou fusion d'une clinique)
9	Premier traitement donné par un technologue en physiothérapie à la suite d'une nouvelle prescription permettant plus de trois traitements par semaine

# ANNEXE V

## Définitions

### **Clinique :**

Clinique privée qui offre des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie.

### **Jour :**

Désigne toujours un jour civil (« jour calendrier »), et comprend le samedi et le dimanche.

### **Professionnel de la santé qui a charge :**

Professionnel de la santé choisi par le travailleur pour lui donner ou lui prescrire les soins que requiert son état et qui est responsable de poser un diagnostic quant à la lésion, de statuer sur la date ou la période prévisible de consolidation, ainsi que sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles.

### **Région frontalière :**

Partie du territoire du Québec incluse dans un rayon de moins de 80 kilomètres d'un point de contact avec l'Ontario, le Nouveau-Brunswick ou Terre-Neuve.

### **Traitement de physiothérapie à domicile :**

Traitement spécifiquement prescrit par le professionnel de la santé qui a charge lorsque le travailleur est dans l'impossibilité de se déplacer en raison de sa lésion professionnelle.

---

Ce document est réalisé par la Direction générale de l'indemnisation et de la réadaptation, en collaboration avec la Direction générale des communications.

Cette publication n'a aucune valeur juridique et ne saurait donc remplacer les textes de lois et de règlements.

L'impression ou la présentation à l'écran de ce document sont autorisées pour un usage personnel ou un usage non commercial dans un contexte de formation ou d'information. Il est interdit de le modifier ou d'en extraire les photographies, les illustrations ou le logo de la CNESST. Pour toute autre situation, veuillez nous écrire à [droitdauteur@cnesst.gouv.qc.ca](mailto:droitdauteur@cnesst.gouv.qc.ca).

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2023

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2023

ISBN 978-2-550-95878-9 (PDF)



**Pour nous joindre**  
**[cnesst.gouv.qc.ca](https://cnesst.gouv.qc.ca)**  
**1 844 838-0808**