



**GUIDE ADMINISTRATIF**

# **Application du Règlement sur l'assistance médicale**

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

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

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

---

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-79275-8 (PDF)

Mai 2018

Pour obtenir l'information la plus à jour,  
consultez notre site Web à **[cnesst.gouv.qc.ca](http://cnesst.gouv.qc.ca)**.

# 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.

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 Règlement sur l'assistance médicale.

Le Règlement sur l'assistance médicale 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 Règlement sur l'assistance médicale 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.

Les modifications apportées au guide portent essentiellement sur les dispositions particulières à chaque type de traitement (physiothérapie et ergothérapie) et sur certaines particularités liées à la période de transition des nouvelles dispositions.

---

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 thérapeute en réadaptation physique.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1. Responsabilités de la clinique</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Responsabilités à l'égard du travailleur</b>	<b>6</b>
1.1.1 Avant le début des traitements	6
1.1.2. Pendant la période de traitements	6
<b>1.2 Responsabilités à l'égard de la CNESST</b>	<b>7</b>
1.2.1. Avant d'entreprendre les traitements	7
1.2.2 Tenue d'un registre de présences	7
1.2.3 Signalement des absences	7
1.2.4 Transmission des rapports et facturation	8
1.2.5 Transmission de la prescription	8
<b>1.3 Responsabilités à l'égard du médecin qui a charge</b>	<b>9</b>
<b>2. Déroulement de l'intervention</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Réception de la prescription</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Évaluation initiale, plan de traitement et début des traitements</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Prise en charge en ergothérapie</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Production de rapports</b>	<b>13</b>
<b>2.5 Fin de l'intervention</b>	<b>13</b>
<b>3. Rapports et formulaires</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Relevé de présences</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Cliniques utilisant les formulaires disponibles sur le site Web</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Cliniques utilisant un logiciel certifié de transmission de fichiers</b>	<b>15</b>
<b>4. Services en ligne</b>	<b>16</b>
<b>5. Tarifs et facturation</b>	<b>17</b>
<b>5.1 Tarifs applicables</b>	<b>17</b>
<b>5.2 Paiement</b>	<b>17</b>
<b>5.3 Retard dans la transmission du rapport</b>	<b>18</b>
<b>5.4 Attribution d'un numéro de fournisseur par la CNESST</b>	<b>18</b>
<b>5.5 Modalités particulières</b>	<b>19</b>
<b>6. Vers les nouvelles mesures du Règlement sur l'assistance médicale</b>	<b>19</b>
<b>Annexe I</b> Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie	20
<b>Annexe II</b> Rapport de physiothérapie	21
<b>Annexe III</b> Rapport d'ergothérapie	24
<b>Annexe IV</b> Codes de présence	27
<b>Annexe V</b> Définitions	28

# 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 médecin 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 thérapeutes en réadaptation physique (TRP)** doivent prodiguer des traitements visant le retour au travail prompt et durable. Détenteurs d'informations importantes à partager avec le médecin 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 médecin 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 Règlement sur l'assistance médicale 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 visent bien 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 médecin qui a charge.

# 1. RESPONSABILITÉS DE LA CLINIQUE

## 1.1 Responsabilités à l'égard du travailleur

### 1.1.1 Avant le début des traitements

Sur réception d'une prescription signée par le médecin qui a charge, la clinique vérifie auprès du travailleur s'il a déjà rempli et transmis à la CNESST le formulaire *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 TRP.**

### 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 traitements, 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 TRP juge que le travailleur a atteint un plateau de récupération fonctionnelle, il doit mettre fin aux traitements et rediriger le travailleur vers son médecin.

## 1.2 Responsabilités à l'égard de la CNESST

### 1.2.1. 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.

### 1.2.2 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 TRP 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.

### 1.2.3 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.

### 1.2.4 Transmission des rapports et facturation

La clinique transmet à la CNESST ainsi qu'au médecin qui a charge tout rapport de physiothérapie et rapport d'ergothérapie demandé par la CNESST selon les conditions prévues au règlement et présentées dans ce guide.

Pour facturer à la CNESST les traitements donnés, la clinique se sert du formulaire *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie*, qui fait état des dates des traitements fournis au travailleur ainsi que des absences du travailleur pour des traitements prévus.

Pour les cliniques qui utilisent les services en ligne de la CNESST (Mon espace), la facturation continue de se faire en utilisant le *Relevé des présences*, accessible à l'aide de l'application autonome ou d'un logiciel certifié.

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

### 1.2.5 Transmission de la prescription

Lorsque la CNESST en fait la demande, la clinique doit expédier une copie de la prescription médicale à la CNESST, en ayant soin de bien indiquer le numéro de dossier. 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 obligatoirement être transmise à la CNESST lorsque le médecin qui a charge du travailleur y indique une information relative à :

- une fréquence de traitement hebdomadaire supérieure à trois ;
- une prise en charge en ergothérapie 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 de copie de la prescription dans les cas stipulés précédemment ou lorsqu'elle en a fait la demande, elle **peut interrompre les paiements, le cas échéant.**

### 1.3 Responsabilités à l'égard du médecin qui a charge

La clinique doit fournir au médecin qui a charge tous les rapports de physiothérapie et d'ergothérapie, remplis à la demande de la CNESST. En effet, le médecin 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 médecin qui a charge peut différer le retour au travail.

**Une prescription contenant des indications du médecin 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 4 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 médecin qui a charge prescrit des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. La prescription doit être datée et signée, et doit porter en clair le nom du travailleur.

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

Le physiothérapeute ou l'ergothérapeute 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 ou l'ergothérapeute indique sur le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* la date de fin des traitements.

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 fréquence hebdomadaire maximale est introduite au règlement. Une limite de trois traitements par semaine par type de traitement peuvent être donnés au travailleur.**

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

**Malgré l'indication du médecin, 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 médecin 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 médecin 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aucune indication</b> du médecin 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 Règlement sur l'assistance médicale.</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 médecin qui a charge

Jour 1	Jour 3	
Date de l'événement	Réception de la prescription <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indication</b> du médecin 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 Règlement sur l'assistance médicale.</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 règlement, par exemple, une lésion au poignet

Jour 1	Jour 3	
Date de l'événement	Réception de la prescription <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic dont le siège ou le type de lésion <b>est prévu</b> au Règlement sur l'assistance médicale.</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 de 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; et
- 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 formulaires *Rapport de physiothérapie* et *Rapport d'ergothérapie* disponibles sur le site Web de la CNESST doivent obligatoirement être utilisés pour que les frais soient remboursés.

Une demande de rapport sera transmise à l'établissement par le biais d'une lettre ou par l'avis de paiement. Le délai de 15 jours débute à compter de la date de la demande. Le rapport fait office de facture.

## 2.5 Fin de l'intervention

Lorsque le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le TRP 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 médecin qui a charge, lequel indique la conduite à tenir.

Advenant que la CNESST ait fait une demande de rapport, il indique la date de fin des traitements ainsi que les difficultés fonctionnelles résiduelles.

Le médecin qui a charge peut aussi mettre fin aux traitements au moyen d'un rapport médical.

# 3. RAPPORTS ET FORMULAIRES

Un formulaire est utilisé pour facturer la CNESST :

- Un 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 :

- Un Rapport de physiothérapie (Annexe II);
- Un 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.

La demande de rapport à la clinique par la CNESST est effectuée par lettre ou par message sur l'avis de paiement.

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

- **Le rapport a été demandé par la CNESST;**
- **Le rapport est complété sur le formulaire obligatoire disponible sur le site Web de la CNESST;**
- **Tous les champs du rapport sont complétés (exceptés « 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 médecin qui a charge. Ils doivent être datés et signés par le membre de l'ordre professionnel qui a rempli le rapport.

Une copie des rapports doit être expédiée simultanément au médecin 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 amène 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 TRP 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 Règlement sur l'assistance médicale.

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

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

### **3.2 Relevé de présences**

Le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le TRP administre les traitements et enregistre les présences et les absences sur le formulaire *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.

### **3.3 Cliniques utilisant les formulaires disponibles sur le site Web**

Les cliniques qui n'utilisent pas les services en ligne de la CNESST doivent inscrire sur le *Compte de soins et traitements de physiothérapie et d'ergothérapie* les codes de présence présentés à l'Annexe IV de ce document.

Les formulaires ne sont désormais disponibles qu'en format électronique, via le site Web de la CNESST. Ils peuvent être complétés à l'écran, mais doivent être imprimés puis transmis à la CNESST et au médecin qui a charge.

Les cliniques souhaitant remplir et transmettre le Rapport de physiothérapie et le Rapport d'ergothérapie électroniquement peuvent le faire en s'inscrivant à Mon espace.

### **3.4 Cliniques utilisant un logiciel certifié de transmission de fichiers**

Les cliniques qui utilisent un lien électronique pour le transfert de fichiers (rapports et présences) doivent continuer à inscrire dans leurs logiciels les codes de présence présentés à l'Annexe V de ce document. L'utilisation de ces codes de présence et leur justification sont nécessaires au paiement.

## 4. SERVICES EN LIGNE

Les renseignements qui suivent concernent les cliniques privées qui communiquent avec la CNESST en utilisant un lien électronique pour le transfert de fichiers (rapports et présences).

Le rapport initial dans les logiciels sert à l'ouverture d'une période de traitement. Les champs descriptifs du rapport initial (sections « Problèmes identifiés », « Buts » et « Plan de traitement ») et de fin d'intervention (section « État du travailleur à son départ ») doivent minimalement être complétés pour assurer le fonctionnement des services en ligne (par exemple, en inscrivant « S.O. »). Tous les autres champs sont obligatoires. Prendre note que ces rapports ne sont pas payables.

De plus, le rapport final doit être minimalement rempli pour signifier une fin de traitement par le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le TRP ou le médecin qui a charge.

La clinique continue de nous transmettre les fichiers des présences. Ces derniers remplacent le formulaire *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie*.

Même s'ils sont identifiés dans le calendrier des présences des logiciels, il ne faut plus transmettre de rapport d'étape après la date d'entrée en vigueur du règlement. Par contre, tous les rapports d'étape dus avant la date d'entrée en vigueur du règlement doivent être transmis dans les 30 jours qui suivent l'entrée en vigueur. Ces rapports ne sont pas payables.

Les cliniques en lien électronique peuvent remplir les rapports qui seront demandés par la CNESST directement dans Mon espace. Ces rapports sont transmis directement à la CNESST et font office de facture.

Le code de présence V ne peut être saisi par la clinique. Il faut donc, pour ce seul cas, faire parvenir à la CNESST le formulaire *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie*.

Le paiement s'effectue une fois par semaine, selon la fréquence de saisie des codes de présence. Cependant, le paiement à la clinique est retardé lorsqu'un rapport est reçu plus de 15 jours après la demande de rapport.

# 5. TARIFS ET FACTURATION

## 5.1 Tarifs applicables

En vertu du Règlement sur l'assistance médicale, les tarifs sont les suivants :

Physiothérapie		Ergothérapie		Rapports
Évaluation initiale et traitement	42,00 \$	Évaluation initiale	85,00 \$	25,00 \$
Traitement à domicile	50,00 \$	Traitement	46,00 \$	

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

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 Règlement demeure le même, quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée.

Lors de la facturation de l'évaluation initiale, la CNESST rembourse une somme équivalente au tarif de l'évaluation initiale combiné au tarif d'un traitement. Si le premier traitement n'est pas donné le jour de l'évaluation initiale, il ne doit pas être inscrit dans le calendrier des présences lorsque celui-ci sera donné.

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.

## 5.2 Paiement

Pour que la CNESST procède au paiement, la clinique doit respecter les règles générales du Règlement sur l'assistance médicale. Elle doit, entre autres, produire les pièces suivantes :

- Le *Compte de soins et traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie* ;
- La copie de la prescription du médecin qui a charge dans les cas où la mention d'une fréquence hebdomadaire de traitement supérieure à trois ou d'une prise en charge en ergothérapie avant la sixième semaine est indiquée ; et
- Le *Rapport de physiothérapie* ou le *Rapport d'ergothérapie* lorsque la CNESST en fait la demande.

**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 médecin qui a charge ne contient pas d'indications à cet effet.**

### 5.3 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.

### 5.4 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 ont besoin d'un numéro de fournisseur et doivent inscrire ce numéro sur leur compte.

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

Ce numéro permet :

- d'être inscrit comme fournisseur de biens et services destinés aux travailleurs ayant subi une lésion professionnelle ;
- 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 [Numéro de fournisseur](#) 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  
Centre de qualification des fournisseurs**

9, rue Nicholson

Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 4M4

Numéro de téléphone : 1 844 838-0808

Numéro de télécopieur : 450 377-6090

## 5.5 Modalités particulières

Des dispositions particulières sont prévues au Règlement sur l'assistance médicale en ce qui concerne les traitements donnés hors Québec pour une lésion survenue dans une région frontalière ou hors Québec.

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


# 6. VERS LES NOUVELLES MESURES DU RÈGLEMENT SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE

À compter de la date de l'entrée en vigueur du Règlement sur l'assistance médicale, les cliniques ont 30 jours pour transmettre tout *Rapport initial et de fin d'intervention*, *Rapport d'étape* et *Avis motivé du médecin qui a charge* exigible avant cette date.

Les travailleurs recevant déjà plus de trois traitements par semaine au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles modalités réglementaires n'ont pas besoin de se procurer auprès de leur médecin qui a charge une nouvelle prescription autorisant une fréquence supérieure à trois traitements par semaine. Il en est de même pour ceux qui reçoivent déjà des traitements d'ergothérapie avant la sixième semaine de la date de l'événement.

# 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 <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal	Date de l'événement d'origine <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de récurrence, rechute ou aggravation <input style="width: 100%;" type="text"/>

**Médecin**

Médecin qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription <input style="width: 100%;" type="text"/>

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 médecin qui a charge?  
 Oui  Non

4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le médecin 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 <input style="width: 100%;" type="text"/>
Télécopieur <input style="width: 100%;" type="text"/>	

**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 <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date <input style="width: 100%;" type="text"/>



5 0 5 5 (2018-05)



## Rapport de physiothérapie

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="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <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="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <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 du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. 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="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <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="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <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</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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>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</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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 <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <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.)																																																																																																																	
<p>Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez. Si non, pourquoi?</p>																																																																																																																	

5 0 5 3 (2017-08)

## 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 (2017-08)

# ANNEXE III

## Rapport d'ergothérapie



### RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande  
du rapport

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

N° de dossier  
du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom		Date de l'événement d'origine		
				A A A A M M J J		
Profession ou métier exercé au moment de l'événement			Code postal		Date de récédive, rechute ou aggravation	
					A A A A M M J J	
2 Diagnostic			Gaucher <input type="checkbox"/>		Sexe	
			Droitier <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
			N° d'assurance maladie			

#### Médecin

Médecin qui a charge du travailleur		N° de permis		Date de la prescription	
				A A A A M M J J	
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)				Téléphone	

#### Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur		
Date de l'évaluation initiale		Nombre de traitements fournis à ce jour :		Téléphone	
A A A A M M J J					
Nom du membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec qui a rempli le rapport				N° de membre	

#### 3 Données subjectives (perceptions du travailleur)

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?  Oui  Non  S/O  
Si oui, décrire.

Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle?  Oui  Non  S/O  
Si oui, décrire.

Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :

Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration \_\_\_\_% Stable  Détérioration \_\_\_\_%

Autres données

5 0 5 4 (2017-04)

## Rapport d'ergothérapie

<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 de l'ergothérapeute.</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>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</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>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</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.)																																																																																																																																	
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 (2017-04)																																																																																																																																	

## 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 <b>leviers</b> 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 (2017-04)

# ANNEXE IV

## Codes de présence

### Codes correspondant à un paiement

- I** Évaluation initiale. Ce code est le premier à inscrire au début d'une période. Il correspond à la première intervention professionnelle du physiothérapeute ou de l'ergothérapeute et coïncide avec la date de prise en charge. Ce code inclut également le tarif d'une première présence à un traitement.
- P** Présence à un traitement individuel. Si le premier traitement n'est pas donné le jour de l'évaluation initiale, vous ne devez pas l'inscrire dans le calendrier des présences.
- V** Traitement à domicile (physiothérapie seulement)

### Code ne correspondant à aucun paiement

- A** Absence du travailleur

# 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.

### **Médecin qui a charge :**

Médecin 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 médecin qui a charge lorsque le travailleur est dans l'impossibilité de se déplacer en raison de sa lésion professionnelle.

**POUR NOUS JOINDRE**

 **1 844 838-0808**

 **[cnesst.gouv.qc.ca](http://cnesst.gouv.qc.ca)**