

Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

► Ce document est rempli à la demande de la Société de l'assurance automobile du Québec. Les informations qui y apparaissent constituent l'opinion professionnelle du ou de la signataire. Cette opinion est basée sur les renseignements cliniques jugés pertinents et fournis dans le cadre de la demande d'indemnisation de la personne accidentée identifiée ci-dessous.

## Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom et prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour
Motif de la consultation	Date de l'accident	Année	Mois	Jour
Recommandée par (nom et prénom)	Date de la recommandation	Année	Mois	Jour

## Section 2 – Renseignements sur le ou la psychologue ou le ou la psychothérapeute

Nom et prénom		Numéro de permis de l'Ordre des psychologues du Québec		
Adresse	Numéro	Rue		
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal	Téléphone	Poste
Titre professionnel <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychothérapeute ► Titre professionnel principal : _____				

## Section 3 – Évolution

### 3.1 Période couverte par ce compte rendu

Du (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_ au (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_ Nombre de rencontres : \_\_\_\_\_  
 Fréquence : \_\_\_\_\_

### 3.2 Problématiques psychologiques travaillées pendant cette période en lien probable avec l'accident

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.3 Suivi des évaluations psychométriques, s'il y a lieu

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.4 Évolution d'ensemble

Amélioration significative des symptômes     Détérioration     Pas de changement notable

### 3.5 Résumé de l'évolution des symptômes et de la condition psychologique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Section 3 – Évolution (suite)****3.6 Évolution des répercussions des symptômes psychologiques sur le fonctionnement de la personne****a) Répercussions sur le fonctionnement dans les activités courantes** (vie quotidienne, familiale, sociale) **en date de ce résumé d'évolution**

Absence de répercussions en date de ce résumé d'évolution

Activités courantes	Répercussions actuelles*	Précisez (au besoin)

\* Utilisez l'échelle d'évaluation au verso pour objectiver les répercussions.

**b) Répercussions sur le fonctionnement professionnel** (travail/études) – **Limitations ou restrictions fonctionnelles psychologiques**

Absence de limitations ou de restrictions fonctionnelles en date de ce résumé d'évolution

**3.7 S'il y a lieu, décrivez les facteurs autres que l'accident qui contribuent à la condition psychologique actuelle de la personne et l'évolution des répercussions de ces facteurs.**

**Section 4 – Résultats****4.1 Suivi du plan d'intervention et des principaux objectifs thérapeutiques****Objectif thérapeutique :**

---

---

**Interventions ou stratégies utilisées :**

---

---

**Atteinte de l'objectif :**  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

---

---

---

**Objectif thérapeutique :**

---

---

**Interventions ou stratégies utilisées :**

---

---

**Atteinte de l'objectif :**  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

---

---

---

**Objectif thérapeutique :**

---

---

**Interventions ou stratégies utilisées :**

---

---

**Atteinte de l'objectif :**  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

---

---

---

**Section 4 – Résultats (suite)****4.2 Perception de la personne accidentée quant à son progrès en fonction des objectifs visés****4.3 Implication de la personne accidentée dans le processus thérapeutique****4.4 Recommandations pour la suite de l'intervention psychologique****4.5 Nombre de rencontres prévu :****Fréquence :****4.6 Pronostic d'atteinte des objectifs en date de ce résumé d'évolution**  Favorable  Stable  Défavorable

Précisez (au besoin). Si l'état est stable, indiquez depuis quand.

**4.7 Ce résumé d'évolution a fait l'objet d'une discussion avec la personne accidentée.**  Oui  Non

Signature du ou de la psychologue ou du ou de la psychothérapeute

Date (Année-Mois-Jour)

**Renseignements personnels**

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

## Reçu ou facture

## Formulaire d'évaluation ou de suivi – Traitement de psychologie

Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

### Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom et prénom	Numéro de réclamation
---------------	-----------------------

### Section 2 – Renseignements sur le formulaire

Type de formulaire

Résumé d'évaluation initiale  Suivi et résumé d'évolution  Résumé d'évaluation finale

#### Au psychologue ou au psychothérapeute

Veuillez remplir la section appropriée selon l'option choisie :

- Si vous avez reçu le paiement de la personne accidentée, remplissez la section 3 et remettez-lui le présent formulaire.
- Si vous désirez recevoir le paiement de la Société, remplissez la section 4 et retournez-nous le présent formulaire par télécopieur ou par la poste.

### Reçu

### Section 3 – Reçu pour la personne accidentée ou son représentant ou sa représentante

Montant reçu	Signature du ou de la psychologue ou du ou de la psychothérapeute	Date	Année	Mois	Jour
--------------	---	------	-------	------	------

### Facture

### Section 4 – Facture du ou de la psychologue ou du ou de la psychothérapeute

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie)			Numéro de permis d'exercice		
Adresse	Numéro	Rue			
Ville, village ou municipalité			Province	Code postal	
Téléphone	Poste	Date	Année	Mois	Jour

Montant réclamé\* :

\* Le montant réclamé doit équivaloir au maximum à deux heures de travail pour le formulaire *Résumé d'évaluation initiale* ou à une heure de travail pour le formulaire *Suivi et résumé d'évolution* ou *Résumé d'évaluation finale*.

### Acheminez-nous ce formulaire :

Par télécopieur : 1 866 289-7952 (original non requis)

Par la poste : Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 8A2

### Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

► Le remboursement de tout traitement de psychologie doit préalablement être autorisé par la Société.

► Des balises encadrent l'autorisation des remboursements :

### Évaluation initiale

L'évaluation initiale est exigée au commencement pour l'autorisation du remboursement des heures de traitement correspondant à la balise 1.

Le remboursement maximal équivaut à :

- trois heures pour réaliser l'évaluation;
- deux heures pour remplir le formulaire approprié.

<b>Balise 1</b> Couverture de base	Jusqu'à 15 heures de traitement	Un remboursement d'un maximum de 15 heures de traitement est autorisé pour tous les troubles psychologiques acceptés comme étant en lien avec l'accident.
<b>Balise 2</b> Couverture additionnelle	De 16 à 30 heures de traitement	Un remboursement d'un maximum de 15 heures de traitement additionnelles pourra être autorisé en fonction de la gravité et de l'évolution du trouble psychologique.
<b>Balise 3</b> Mesure d'exception	Plus de 30 heures de traitement	Pour les troubles sévères et complexes, le remboursement d'heures de traitement additionnelles pourra être autorisé en fonction de la situation et des objectifs atteignables.

► Les formulaires suivants doivent être remplis et transmis à la Société au moment opportun :

- *Résumé d'évaluation initiale*, pour l'autorisation du remboursement des heures de traitement correspondant à la balise 1;
- *Suivi et résumé d'évolution*, s'il est prévu que le nombre maximal d'heures de traitement dont le remboursement a été autorisé sera dépassé;
- *Résumé d'évaluation finale*, à la demande de la Société, à la fin des traitements s'il y a lieu (pour certains dossiers seulement).

► Pour que la Société puisse s'assurer à la fois de la pertinence de la continuation des traitements et de celle des informations présentes dans le dossier de la personne accidentée, le formulaire Suivi et résumé d'évolution doit être rempli et transmis à la Société au moment opportun, soit :

- à la 12<sup>e</sup> heure de traitement, pour une demande de remboursement des heures de traitement correspondant à la **balise 2**;
- à la 27<sup>e</sup> heure de traitement, pour une demande de remboursement des heures de traitement correspondant à la **balise 3**.

► Pour que la Société puisse se prononcer sur la poursuite des remboursements, vous devez obligatoirement remplir toutes les cases du formulaire.

Pour déterminer si des heures de traitement additionnelles peuvent être couvertes et remboursées, la Société se base sur :

- la démonstration effectuée dans la demande de poursuite des traitements que des progrès significatifs ont été obtenus ou sont attendus;
- la présence de facteurs de comorbidité ou de facteurs psychosociaux reconnus qui contribuent à l'incapacité psychique et la prolongent;
- les objectifs jugés atteignables dans un délai raisonnable.

► Si l'information est imprécise ou incomplète, la décision de la Société sera retardée. Dans ce cas, la Société communiquera si nécessaire par téléphone avec le ou la psychologue ou le ou la psychothérapeute pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires.

► **La Société se réserve le droit de ne pas payer si un rapport est imprécis, incomplet ou non requis.**

**Transmettez-nous ce formulaire par télécopieur au 1 866 289-7952 (original non requis).**

**Adresse pour la correspondance :**

Société de l'assurance automobile du Québec, case postale 2500  
Succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 8A2

# Aide-mémoire de la page 1

## Section 3 – Évolution

### 3.1 Période couverte par ce compte rendu

Du (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_ au (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_ Nombre de rencontres : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

### 3.2 Problématiques psychologiques travaillées pendant cette période en lien probable avec l'accident

- Rappel des diagnostics, de la ou des problématiques psychologiques travaillées en lien probable avec l'accident

### 3.3 Suivi des évaluations psychométriques, s'il y a lieu

- Indiquez les questionnaires ou tests utilisés.
- S'il y a lieu, faites référence aux normes utilisées si elles n'ont pas été précisées dans l'évaluation initiale.
- Rapportez votre interprétation des résultats de ces tests.
- Précisez l'évolution si les mêmes questionnaires ont déjà été utilisés lors de l'évaluation ou du suivi de la condition de la personne.
- N'inscrivez pas de données brutes, mais une opinion professionnelle quant à l'interprétation des résultats.

### 3.4 Évolution d'ensemble

Amélioration significative des symptômes     Détérioration     Pas de changement notable

### 3.5 Résumé de l'évolution des symptômes et de la condition psychologique

- Décrivez l'évolution des symptômes découlant de la blessure psychique en lien probable avec l'accident pour la période visée par ce résumé d'évolution.
- Précisez l'évolution de la sévérité des symptômes ou des diagnostics en comparaison avec le dernier rapport produit (ex. : diminution, stable, aggravation).

## Aide-mémoire de la page 2

### Section 3 – Évolution (suite)

#### 3.6 Évolution des répercussions des symptômes psychologiques sur le fonctionnement de la personne

##### a) Répercussions sur le fonctionnement dans les activités courantes (vie quotidienne, familiale, sociale) en date de ce résumé d'évolution

Absence de répercussions en date de ce résumé d'évolution

Activités courantes	Répercussions actuelles*	Précisez (au besoin)
<ul style="list-style-type: none"><li>Indiquez précisément les activités dans lesquelles le fonctionnement de la personne accidentée est atteint en raison des symptômes psychologiques, par exemple le sommeil, les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, les interactions sociales ou familiales et les comportements qui y sont associés.</li></ul>	<p>Évaluez les répercussions selon l'échelle suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Mineures</b> = Incapacité occasionnelle (<math>\leq 25\%</math> des activités ou du temps)</li><li><b>Modérées</b> = Incapacité fréquente (<math>25\% à 50\%</math> des activités ou du temps)</li><li><b>Sévères</b> = Incapacité la plupart du temps (<math>&gt; 50\%</math> des activités ou du temps)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Objectiver le plus possible les répercussions des symptômes psychologiques sur le fonctionnement réel de la personne en distinguant clairement ce que rapporte la personne accidentée des observations cliniques.</li></ul>

\* Utilisez l'échelle d'évaluation au verso pour objectiver les répercussions.

##### b) Répercussions sur le fonctionnement professionnel (travail/études) – Limitations ou restrictions fonctionnelles psychologiques

Absence de limitations ou de restrictions fonctionnelles en date de ce résumé d'évolution

- Décrivez les limitations et les restrictions fonctionnelles actuelles sur le plan psychologique.
- La description doit être basée sur les informations disponibles, les observations et les données cliniques, et non seulement sur ce que rapporte la personne.
- Les conditions autres que psychologiques, par exemple les limitations physiques, ne doivent pas être incluses.
- Précisez si les limitations ou restrictions mentionnées sont en lien avec d'autres facteurs que l'accident.
- La description doit être factuelle, précise et facile à comprendre pour le lecteur.

**Limitation fonctionnelle psychologique** : Diminution de la capacité à exercer ses tâches en lien avec le travail ou les études, en raison de la condition psychique. La personne conserve la capacité psychologique de faire son travail ou ses études, mais cette capacité est réduite (par exemple : la personne est plus lente, moins productive, moins efficace, elle exerce la tâche moins longtemps).

**Restriction fonctionnelle psychologique** : Condition psychologique nécessitant d'éviter des activités liées au travail ou aux études en raison du danger que celle-ci représente pour la personne elle-même ou pour les autres (par exemple : difficultés cognitives objectivées empêchant la prise de décision ou l'utilisation d'une machinerie, difficultés anxiuses objectivées empêchant la personne de conduire un véhicule dans le cadre de ses fonctions).

#### 3.7 S'il y a lieu, décrivez les facteurs autres que l'accident qui contribuent à la condition psychologique actuelle de la personne et l'évolution des répercussions de ces facteurs.

- Si un nouvel événement sans lien avec l'accident, survenu depuis votre évaluation, a contribué à un changement de la condition psychologique :
  - le décrire;
  - en indiquer la date;
  - préciser ses répercussions.

**Nouvel événement** : Tout facteur de stress ayant été vécu depuis l'évaluation initiale et ayant contribué à un changement de la condition psychique de la personne, par exemple les facteurs psychosociaux ou autres stresseurs ajoutés comme les conflits dans le couple, une séparation, un décès, la perte d'un emploi, des difficultés relationnelles.

## Aide-mémoire de la page 3

### Section 4 – Résultats

#### 4.1 Suivi du plan d'intervention et des principaux objectifs thérapeutiques

Objectif thérapeutique :

- Nommez les techniques thérapeutiques et les stratégies utilisées lors des séances (ex. : exercices d'exposition in vivo à la conduite automobile, exercices de restructuration cognitive des pensées catastrophiques).

Interventions ou stratégies utilisées :

- S'il y a lieu, indiquez les facteurs qui contribuent au maintien de la condition psychologique ou de l'incapacité de la personne.

Atteinte de l'objectif :  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

Objectif thérapeutique :

Interventions ou stratégies utilisées :

Atteinte de l'objectif :  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

Objectif thérapeutique :

Interventions ou stratégies utilisées :

Atteinte de l'objectif :  Oui  Non  Partiellement

Précisez (au besoin) :

Aide-mémoire de la page 4

## Section 4 – Résultats (suite)

#### 4.2 Perception de la personne accidentée quant à son progrès en fonction des objectifs visés

#### 4.3 Implication de la personne accidentée dans le processus thérapeutique

#### 4.4 Recommandations pour la suite de l'intervention psychologique

- Indiquez, s'il y a lieu, les modifications apportées au plan d'intervention et précisez-en les raisons.
  - Précisez, pour chaque objectif partiellement ou non atteint, les résultats qui sont visés, les interventions ou les moyens ainsi que l'échéance prévus.
  - Précisez, s'il y a lieu, les nouveaux objectifs thérapeutiques visés.
  - Les objectifs doivent être formulés en termes précis.

#### 4.5 Nombre de rencontres prévu :

Fréquence :

#### **4.6 Pronostic d'atteinte des objectifs en date de ce résumé d'évolution**

Favorable     Stable     Défavorable

Précisez (au besoin). Si l'état est stable, indiquez depuis quand.

**4.7 Ce résumé d'évolution a fait l'objet d'une discussion avec la personne accidentée.**  Oui  Non

Oui

Non

Signature du ou de la psychologue ou du ou de la psychothérapeute

---

Date (Année-Mois-Jour)

## Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à [saaq.gouv.qc.ca/confidentialite](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.