

Ce document est complété à la demande de la Société de l'assurance automobile du Québec. Les informations qui y apparaissent constituent l'opinion professionnelle du signataire, basée sur les renseignements cliniques jugés pertinents, et fournit dans le cadre de la demande d'indemnisation de la personne accidentée identifiée.

### Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom	Prénom	Date de naissance (A-M-J)
Motif de la référence		Date de l'accident (A-M-J)
Référente par		Date de la référence (A-M-J)

### Section 2 – Renseignements sur le psychologue ou le psychothérapeute non-psychologue

Nom	Prénom	N° de permis de l'Ordre des psychologues du Québec
Adresse		Code postal      Téléphone
Titre professionnel <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychothérapeute non-psychologue ► titre professionnel principal :	_____	

### Section 3 – Évolution

#### 3.1 Période couverte par ce compte rendu

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 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 impacts des symptômes psychologiques sur le niveau fonctionnel de la personne

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

Absence d'impacts en date de ce résumé d'évolution

Activités courantes	Impacts actuels*	Précisez (au besoin)

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

##### b) Impacts 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 de l'impact 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) :

BO

**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 été discuté avec la personne accidentée.**     Oui     Non

Signature du psychologue ou du psychothérapeute non-psychologue

Date

**BO**

**Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée**

Nom	Prénom	Numéro de réclamation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Section 2 – Renseignements sur le formulaire**

Type de formulaire :  Résumé/Évaluation initiale  Suivi/Résumé de l'évolution  Résumé/Évaluation finale

**AU PSYCHOLOGUE  
OU AU  
PSYCHOTHÉRAPEUTE**

Veuillez remplir les sections appropriées selon l'option choisie :

- Si vous avez reçu le montant de la personne accidentée, remplissez la section 3 et remettez-lui ce reçu.
- Si vous désirez être payé directement par la Société, remplissez la section 4 et retournez-nous cette facture par télécopieur ou par la poste.

**Reçu**

**Section 3 – Reçu pour la personne accidentée ou son représentant**

Montant reçu	Signature du psychologue ou du psychothérapeute	Date
\$ <input type="text"/>		Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>

**Facture**

**Section 4 – Facture du psychologue ou du psychothérapeute**

Nom et prénom	Numéro de permis d'exercice		
Adresse (numéro, rue, appartement)	Municipalité	Code postal	
Téléphone Ind. rég.	Poste	Date Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>	Montant réclamé* : <input type="text"/> \$

\* Maximum de 2 heures pour le formulaire **Résumé/Évaluation initiale** ou de 1 heure pour les formulaires **Suivi/Résumé de l'évolution** et **Résumé/Évaluation finale**.

**Acheminer par télécopieur au : 1 866 289-7952 (original non requis)**

**Adresse de correspondance**

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

- ▶ Le remboursement de tout traitement de psychologie doit préalablement être autorisé par la Société.
- ▶ Des balises encadrent l'autorisation des remboursements :

### Évaluation initiale

Exigée au départ pour autoriser le remboursement des heures de traitement en balise 1.

Remboursement d'un maximum de :

- 3 heures pour réaliser l'évaluation;
- 2 heures pour remplir le formulaire approprié.

#### Balise 1

Couverture de base

1 à 15 heures de traitement

Au départ un remboursement d'un maximum de 15 heures de traitement est autorisé pour toutes les conditions psychologiques acceptées en lien avec l'accident.

#### Balise 2

Couverture additionnelle

16 à 30 heures de traitement

Un remboursement d'un maximum de 15 heures de traitement additionnels pourra être autorisé en fonction de la gravité et de l'évolution de la condition psychologique.

#### Balise 3

Mesure d'exception

+ de 30 heures de traitement

Pour les conditions sévères et complexes, un remboursement de traitements additionnels 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, soit :
  - *Résumé/Évaluation initiale* pour autoriser le remboursement des heures de traitement en balise 1;
  - *Suivi/Résumé d'évolution* s'il est prévu que le nombre maximal de remboursements qui a été autorisé, sera dépassé;
  - *Résumé/Évaluation finale* à la demande de la Société à la fin des traitements pour certains dossiers seulement.
- ▶ Pour s'assurer à la fois de la pertinence des informations pour la Société ainsi que de la continuité des traitements pour la personne accidentée, le formulaire *Suivi/Résumé d'évolution* doit être rempli et transmis à la Société au moment opportun, soit :
  - **Demande de balise 2** à la 12<sup>e</sup> heure de traitement;
  - **Demande de balise 3** à la 27<sup>e</sup> heure de traitement.
- ▶ Pour que la Société puisse se prononcer sur la poursuite ou non des remboursements, vous devez obligatoirement remplir toutes les cases du formulaire.

Pour déterminer si des heures de traitement additionnel peuvent être couverts et remboursés, la Société se base sur :

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

- ▶ Si l'information est imprécise ou incomplète, la décision de la Société sera retardée et, si nécessaire, la Société communiquera par téléphone avec le psychologue ou le psychothérapeute pour obtenir des précisions ou des informations supplémentaires.

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

### La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir aux fins 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, obtenir copie ou faire corriger les renseignements personnels vous concernant.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société au [www.saaq.gouv.qc.ca](http://www.saaq.gouv.qc.ca) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

**Transmettre par télécopieur au numéro : 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 \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 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 conditions 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 avec la personne lors de l'évaluation ou du suivi.
- 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 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 impacts des symptômes psychologiques sur le niveau fonctionnel de la personne

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

Absence d'impacts en date de ce résumé d'évolution

Activités courantes	Impacts actuels*	Précisez (au besoin)
<ul style="list-style-type: none"><li>Indiquez précisément les activités où la capacité fonctionnelle de la personne accidentée est atteinte 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 associés.</li></ul>	<p>Évaluez les impacts selon l'échelle suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><b>Mineurs</b> = Incapacité occasionnelle (<math>\leq 25\%</math> des activités ou du temps)</li><li><b>Modérés</b> = Incapacité fréquente (25 % à 50 % 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 impacts des symptômes psychologiques sur le fonctionnement réel de la personne en distinguant clairement ce que rapportent la personne accidentée et les observations cliniques.</li></ul>

\* Utilisez l'échelle

- Objectiver le plus possible les impacts des symptômes psychologiques sur le fonctionnement réel de la personne en distinguant clairement ce que rapportent la personne accidentée et les observations cliniques.

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

- 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.

**Limitations fonctionnelles psychologiques :** 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).

**Restrictions fonctionnelles psychologiques :** Condition psychologique nécessitant d'éviter des activités liées au travail ou aux études en raison du danger pour la personne ou les autres (difficultés cognitives objectivées empêchant la prise de décision ou l'utilisation d'une machinerie, ou difficultés anxieuses 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 de l'impact 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 impacts.

**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

- Décrivez les résultats visés en termes précis.

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 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 été discuté avec la personne accidentée.     Oui     Non

Signature du psychologue ou du psychothérapeute non-psychologue

Date