

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 fournie 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			
<b>Adresse</b>		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 – Synthèse de l'évolution

### 3.1 Problématique psychique travaillée en lien probable avec l'accident

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

(incluez les résultats finaux des évaluations psychométriques, s'il y a lieu)

### Section 3 – Synthèse de l'évolution (suite)

### 3.3 Atteinte des objectifs thérapeutiques

**Objectif thérapeutique :**

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

**Précisez (au besoin) :**

**Objectif thérapeutique :**

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

Précisez (au besoin) :

**Objectif thérapeutique :**

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

Précisez (au besoin) :

### 3.4 État actuel de la personne

### Section 3 – Synthèse de l'évolution (suite)

### 3.5 Raisons de la cessation du suivi psychothérapeutique

**3.6 Si des symptômes psychologiques persistent, précisez leurs répercussions sur le fonctionnement de la personne.**

**a) Répercussions sur le fonctionnement dans les activités courantes** (vie quotidienne, familiale, sociale)

☐ Absence de répercussions en date de ce résumé

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

### Section 3 – Synthèse de l'évolution (suite)

### 3.7 Conclusion et recommandations

**3.8 Ce résumé d'évaluation finale 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.

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****Veillez 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.

Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

► 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.

#### Balise 1 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.

#### Balise 2 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.

#### Balise 3 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

### Section 3 – Synthèse de l'évolution

#### 3.1 Problématique psychique travaillée en lien probable avec l'accident

- Rappel succinct de la ou des problématiques psychologiques concernées

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

(incluez les résultats finaux des évaluations psychométriques, s'il y a lieu)

- Indiquez les questionnaires ou tests utilisés avec référence aux normes utilisées, s'il y a lieu.
- Rapportez votre interprétation des résultats de ces tests.
- Précisez l'évolution si les mêmes questionnaires ont été utilisés précédemment lors du suivi de la personne.
- N'inscrivez pas de données brutes, mais une opinion professionnelle quant à l'interprétation des résultats.

### Section 3 – Synthèse de l'évolution (suite)

#### 3.3 Atteinte des objectifs thérapeutiques

- Décrivez les résultats visés en termes précis.

Objectif thérapeutique :

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

Précisez (au besoin) :

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

Objectif thérapeutique :

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

Précisez (au besoin) :

Objectif thérapeutique :

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

Précisez (au besoin) :

#### 3.4 État actuel de la personne

**Psychologue :** Rappelez le ou les diagnostics.

- Décrivez la symptomatologie et son évolution selon les observations cliniques.
- Décrivez la perception de la personne accidentée à l'égard de son évolution.



## Section 3 – Synthèse de l'évolution (suite)

### 3.5 Raisons de la cessation du suivi psychothérapeutique

### 3.6 Si des symptômes psychologiques persistent, précisez leurs répercussions sur le fonctionnement de la personne.

#### a) Répercussions sur le fonctionnement dans les activités courantes (vie quotidienne, familiale, sociale)

☐ Absence de répercussions en date de ce résumé

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 (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 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

- 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 ou pour les autres (par exemple : 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).