

ARSF

Autorité ontarienne de réglementation
des services financiers



www.fsrao.ca/fr



Document de consultation

Analyse des lignes directrices de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL)

Septembre 2024

25 Sheppard Avenue West
Suite 100
Toronto ON
M2N 6S6
Telephone: 416-250-7250
Sans frais : 1-800-668-0128

25, avenue Sheppard Ouest,
Bureau 100
Toronto (Ontario)
M2N 6S6
Téléphone : 416-250-7250
Sans frais : 1 800 668-0128

Table des matières

Résumé et contexte	3
Objectif de la consultation, résultats souhaités et prochaines étapes.....	4
Cadre législatif et réglementaire	6
Options et analyse de l'analyse des lignes directrices de l'AIAL	7
Directive concernant les services professionnels (DSP)	7
Rétroaction des parties prenantes.....	9
Option A – DSP: Indexation des taux horaires maximums	11
Option B – DSP: Passer à des frais fixes	12
Option C – DSP: Ne pas imposer de taux	13
Option D – DSP: Statu quo – Maintien des taux horaires existants.....	15
Questions sur la consultation relative à la DSP	16
Directive révisée du tarif horaire pour les soins auxiliaires (DRTHSA)	17
Rétroaction des parties prenantes.....	20
Option A – DRTHSA : Indexer les taux horaires maximums pour tous les niveaux .	21
Option B – DRTHSA : Indexer les taux horaires maximums pour les niveaux 1 et 323	
Option C – DRTHSA : Statu quo – Maintien des taux horaires maximums actuels .	25
Questions sur la consultation relative à la DRTHSA	26
Ligne directrice sur les blessures légères (LDBL)	27
Rétroaction des parties prenantes.....	30
Option A – LDBL : Indexer les taux dans le tableau d'honoraires	30
Option B – LDBL : Statu quo – Maintien des taux dans le tableau des honoraires .	32
Questions sur la consultation relative à la LDBL	33
Annexe A – Pertes liées aux demandes d'indemnisation au titre de l'assurance automobile	34
Annexe B – Liste des professionnels/fournisseurs de soins de santé (DSP) ..	35
Annexe C – Prestations pour soins auxiliaires	37
Annexe D – LDBL des praticiens de la santé	39

Résumé et contexte

L'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (**ARSF**) a été lancée en juin 2019, en tant qu'organisme de réglementation indépendant établi pour améliorer la protection des consommateurs, des membres des caisses de crédit et des bénéficiaires d'un régime de retraite en Ontario. L'ARSF sert l'intérêt public en protégeant ces parties prenantes et en favorisant un secteur de l'assurance automobile fort, stable, compétitif et innovant.

En supervisant et en réglementant le secteur de l'assurance automobile, l'ARSF est guidée par ses objectifs statutaires en vertu du paragraphe 3(2) de la *Loi de 2016 sur l'Office ontarien de réglementation des services financiers* (« **Loi sur l'ARSF** »).

Une analyse des lignes directrices incorporées par référence dans [Règl. de l'Ont. 34/10 : Annexe sur les indemnités d'accident légales \(AIAL\)](#) soutient et s'aligne sur les objets statutaires suivants de l'ARSF :

- contribuer à la confiance du public dans le secteur de l'assurance;
- protéger les droits et les intérêts des consommateurs d'assurance;
- dissuader les comportements, pratiques ou activités trompeurs ou frauduleux du secteur de l'assurance;
- promouvoir des normes élevées de conduite des affaires dans le secteur de l'assurance;
- protéger les droits et les intérêts des consommateurs;
- favoriser un secteur de l'assurance fort, durable et compétitif.

Dans le [budget de l'Ontario 2024](#)¹, le gouvernement s'est engagé à faire avancer les réformes de l'assurance automobile. Dans le cadre de l'engagement budgétaire, le gouvernement a demandé à l'ARSF de procéder à une analyse de la Directive concernant les services professionnels (« **DSP** ») et de la Directive révisée du tarif horaire pour les soins auxiliaires (« **DRTHSA** »). Dans le cadre de cette analyse, l'ARSF revoit également les honoraires des fournisseurs de services de soins de santé (« **FSSS** »)² dans les Ligne directrice sur les blessures légères (« **LDBL** »).

Le présent document de consultation s'inscrit dans le cadre de l'analyse par l'ARSF des lignes directrices de l'AIAL et présente des options qui relèvent de l'autorité statutaire de l'ARSF pour mettre en œuvre et faire progresser l'engagement du gouvernement à améliorer le système d'assurance-automobile de l'Ontario.

Objectif de la consultation, résultats souhaités et prochaines étapes

L'Ontario compte 5 008 FSSS titulaires de permis qui fournissent des traitements médicaux et de réadaptation aux consommateurs.³ Les frais médicaux et de réadaptation représentent une part importante du coût total des sinistres de l'assurance automobile (*voir l'annexe A – Sinistres de l'assurance automobile*). Les coûts des soins médicaux et de la réadaptation sont principalement imputables aux frais facturés par les FSSS pour les biens et les services. L'ARSF est en train de réviser les taux et les frais des FSSS fixés dans les lignes directrices de l'AIAL suivantes :

¹ Le budget a également introduit deux autres réformes qui ont une incidence indirecte sur l'analyse des lignes directrices de l'AIAL. Premier payeur : il est proposé que l'assurance automobile paie d'abord les prestations médicales et de réadaptation à la suite d'un accident, à la place des régimes d'assurance-maladie complémentaire; et Optionalité des prestations : il est proposé que la couverture obligatoire de l'assurance automobile en cas d'accident continue de s'appliquer aux prestations médicales, de réadaptation et de soins auxiliaires, tandis que toutes les autres prestations deviendraient facultatives.

² Selon la ligne directrice, le terme « fournisseur de services de santé » peut avoir une définition plus étroite ou plus large. Aux fins du présent document, l'expression « fournisseurs de services de santé » ou « FSSS » est utilisée pour les trois lignes directrices, bien qu'une définition plus précise soit également fournie pour chaque ligne directrice.

³ Le nombre de permis actifs de FSSS au 28 août 2024 est de 5 008.

1. Directive concernant les services professionnels (« **DSP** »)
2. Directive révisée du tarif horaire pour les soins auxiliaires (« **DRTHSA** »)
3. Ligne directrice sur les blessures légères (« **LDBL** »)

En entreprenant son analyse des taux et des frais établis dans les trois lignes directrices de l'AIAL, l'ARSF a donné la priorité aux principes clés suivants : maintenir les soins que les consommateurs reçoivent et assurer la disponibilité continue des services (*ce qui correspond à l'objectif de l'ARSF de protéger les droits et les intérêts des consommateurs d'assurance-automobile*).

Le résultat souhaité de cette analyse, tant pour le gouvernement que pour l'ARSF, consiste à veiller à ce que les personnes blessées dans des accidents automobiles continuent à recevoir les soins dont elles ont besoin et que les FSSS soient indemnisés de manière appropriée pour leurs services.

Afin d'atteindre les résultats souhaités, l'ARSF cherche à obtenir l'avis des parties prenantes sur la façon de mieux servir les consommateurs ontariens. Les commentaires reçus aideront l'ARSF à mieux comprendre les avantages et les inconvénients de l'approche adoptée et des options proposées dans le présent document de consultation. L'ARSF recherche également des données et des preuves pour valider davantage la rétroaction des parties prenantes décrite dans ce document.

Ce document de consultation est la première étape d'un processus en plusieurs étapes visant à réviser les trois lignes directrices de l'AIAL. L'étape suivante consiste à recueillir les réactions des parties prenantes et les données ou des éléments probants obtenus lors des consultations publiques et ciblées. Enfin, cette rétroaction sera utilisée par l'ARSF pour élaborer et affiner ses recommandations finales dans le cadre de l'analyse des lignes directrices de l'AIAL.

Cadre législatif et réglementaire

L'ARSF est chargée, en vertu de la *Loi de 2003 sur la stabilisation des taux d'assurance automobile* (LSTAA), d'approuver, de rejeter ou de demander une modification des taux d'assurance automobile proposés en fonction de leur conformité aux normes juridiques (c.-à-d., des taux justes et raisonnables et non excessifs). Cette loi est importante, car les taux et les frais figurant dans les lignes directrices de l'AIAL ont une incidence sur les taux que les assureurs facturent aux consommateurs.

Conformément au par. [268.3 \(1\)](#) de la *Loi sur les assurances* (la « Loi »), le directeur général de l'ARSF (le « **directeur général** ») peut émettre des directives sur l'interprétation et le fonctionnement de l'AIAL ou de toute disposition de cette annexe.

La DSP et la LDBL sont incorporées par référence dans l'AIAL sous les définitions des « lignes directrices ». En tant que telles, elles font formellement partie du règlement sur l'AIAL et ont « force de loi ». La DRTHSA est publiée conformément à l'article 268.3 de la *Loi* et est incorporée par référence dans l'alinéa 19(2)a de l'AIAL.

Options et analyse de l'analyse des lignes directrices de l'AIAL

L'analyse des trois lignes directrices de l'AIAL a été motivée par la recherche d'un équilibre entre les principes clés du maintien des soins prodigués aux consommateurs et de la continuité de la disponibilité des services. Les options proposées dans le présent document de consultation visent à garantir que les personnes blessées dans des accidents de la route continuent à recevoir les soins dont elles ont besoin et que les FSSS soient rémunérés de manière appropriée pour leurs services.

Directive concernant les services professionnels (DSP)

Objectif

La DSP a été publiée pour la première fois le 18 septembre 2003 par l'ancien organisme de réglementation, la Commission des services financiers de l'Ontario (« **CSFO** »), conformément à l'article 268.3 de la *Loi*, et a été incorporée par référence dans l'AIAL (voir les par. 15[2], 17[2] et 25[3] et l'alinéa 16[4][a]).

Avant 2003, l'établissement des frais était essentiellement laissé au marché, les parties étant autorisées à fixer et à négocier leurs taux entre elles. Les assureurs automobiles ont lancé un appel en faveur de l'établissement de la grille tarifaire pour les FSSS afin d'assurer une plus grande uniformité et de stabiliser les coûts. En 2003, lors de la publication de la nouvelle DSP, elle a eu pour effet de réduire les frais prévus dans le barème existant et d'introduire des taux horaires. Depuis 2003, les frais des FSSS sont actualisés périodiquement sur la base de l'indice des prix à la consommation (« **IPC** »).

Les taux horaires maximums prévus par la DSP ne s'appliquent qu'aux consommateurs recevant des soins de santé pour une déficience classée comme non invalidante ou invalidante. La DSP ne s'applique pas aux consommateurs dont les blessures sont considérées comme « mineures », qui sont couvertes par la LDBL. Les services de santé couverts par la DSP comprennent la chiropractie, la massothérapie, l'ergothérapie, la physiothérapie, la podologie, la psychologie, l'orthophonie, les soins infirmiers et la kinésiologie, etc. L'objectif de la DSP consiste à établir les taux horaires maximums que les assureurs automobiles sont tenus de payer aux FSSS énumérés dans la liste en ce qui concerne les prestations médicales et de réadaptation reçues par un consommateur (*voir l'annexe B pour une liste complète des FSSS couverts par la DSP*).⁴ La DSP prévoit

⁴ Une prestation médicale en vertu des clauses 15 (1) (a), (b), ou (h) de l'AIAL; une prestation de réadaptation en vertu des clauses 16 (3) (a) à (g) ou (l) de l'AIAL; des services de gestion de cas en vertu du paragraphe 17 (1) de l'AIAL; ou la réalisation d'un examen, d'une évaluation ou la fourniture d'un certificat, d'un rapport ou d'un plan de traitement en vertu du paragraphe 25 (1) 3 de l'AIAL.

également des taux maximaux payables pour les FSSS pour les services de gestion de cas, les coûts des examens, les évaluations, la rédaction de rapports et d'autres questions.

Les taux et frais figurant dans la DSP comprennent tous les frais administratifs, les frais généraux et les frais connexes, les honoraires, les dépenses, les charges et les suppléments. Les assureurs ne sont pas responsables des frais administratifs ou autres, des frais généraux, des honoraires, des dépenses, des charges ou des suppléments qui augmentent le taux/les frais au-delà de ce qui est autorisé par la DSP. La DSP est également soumise aux limites standard prescrites pour les frais médicaux et de réadaptation (65 000 dollars pour les déficiences non invalidantes et 1 million de dollars pour les déficiences invalidantes). L'examen de ces limites prescrites par la loi n'entre pas dans le champ d'application du présent document de consultation.

Les services de santé ou les professions qui traitent les bénéficiaires d'indemnités d'accident ne sont pas tous répertoriés dans la DSP. Les FSSS qui ne figurent pas sur la grille avec un taux correspondant dans la DSP peuvent déterminer ou négocier les frais à payer avec les assureurs. Il n'est pas interdit aux assureurs de payer plus que les montants maximaux ou les taux horaires établis dans la DSP, bien que les données fournies par les parties prenantes suggèrent que cela ne se produit généralement pas.⁵ De même, les consommateurs peuvent accepter de payer davantage et les FSSS peuvent décider de facturer des montants moins élevés.

Indexation historique

Les taux et les frais de la DSP ont été examinés chaque année par la CSFO, et ils ont été mis à jour à la discrétion du surintendant des services financiers⁶ de la CSFO. La CSFO

⁵ Un projet pilote mené par l'Ontario Rehab Alliance montre que les assureurs n'ont approuvé des taux supérieurs aux taux prescrits par la DSP dans les plans de traitement que dans 34 % des cas.

⁶ Entre 2003 et 2014, la CSFO, l'ancienne autorité de régulation, a augmenté les taux horaires chaque année et les a indexés sur l'IPC. Les seules exceptions concernent les années 2004 et 2013, lorsque les taux n'ont pas été augmentés, et l'année 2005, lorsque les taux ont été indexés sur les augmentations appliquées par l'Ontario Medical Association et non sur l'IPC.

n'avait pas l'obligation juridique de revoir ni d'augmenter régulièrement les taux et les frais de la DSP, pas plus que l'ARSF.

Entre 2005 et 2011, les taux horaires maximums de la DSP ont été augmentés chaque année par la CSFO, en fonction du taux de l'IPC. En 2014, les taux horaires de la DSP ont à nouveau été augmentés de 0,9 % sur la base de l'IPC. Depuis 2014, en raison des efforts de réduction des coûts et des taux, aucune autre augmentation n'a été apportée à la DSP. Les frais maximums exigibles pour la préparation des formulaires (c.-à-d., le remplissage des FDIO 3, 18 et 21) n'ont pas été modifiés depuis leur création en 2003, car la CSFO n'avait pas l'habitude de les réviser chaque année.

Rétroaction des parties prenantes

Les intervenants des FSSS et des assureurs ont déjà fait part à l'ARSF de leurs commentaires sur les taux horaires maximums dans la DSP. Voici quelques-uns des commentaires que l'ARSF a reçus et qu'elle doit encore valider :

- les taux horaires maximums de la DSP sont inférieurs à ceux du marché depuis l'introduction de la DSP en 2003, et comme les dépenses et l'inflation augmentent chaque année, les FSSS gagnent moins en dollars réels.
- l'augmentation des taux favorisera un système d'assurance plus sain et plus équitable, même si une légère augmentation serait insuffisante puisqu'il n'y a pas eu d'augmentation depuis près de 10 ans.
- l'introduction d'une analyse annuelle obligatoire de la DSP permettrait de s'assurer que les taux restent appropriés.
- de nombreux problèmes liés à la DSP sont centrés sur l'inadéquation des taux que les assureurs sont tenus de payer et une augmentation des taux peut réduire le nombre de plaintes/différends entre les assureurs et les consommateurs.
- si les taux augmentent, les plafonds d'indemnisation seront atteints plus rapidement et le nombre de traitements diminuera probablement.

- Ce problème se pose avec plus d'acuité pour les personnes blessées qui demandent une indemnisation au titre de la LDBL, dont le plafond des prestations est fixé à 3 500 dollars, car les plafonds de prestations pour déficience invalidante et non invalidante sont beaucoup plus élevés.
- les coûts seront ajoutés au système, ce qui pourrait entraîner de futures augmentations de tarifs. Le secteur est déjà sensible aux prix en raison des augmentations de primes dues à l'inflation, aux taux d'intérêt élevés, aux vols d'automobiles, etc.
- d'autres administrations qui ont mis en œuvre des augmentations générales des taux et des frais des FSSS ont constaté une augmentation des coûts des demandes d'indemnisation en raison de l'augmentation des volumes de services de santé fournis.

Options de la DSP

Option A – DSP: Indexation des taux horaires maximums

Raison d'être :

Les commentaires des parties prenantes sur la DSP portent principalement sur les taux horaires maximums et non sur les frais maximums exigibles pour la préparation des formulaires tels que le certificat d'invalidité/plan de traitement et d'évaluation. Les parties prenantes des FSSS sont largement favorables à une augmentation des taux horaires, étant donné que ces taux ont une incidence sur la plupart des services fournis par les FSSS dans le cadre de la DSP (c.-à-d., par rapport aux frais facturés pour remplir les FDIO 3 et 18, qui sont des formulaires moins fréquemment remplis).

Avant 2014, la CSFO examinait et indexait régulièrement les taux horaires maximums de la DSP en fonction des augmentations de l'IPC. Étant donné que les taux horaires maximums n'ont pas été modifiés depuis 2014, il convient d'envisager une augmentation des taux horaires maximums actuels en tenant compte de l'incidence cumulée du taux d'inflation entre

2014 et 2023. Les parties prenantes des FSSS ont indiqué que, d'après leurs calculs, l'augmentation cumulée de la DSP devrait être de l'ordre de 20 à 25 % (indexée sur l'IPC).

Considérations :

- S'aligne sur les approches antérieures qui augmentaient les taux horaires sur la base de l'IPC.
- Les taux horaires de la DSP s'aligneront davantage sur les taux du marché.
 - Les parties prenantes signalent que le taux horaire actuel de la DSP ne couvre que 51 % à 84 % des honoraires par rapport à ce qui est facturé sur le marché.
- Réduit le montant que les consommateurs peuvent être amenés à payer de leur poche.
- D'autres systèmes de tiers payeurs en Ontario ont également augmenté les frais des FSSS (p. ex., la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail [CSPAAT]).
- Les consommateurs peuvent recevoir moins de traitement/soins en raison de l'augmentation des taux horaires (c.-à-d., moins de soins, car les limites prescrites par l'AIAL resteront inchangées).
- La DSP n'est disponible que pour les consommateurs souffrant d'une déficience invalidante ou non invalidante, et comme ces consommateurs n'atteignent pas actuellement leurs limites d'indemnisation, les augmentations des taux de la DSP peuvent entraîner une augmentation des primes d'assurance automobile. Cela peut entrer en conflit avec d'autres objectifs politiques visant à minimiser les augmentations de taux inutiles afin que les taux restent justes, raisonnables et non excessifs (c.-à-d., que les consommateurs peuvent recevoir moins de traitement tout en payant des primes plus élevées).

- Les assureurs pourraient s'opposer à une forte augmentation ponctuelle des taux. D'autre part, les FSSS peuvent considérer que les augmentations échelonnées sont inadéquates et que l'incidence est négligeable.
- Les consommateurs peuvent souscrire des prestations indexées optionnelles qui permettent d'indexer les prestations sur l'inflation.
- S'aligne sur le résultat obtenu, à savoir que les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin et que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option B – DSP: Passer à des frais fixes

Raison d'être :

Les coûts primaires des services de santé fournis pour les dépenses d'assurance automobile dans la DSP se fondent sur des taux horaires, ce qui diffère de l'approche basée sur les unités pour des services comparables dans d'autres contextes tels que la CSPAAT. Il conviendrait d'envisager de remplacer le recours à des taux horaires maximums dans la DSP par une méthode de calcul fondée sur un taux ou des frais fixes. Des frais fixes sont déjà utilisés dans la DSP lorsqu'on parle de remplir certains formulaires (c.-à-d., les frais maximaux payables pour le certificat d'invalidité/traitements et le plan d'évaluation).

Considérations :

- Les frais fixes peuvent être appropriés pour les tâches routinières et prévisibles.
- Peut se traduire par une plus grande certitude des coûts pour les assureurs et les consommateurs.
- Les frais fixes réduisent la complexité du calcul du coût du traitement.

- Pour les cas plus complexes et imprévisibles (c.-à-d., les déficiences invalidantes), les frais fixes peuvent ne pas tenir compte du temps et de l'expertise supplémentaires éventuellement nécessaires.
- La plupart des traitements reçus par les consommateurs sont généralement dispensés par tranches d'une heure et le taux horaire est déjà considéré comme des frais fixes.
- Les réactions des parties prenantes ne sont pas favorables au passage à des frais fixes plutôt qu'à un taux horaire maximum.
- S'aligne sur les résultats visant à garantir que les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin et que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option C – DSP: Ne pas imposer de taux

Raison d'être :

L'ARSF peut donner encore plus d'autonomie au secteur en ne prescrivant pas de taux horaires ou en n'en fixant pas. Par exemple, la DSP pourrait être modifiée pour permettre une approche plus réactive de la fixation des frais et des taux en introduisant l'utilisation de termes tels que « raisonnable » ou « au taux du marché » (c.-à-d., plutôt que de voir l'ARSF fixer des taux horaires maximums). Un modèle tarifaire « raisonnable » ou « au taux du marché » serait négocié entre les assureurs et les FSSS.

Considérations :

- Permet aux forces du marché de fixer des taux axés sur les soins aux consommateurs (c.-à-d., qu'ils s'adaptent aux conditions du marché).
- Il n'est plus nécessaire de revoir régulièrement la DSP et de modifier les taux.

- Permet aux assureurs et aux FSSS de négocier des taux acceptables pour les deux parties.
- Cohérence avec l'approche adoptée pour d'autres types d'assurance (p. ex., les assurances-maladie complémentaires).
- Les parties prenantes ont indiqué qu'on devrait fonder les taux maximaux fixés dans la DSP que les assureurs sont susceptibles de payer sur les frais habituels et coutumiers.
- Peut entraîner une augmentation des litiges entre les assureurs et les FSSS sur ce qui constitue un taux raisonnable et/ou un taux de marché (ce qui s'est produit dans le passé lorsque les FSSS et les assureurs ont dû négocier les taux).
- Étant donné que l'établissement des taux nécessitera une négociation entre les assureurs et les FSSS, il en résultera inévitablement une augmentation des litiges sur ce qui constitue un taux « raisonnable » et/ou un taux de marché.
 - L'une des raisons historiques pour lesquelles la DSP a été introduite consistait à éliminer les litiges entre les assureurs et les FSSS qui étaient apparus lors de la négociation des taux.
- Peut entraîner un ralentissement de l'ajustement des demandes d'indemnisation en cas de désaccord ou de litige concernant les frais (c.-à-d., plus de causes devant le Tribunal d'appel en matière de permis [TAMP], etc.).
- Peut introduire une plus grande variabilité dans le secteur, car les taux peuvent ne pas être uniformes et peuvent varier d'un assureur à l'autre (c.-à-d., qu'il peut être nécessaire de procéder à des examens sur place par l'ARSF pour contrôler la variabilité, etc.)
- S'aligne sur le résultat selon lequel les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin tandis que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option D – DSP: Statu quo – Maintien des taux horaires existants

Raison d’être :

Toute augmentation notable des taux de la DSP peut entraîner une augmentation des primes d’assurance automobile. Étant donné que les primes ont généralement augmenté après la pandémie en raison d’autres facteurs, l’ARSF est consciente de son mandat de protection de l’intérêt public et des objectifs politiques de la DSP.

Considérations :

- Aucun coût supplémentaire ne sera ajouté au système d’assurance automobile, qui est actuellement extrêmement sensible aux coûts.
- Dans le cadre du système actuel, les consommateurs peuvent obtenir des services aux taux de la DSP. Bien que les FSSS puissent décider de se concentrer sur la prestation de services aux clients de l’assurance non automobile, il existe peu d’éléments indiquant que les consommateurs ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin.
- Les coûts augmentent en raison de l’inflation et les FSSS risquent d’avoir moins de moyens pour s’occuper des victimes d’accidents de la route, car ils chercheront du travail dans d’autres secteurs plus rémunérateurs.
- Il pourrait en résulter des augmentations encore plus importantes à l’avenir si la décision est prise de « rattraper » les taux du marché.
- Ne s’aligne pas sur le résultat d’une rémunération appropriée pour les FSSS.

Questions sur la consultation relative à la DSP

Déterminer les taux et analyses des taux

1. Si les taux de la DSP sont indexés (option A), sur quoi doivent-ils être indexés et pourquoi?
2. Si la DSP passe à des taux fixes (option B), comment ces taux fixes doivent-ils être déterminés et pourquoi?
3. Les augmentations de taux (option A ou option B) doivent-elles être échelonnées sur plusieurs années ou doivent-elles avoir lieu en une seule fois?
4. L'ARSF devrait-elle effectuer une analyse régulière des frais et, dans l'affirmative, à quelle fréquence (c.-à-d., chaque année, tous les deux ans, etc.)?
5. Pour l'option C, à quelle fréquence les assureurs et les FSSS devraient-ils se réunir pour revoir et fixer les taux maximaux?

Autres considérations

6. Y a-t-il d'autres options ou considérations liées aux taux ou aux frais qui devraient être prises en compte pour la DSP?
7. Avez-vous des preuves que les consommateurs ont des difficultés à obtenir les soins de santé dont ils ont besoin en raison des taux actuels de la DSP?
8. Quelles sont les principales considérations relatives à la mise en œuvre qui doivent être prises en compte pour chaque option (p. ex., le calendrier, les mises à jour des systèmes de facturation, etc.)?
9. Comment l'ARSF peut-elle contribuer à faire en sorte que toute modification de la DSP soit communiquée aux FSSS, aux assureurs, aux consommateurs et aux autres parties prenantes?

10. Y a-t-il d'autres considérations qui n'ont pas été prises en compte et qui devraient l'être dans le cadre de l'analyse de la DSP?

Directive révisée du tarif horaire pour les soins auxiliaires (DRTHTSA)

Objectif

Les indemnités pour soins auxiliaires couvrent les dépenses raisonnables et nécessaires engagées au nom de la personne assurée pour les services fournis par un préposé aux services de soutien à la personne (PSSP), un établissement de soins de longue durée ou la perte économique réelle subie par les membres de la famille ou les amis pour avoir fourni des soins à une victime d'accident blessée (se reporter au [par. 19 \[1\] de l'AIAL](#)).

L'AIAL exige qu'on utilise l'*Évaluation des besoins des personnes soignantes modifiée* (formulaire 1), un formulaire approuvé par l'ARSF, pour quantifier les montants payables à un consommateur pour les prestations pour soins auxiliaires. Le formulaire 1 est rempli par une infirmière ou un ergothérapeute qui évalue le nombre de minutes de soins auxiliaires dont le consommateur a besoin chaque jour pour les trois catégories de soutien suivantes :

Niveaux de soins auxiliaires	Taux horaire maximum
Première partie : Taux horaire A Niveau 1 de soins auxiliaires pour les soins personnels de routine	14,90 \$
Partie 2 : Taux horaire B Niveau 2 de soins auxiliaires pour les fonctions de supervision de base	14,00 \$
Partie 3 : Taux horaire C Niveau 3 de soins auxiliaires pour des fonctions complexes de santé/soins et d'hygiène	21,11 \$

En Ontario, le modèle de prestations pour soins auxiliaires en cas d'accident automobile est basé sur le système en place à la CSPAAT, qui utilise le formulaire de l'échelle des activités de la vie quotidienne, presque identique au formulaire 1, ainsi que des taux similaires pour calculer une indemnité mensuelle. L'allocation mensuelle calculée est utilisée soit pour permettre l'achat de services de soins auxiliaires auprès d'une agence, soit pour indemniser les membres de la famille ou les amis qui fournissent les soins (les membres de la famille doivent également justifier une perte économique pour être indemnisés pour les soins auxiliaires). Les taux horaires ne varient pas en fonction de la personne qui fournit les soins (membres de la famille ou PSSP), mais en fonction du niveau de soins fourni au consommateur (p. ex., un membre de la famille et un PSSP recevront tous deux 14,90 \$/h pour l'assistance aux soins personnels de routine).

Le nombre total d'heures prévues pour chaque catégorie et pour chaque jour est multiplié par les taux horaires maximaux pour calculer une allocation mensuelle que le consommateur peut utiliser pour acheter des services ou rémunérer un membre de sa famille pour la prestation de soins auxiliaires. L'auxiliaire ou l'agence qui fournit les services peut facturer les services au consommateur/à l'assureur (par l'intermédiaire d'un FDIO 6 approuvé par l'ARSF) et être payé jusqu'à concurrence de ce montant mensuel. L'indemnité mensuelle maximale est de 3 000 dollars pour une déficience non invalidante et de 6 000 dollars pour une déficience invalidante. Ces limites sont fixées dans l'AIAL.

Depuis le 1^{er} juin 2016, le coût des soins médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires pour une indemnité maximale standard ⁷ a été combiné et établi à un montant fixe pour un accident. Pour une personne dont les blessures dépassent les indemnités prévues par la LDLB⁸, l'indemnité maximale payable pour les indemnités combinées pour frais médicaux, pour la réadaptation et pour les soins auxiliaires est de 65 000 dollars pour une déficience non invalidante et de 1 000 000 dollars pour une déficience invalidante. Les consommateurs peuvent souscrire des garanties optionnelles qui prévoient une couverture

⁷ Les prestations « standard » sont accessibles aux consommateurs dont les blessures sont considérées comme plus graves qu'une blessure « mineure », mais pas aussi graves qu'une « déficience invalidante », conformément aux lignes directrices de l'AIAL.

⁸ Les consommateurs visés par la LDLB ont droit à 3 500 dollars d'indemnités pour soins médicaux et pour la réadaptation, mais n'ont droit à aucune indemnité pour soins auxiliaires.

supplémentaire de 130 000 \$ ou de 1 000 000 \$ pour les frais médicaux, la réadaptation et les soins auxiliaires en cas de déficience non invalidante ou invalidante, respectivement. Le montant mensuel payable est soumis à des limitations supplémentaires prévues par l'AIAL (*se reporter à l'annexe C, « Prestations pour soins auxiliaires », pour plus de détails*).

En vertu de la *loi*, l'ARSF est tenue de publier chaque année certaines augmentations du pourcentage d'indexation aux fins de l'AIAL et des demandes d'indemnisation pour délit civil, ce qu'elle fait dans son document intitulé [Ligne directrice concernant les montants liés aux sinistres d'assurance-automobile assujettis à l'indexation de 2024](#). Ces ajustements permettent de maintenir la valeur des prestations versées aux consommateurs par rapport à l'inflation. Certaines indemnités horaires et mensuelles historiques pour soins auxiliaires entrent dans le champ d'application des lignes directrices sur l'indexation (demandes d'indemnisation ouvertes en vertu du projet de loi 164) et les pourcentages d'indexation annuelle figurant dans les lignes directrices sur l'indexation s'appliquent donc à ces indemnités (AIAL, 1993).

Indexation historique

La CSFO a examiné les taux de la DRTHSA chaque année et ils ont été mis à jour à la discrétion du surintendant des services financiers. L'ARSF n'a pas l'obligation juridique de revoir ou d'augmenter les taux de la DRTHSA.

Entre 2010, date à laquelle la DRTHSA a été introduite pour la première fois⁹, et 2016, les taux des niveaux 1 et 3 (pour les besoins de soins plus graves) sont restés inchangés. En 2016, ils ont été augmentés et alignés sur les taux de la CSPAAAT, et le taux de niveau 2 a également été augmenté pour s'aligner sur le salaire minimum de l'Ontario à l'époque. En 2017, les taux des niveaux 1 et 3 n'ont pas été modifiés; le taux du niveau 2 a été porté à

⁹ Avant 2010, les taux faisaient partie de l'AIAL et les changements nécessitaient des modifications réglementaires.

14 dollars.¹⁰ À compter du 1^{er} octobre 2024, le salaire minimum en Ontario devrait passer de 16,55 \$ à 17,20 \$.

Rétroaction des parties prenantes

Les parties prenantes ont exprimé des inquiétudes concernant la DRTSA. Voici quelques-uns des points saillants de la rétroaction que l'ARSF a reçue et qu'elle doit valider davantage :

- que les taux pour les trois niveaux sont inférieurs aux taux du marché et que les augmentations (indexées sur l'IPC) devraient être appliquées à la fois aux demandes existantes et aux nouvelles demandes afin de soutenir un système d'assurance qui garantit des services adéquats pour les consommateurs lésés.
- les taux doivent être ajustés pour s'aligner plus étroitement sur les taux payés pour les services de soutien personnel dans d'autres domaines de notre système de santé, tels que les soins de longue durée et les soins à domicile, qui étaient auparavant fournis par les RLSS et maintenant par les équipes Santé Ontario (Services de soutien à domicile et en milieu communautaire).
- les augmentations des taux peuvent entraîner des coûts supplémentaires pour le système, ce qui pourrait être pris en compte pour justifier les futures augmentations des taux d'assurance automobile.
- les taux existants sont inférieurs au salaire minimum. Les consommateurs peuvent avoir des difficultés à trouver des fournisseurs de soins auxiliaires qui acceptent de travailler en dessous du salaire minimum ou pour des tarifs inférieurs à ceux du marché.

¹⁰ Le taux du niveau 2 a été augmenté à 14,00 \$ l'heure pour refléter les augmentations générales du salaire minimum de l'Ontario à compter du 1^{er} janvier 2018. Les taux du niveau 2 ont toujours reflété les taux du salaire minimum.

Options de la DRTHSA

Option A – DRTHSA : Indexer les taux horaires maximums pour tous les niveaux

Raison d'être :

Les taux horaires des niveaux 1 et 3 doivent être ajustés à la hausse en indexant les augmentations sur l'IPC (c.-à-d., 16,7 %), étant donné que le dernier ajustement a eu lieu en 2018. Les taux du niveau 2 sont traditionnellement liés aux augmentations du salaire minimum en Ontario et devraient également passer de 14 à 17,20 dollars. Les taux horaires maximums de la DRTHSA sont utilisés par les assureurs pour calculer l'indemnité mensuelle pour soins auxiliaires à verser. Les taux horaires maximums de la DRTHSA ne sont pas censés être appliqués comme le maximum payable pour les soins auxiliaires. Toute augmentation du taux horaire maximum ne coïncidera pas avec une augmentation du montant mensuel maximum de l'indemnité pour soins auxiliaires, qui restera inchangé (c.-à-d., 3 000 dollars pour les déficiences non invalidantes ou 6 000 dollars pour les déficiences invalidantes).

Indemnités pour soins auxiliaires – Juin 2024	ARSF	CSPAAT	Taux indexé sur l'IPC
Niveau 1 – soins de routine	14,90 \$/h	21,70 \$/h	17,88 \$/h
Niveau 2 – supervision de base	14,00 \$/h	16,55 \$/h	17,20 \$/h
Niveau 3 – complexe	21,11 \$/h	31,97 \$/h	24,63 \$/h

Même avec les augmentations de taux proposées, les taux horaires des soins auxiliaires pour les niveaux 1 et 3 ne seraient pas aussi élevés que les taux horaires payés par la CSPAAT¹¹. Cependant, il existe des différences essentielles entre le système d'assurance

¹¹ Au 17 juin 2024, le salaire horaire moyen d'un PSSP en Ontario est de 28,00 \$ de l'heure. Bien que les PSSP fournissent des services similaires à ceux des personnes fournissant des services de soins auxiliaires dans le cadre du système d'assurance automobile, leurs taux horaires ont été contrôlés par le ministère de la Santé.

automobile et la CSPAAT qui font que la comparaison des taux pour les FSSS n'est pas appropriée. De nombreux services fournis par la CSPAAT font partie de programmes de soins dans le cadre desquels les FSSS traitent plusieurs consommateurs en même temps, souvent en groupe, et la CSPAAT peut, à sa discrétion, payer plus que leur grille tarifaire puisqu'elle est un assureur unique (à la différence des multiples assureurs du système automobile).

En outre, le mandat de la CSPAAT diffère grandement de celui de l'assurance automobile. La CSPAAT est financée par les employeurs et a pour objectif principal de permettre aux employés blessés de reprendre le travail. Cette situation contraste avec le système d'assurance automobile de l'Ontario, qui est financé par les consommateurs qui souscrivent une assurance axée sur les objectifs de réparation élargis de l'AIAL (c.-à-d., la réhabilitation d'autres aspects de leur vie en plus du simple retour au travail).

Considérations :

- La plupart des réactions des parties prenantes sont favorables à l'alignement des taux de la DRTHSA sur l'IPC.
- Les nouveaux taux pour les niveaux 1 et 3 sont plus conformes aux tarifs du marché et s'alignent sur les taux payés dans d'autres secteurs du système de soins de santé.
- Les nouveaux taux pour le niveau 2 sont conformes à la pratique antérieure consistant à augmenter les taux parallèlement aux augmentations du salaire minimum.
- L'augmentation des taux peut avoir pour conséquence que les consommateurs auront droit à moins de soins auxiliaires, étant donné que les limites des polices existantes n'augmenteront pas.
- Les assureurs risquent de critiquer toute augmentation de taux, car les augmentations seront considérées comme des coûts supplémentaires pour le système d'assurance automobile.

- Les parties prenantes des FSSS peuvent considérer que les augmentations de taux sont insuffisantes, car elles restent inférieures à celles payées par la CSPAAT.
- S'aligne sur le résultat selon lequel les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin tandis que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option B – DRTHSA : Indexer les taux horaires maximums pour les niveaux 1 et 3

Raison d'être :

Les taux des niveaux 1 et 3 doivent être ajustés à la hausse en indexant les augmentations sur l'IPC (c.-à-d., 16,7 %).¹² Le taux horaire maximum actuel de 14,00 dollars pour le niveau 2 devrait être maintenu.

Les soins de niveau 1 sont nettement plus techniques que ceux de niveau 2, mais il n'y a actuellement qu'une différence de 0,90 cent par heure entre les deux niveaux (le niveau 1 coûte 14,90 dollars contre 14 dollars pour le niveau 2). En outre, les soins de niveau 3 sont actuellement rémunérés à un taux plus élevé que les niveaux 1 et 2, mais ce taux n'est sans doute pas en phase avec les compétences et le temps nécessaires pour effectuer les tâches et la complexité des soins requis. Par exemple, les soins de niveau 3 peuvent être requis pendant une période relativement courte chaque jour, plusieurs fois par jour, mais les fournisseurs de soins ne sont rémunérés que sur la base du temps réellement consacré à la tâche. Les parties prenantes notent que sans augmentation des taux horaires maximums, les différences entre les niveaux 1 et 3 et les taux du marché peuvent entraîner des difficultés d'accès aux soins auxiliaires pour les consommateurs blessés. Ce problème se pose moins pour les tâches de niveau 2, qui sont généralement effectuées par des

¹² Les taux des niveaux 1 et 3 ont été augmentés pour la dernière fois en 2018. Pour actualiser ces taux aux niveaux de 2023, il faudrait les augmenter de 16,7 % (soit 16,7 % = 1,9 % [2019] + 0,7 % [2020] + 3,4 % [2021] + 6,8 % [2022] + 3,9 % [2023]).

membres de la famille.

Prestations pour soins auxiliaires	Taux horaire maximum actuel	Taux horaire maximum indexé (16,7 % – IPC 2023)	CSPAAT (2024)
Niveau 1 – soins de routine	14,90 \$/h	17,20 \$/h ¹³	21,70 \$
Niveau 3 – complexe	21,11 \$/h	24,63 \$/h	31,97 \$

Considérations :

- S’aligne sur les taux payés dans d’autres domaines du système de santé.
- Les soins de niveau 2 sont généralement dispensés par la famille ou les amis, qui n’ont pas nécessairement le même niveau de compétences et de formation que les soignants professionnels.
- Répond aux commentaires des parties prenantes des FSSS selon lesquels les augmentations de taux des niveaux 1 et 3 devraient être alignées sur l’IPC.
- Les augmentations de taux peuvent accroître les coûts du système et entraîner une hausse des primes.
- L’augmentation des taux peut avoir pour conséquence que les consommateurs auront droit à moins de soins auxiliaires, étant donné que les limites existantes ne seront pas augmentées.
- Étant donné que tous les coûts des soins de santé augmentent, on peut percevoir comme injuste que les taux du niveau 2 continuent à stagner.
- Les taux du niveau 2 resteront inférieurs aux taux payés pour les services de soutien

¹³ À compter du 1^{er} octobre 2024, le salaire minimum en Ontario devrait passer de 16,55 \$ à 17,20 \$.

personnel dans d'autres secteurs du système de santé (le salaire horaire moyen d'un PSSP en Ontario est de 28,00 \$).

- S'aligne sur le résultat selon lequel les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin tandis que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option C – DRTHSA : Statu quo – Maintien des taux horaires maximums actuels

Raison d'être :

Toute augmentation notable des taux de la DRTHSA peut entraîner une augmentation des primes d'assurance automobile. Étant donné que les primes ont généralement augmenté après la pandémie, l'ARSF est consciente de son mandat de protection de l'intérêt public et des objectifs politiques de la DRTHSA.

Considérations :

- Aucun coût supplémentaire ne sera ajouté au système d'assurance automobile en raison des prestations.
- Le report de la décision peut entraîner une augmentation plus importante à l'avenir pour « rattraper » l'écart si celui-ci n'est pas comblé.
- Pourrait rendre plus difficile l'obtention des soins auxiliaires nécessaires, en particulier pour le niveau 3 (soins complexes).
- Pourrait ne pas répondre aux préoccupations des parties prenantes qui estiment que les taux ne suivent pas l'inflation.
- Ne s'aligne pas sur le résultat d'une rémunération appropriée pour les FSSS.

Questions sur la consultation relative à la DRTHSA

Déterminer les taux et analyses des taux

1. Comment les taux de soins auxiliaires des niveaux 1 et 3 (option B) devraient-ils être indexés?
2. Les augmentations de taux des niveaux 1 et 3 (option B) doivent-elles être échelonnées sur plusieurs années ou doivent-elles avoir lieu en une seule fois?
3. L'ARSF doit-elle revoir régulièrement les taux des trois niveaux et, dans l'affirmative, à quelle fréquence (c.-à-d., chaque année, tous les deux ans, etc.)?

Autres considérations

4. Y a-t-il d'autres options ou considérations liées aux taux ou aux honoraires qui devraient être prises en compte par la DRTHSA?
5. Avez-vous des preuves que les consommateurs ont des difficultés à obtenir les soins auxiliaires dont ils ont besoin (niveau 1 – soins personnels de routine et niveau 3 – soins de santé/soins complexes)?
6. Quelles sont les principales considérations de mise en œuvre à prendre en compte pour chaque option (p. ex., le calendrier, les mises à jour des systèmes de facturation, etc.)?
7. Comment l'ARSF peut-elle contribuer à faire en sorte que les changements apportés à la DRTHSA soient communiqués aux FSSS, aux assureurs, aux consommateurs et aux autres parties prenantes?
8. Y a-t-il d'autres considérations qui ont été omises et qui devraient être prises en compte dans le cadre de l'analyse de la DRTHSA?

Ligne directrice sur les blessures légères (LDBL)

Contexte

La LDBL a été initialement publiée en 2010 en vertu de l'article 268.3 de la *Loi*. Elle est incorporée par référence dans l'AIAL et a force obligatoire conformément au par. 268.3 (2,1) de la *Loi* et a remplacé le Cadre de traitement préapprouvé (« **CTPA** ») pour les troubles associés à l'entorse cervicale de stade I et II

En septembre 2010, le concept de « blessure mineure » a été introduit pour classer ce qui, selon la documentation sur les soins de santé, est le type de blessure le plus courant dans les collisions automobiles (se reporter à l'art. 3 de l'AIAL). En vertu de l'AIAL, on entend par « blessure mineure » une ou plusieurs entorses, foulures, troubles associés au coup du lapin, contusions, abrasions, lacérations ou sublucations, ainsi que toute séquelle associée cliniquement à une telle blessure (c.-à-d., qu'une blessure mineure n'est pas considérée comme satisfaisant au seuil verbal délictuel de « déficience grave et permanente »).

Objectif

La LDBL a été élaborée pour créer un régime administratif simplifié, avec des fonds pré-approuvés et des frais globaux pour des ensembles de services de santé. Les consommateurs dont les blessures sont essentiellement mineures, selon la définition de l'AIAL, doivent être traités dans le cadre de la LDBL. Les objectifs de la LDBL sont les suivants :

- accélérer l'accès à la réadaptation pour les personnes ayant subi des blessures mineures lors d'un accident de la route;
- améliorer l'utilisation des ressources en matière de soins de santé;
- fournir aux assureurs et aux professionnels de la santé réglementés une certitude quant aux coûts et aux paiements;

- être plus inclusifs en offrant à ces personnes un accès immédiat au traitement sans l'approbation de l'assureur.

La LDBL permet aux consommateurs de bénéficier de 12 semaines de traitement et de 2 200 dollars d'indemnités, sans avoir à obtenir l'accord préalable d'un assureur.¹⁴ Les consommateurs qui ont terminé leur traitement dans le cadre de la LDBL et qui ont besoin d'un traitement supplémentaire peuvent soumettre un ou plusieurs plans de traitement et d'évaluation pour approbation jusqu'à concurrence de la limite de 3 500 \$ plus la TVH prévue au par. 18 (1) de l'AIAL (c.-à-d., 1 300 \$ supplémentaires après que la limite d'approbation préalable a été atteinte). Une personne souffrant de blessures légères a droit à un maximum de 3 500 dollars pour les frais médicaux et de réadaptation, tandis que les blessures non invalidantes ont droit à des indemnités pouvant aller jusqu'à 65 000 dollars. La majorité des consommateurs souffrant de blessures légères n'atteignent pas le seuil de 3 500 dollars pour les prestations médicales/de réadaptation.¹⁵

Un élément fondamental de la LDBL est le Tableau d'honoraires de l'annexe B (se reporter au tableau ci-dessous). Pour les consommateurs dont les blessures entrent dans la catégorie des blessures légères, il existe un montant prédéterminé de couverture financière pour les prestations médicales et de réadaptation. Le Tableau d'honoraires de la LDBL a une incidence directe sur le montant des indemnités versées aux praticiens de santé pour le traitement des blessures des consommateurs.

Les FSSS capables de fournir des services au sein de la LDBL sont limités aux praticiens de santé, tels que définis par l'AIAL (*voir l'annexe D*), qui sont autorisés à traiter la blessure et qui peuvent effectuer les interventions mentionnées dans cette ligne directrice. Les

¹⁴ Dans le cadre de la LDBL, aucune autorisation n'est requise pour les premiers 2 200 \$ de biens/services (c.-à-d., Traitement dans le cadre de la tranche 1 de la LDBL [semaine 1-4] 775 \$, tranche 2 [semaine 5-8] 500 \$, tranche 3 [semaine 9-12] 225 \$ – Traitement total 1 500 \$ Autre Visite initiale 215 \$ Biens et services supplémentaires 400 \$ Établissement du rapport de décharge pour blessure mineure [FDIO-24] 85 \$, Autre total 700 \$) conformément aux LDBL – Ligne directrice du surintendant n° 02/11 publiée en novembre 2011.

¹⁵ L'Ontario Health Claims Database HCDB Standard Report (rapport standard de la Base de données des allégations santé de l'Ontario) d'août 2023 indique que la demande d'indemnisation moyenne au titre de la LDBL était de 1 258 \$ en 2023 <https://a-us.storyblok.com/f/1003207/x/2e067145d6/hcdb-standard-report-2023h1.pdf> (voir p.34).

FSSS peuvent également coordonner ou superviser directement la prestation de services à la personne assurée par d'autres FSSS appropriés.

Annexe B : Lignes directrices sur les blessures légères – Tableau d'honoraires

Interventions	Frais
<ul style="list-style-type: none"> • Visite initiale (1 séance) 	215 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Étape de traitement (jusqu'à 12 semaines après l'accident) <ul style="list-style-type: none"> ○ Tranche 1 (semaines 1-4) ○ Tranche 2 (semaines 5-8) ○ Tranche 3 (semaines 9-12) 	775 \$ 500 \$ 225 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi par un praticien de santé (se reporter à la section 8[c] de la ligne directrice) 	200 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Remplir le Rapport de congé de traitement (FDIO-24) payable une fois au congé 	85 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Biens et services supplémentaires 	400 \$ (maximum global)
<ul style="list-style-type: none"> • Frais de transfert en cas de changement de praticien de santé par la personne assurée 	50 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Frais de radiographie 	Voir l'annexe C

Rétroaction des parties prenantes

La plupart des commentaires des parties prenantes reçus précédemment au sujet de la LDBL portent sur des questions qui ne relèvent pas du champ d'application du présent document de consultation et n'ont pas trait au tableau d'honoraires de la LDBL.

Options LDBL

Option A – LDBL : Indexer les taux dans le tableau d'honoraires¹⁶

Raison d'être :

Le tableau d'honoraires des LDBL prévoit un tarif maximum pour la visite initiale, le traitement, le suivi, le remplissage des formulaires et le transfert du dossier, quel que soit le FSSS qui fournit les soins (c.-à-d., que des taux différents ne sont pas payés à des FSSS différents). Les taux du tableau d'honoraires n'ont pas augmenté depuis l'introduction de la LDBL en 2010 et devraient être indexés.

Considérations :

- Veille à ce que les FSSS soient payés aux taux du marché, étant donné que d'autres systèmes de tiers payeurs en Ontario ont augmenté les frais des FSSS (c.-à-d., la CSPAAT).
- La majorité des consommateurs serait touchée par toute augmentation, car la plupart des blessures relèvent de la LDBL.
- Les réactions des parties prenantes n'indiquent pas que l'augmentation du tableau des honoraires de la LDBL soit une question urgente.

¹⁶ L'annexe C Tableau des honoraires pour les radiographies de la LDBL a également été examinée. Aucune modification n'est recommandée pour l'annexe C de la LDBL, car les taux actuels pour les radiographies sont plus élevés que ceux actuellement payés par la RAMO pour des services comparables.

- L'augmentation du tableau des honoraires des LDBL n'aborderait pas les questions plus générales liées aux LDBL (c.-à-d., le coût de la fourniture de soins aux personnes souffrant de plus d'une blessure, la classification au titre de la LDBL/non-LDBL).
- La majorité des consommateurs souffrant de blessures légères n'atteignent pas le seuil de 3 500 dollars pour les prestations médicales/de réadaptation et, par conséquent, toute augmentation des taux de la LDBL n'aurait qu'une incidence limitée sur la capacité des consommateurs à accéder à un traitement.
- Il pourrait en résulter des efforts encore plus importants pour que les blessures des consommateurs soient classées comme non invalidantes et/ou davantage de litiges devant le TAMP, étant donné que la limite des prestations de la LDBL signifie que l'augmentation des frais payés aux FSSS se traduira par une diminution des traitements pour certains consommateurs.
- S'aligne sur le résultat selon lequel les consommateurs reçoivent les soins dont ils ont besoin tandis que les FSSS sont rémunérés de manière appropriée.

Option B – LDBL : Statu quo – Maintien des taux dans le tableau des honoraires

Raison d'être :

La LDBL définit les biens et services qui seront pris en charge par l'assureur sans autorisation s'ils sont fournis par un FSSS à une personne assurée ayant subi une blessure mineure. Le tableau des honoraires de la LDBL a été conçu pour couvrir les services d'une variété de FSSS et, par conséquent, il pourrait être souhaitable de maintenir le tableau des honoraires existant.

Considérations :

- Les taux du tableau des honoraires sont généreux par rapport à d'autres systèmes de paiement.
 - La visite initiale d'un chiropraticien dans le cadre de la LDBL est de 215 dollars, alors qu'elle n'est que de 68,49 dollars dans le cadre de la CSPAAT.
- Les frais payables en vertu du tableau des honoraires sont les mêmes, quel que soit le FSSS (c.-à-d., qu'un médecin reçoit le même montant qu'un chiropraticien).
- Les réactions des parties prenantes indiquent que l'augmentation du tableau des honoraires n'est pas une question urgente.
- Les frais fixes peuvent être perçus comme trop faibles pour certains praticiens de santé (p. ex., les médecins), compte tenu de l'étendue de l'activité qu'ils englobent.

- Le coût de la première visite est de 215 dollars. Cela comprend tous les services d'évaluation et d'intervention et inclut le Formulaire de confirmation pré-approuvé du traitement de la structure (FDIO-23).
- Ne s'aligne pas sur le résultat d'une rémunération appropriée pour les FSSS.

Questions sur la consultation relative à la LDBL

Déterminer les taux et analyses des taux

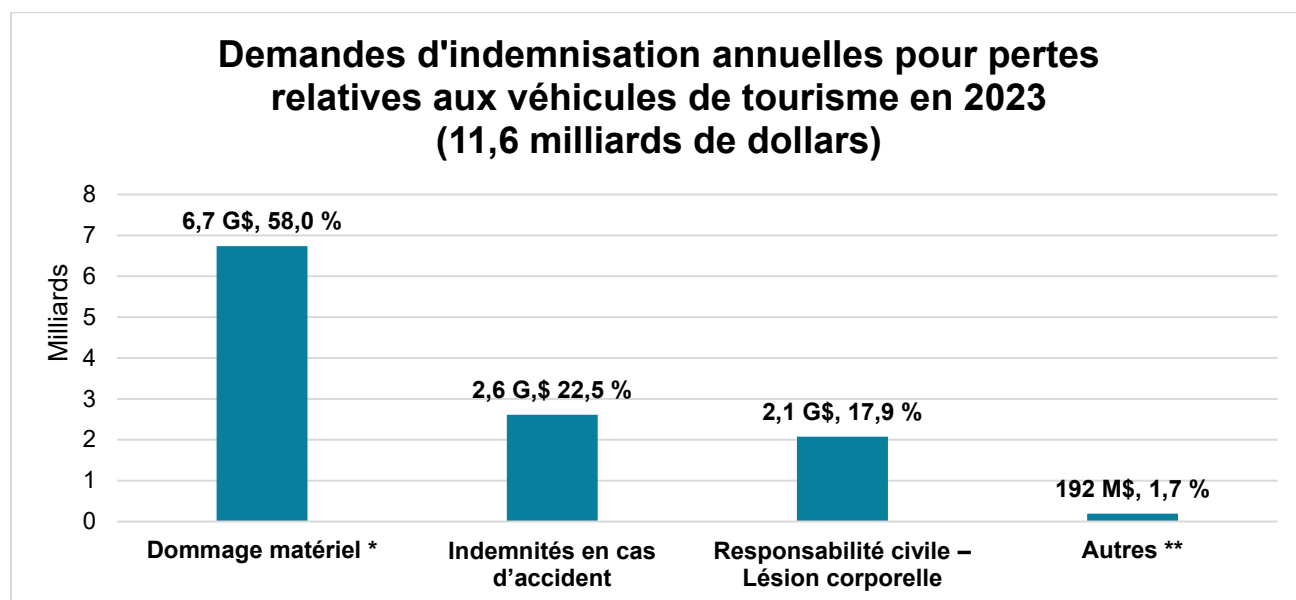
1. Si les taux de la LDBL sont indexés (option A), sur quoi devraient-ils être indexés et pourquoi?
2. Les augmentations de taux (option A) doivent-elles être échelonnées sur plusieurs années ou doivent-elles avoir lieu en une seule fois?
3. La tranche existante du tableau des honoraires et les montants pour les traitements de la LDBL préapprouvés sont-ils appropriés? Pourquoi ou pourquoi pas?
4. L'ARSF doit-elle examiner régulièrement les taux de la LDBL et, dans l'affirmative, à quelle fréquence (c'est-à-dire chaque année, tous les deux ans, etc.)?

Autres considérations

5. Y a-t-il d'autres options ou considérations relatives aux taux ou aux frais qui devraient être envisagées pour le LDBL?
6. Avez-vous des preuves que les consommateurs ont des difficultés à obtenir les soins de santé dont ils ont besoin en raison des taux actuels de la LDBL?

7. Quelles sont les principales considérations relatives à la mise en œuvre qui doivent être prises en compte pour chaque option (p. ex., le calendrier, les mises à jour des systèmes de facturation, etc.)?
8. Comment l'ARSF peut-elle contribuer à faire en sorte que toute modification de la DSP soit communiquée aux FSSS, aux assureurs, aux consommateurs et aux autres parties prenantes?
9. Y a-t-il d'autres considérations qui n'ont pas été prises en compte et qui devraient l'être dans le cadre de l'examen de la LDBL?

Annexe A – Pertes liées aux demandes d'indemnisation au titre de l'assurance automobile



Les coûts des demandes d'indemnisation au titre de l'assurance automobile se répartissent en trois catégories principales :

- **Domages physiques** : Assure contre divers dommages tels que les collisions, le vandalisme, l'incendie et le vol.

- **Indemnités en cas d'accident** : Fournit une indemnisation sans égard à la faute (c.-à-d., soins médicaux/de réadaptation, soins auxiliaires, remplacement du revenu).
- **Responsabilité civile** : Réparation des dommages causés à des tiers à la suite d'une négligence de la part d'une personne.

Annexe B – Liste des professionnels/fournisseurs de soins de santé (DSP)

Remarque : Dans la DSP, les FSSS énumérés sont appelés professionnels/fournisseurs de soins de santé. Seuls les professionnels/fournisseurs énumérés ci-dessous peuvent fournir des services dans le cadre de la DSP.

Annexe – Taux et frais révisés

Professionnel/fournisseur de soins de santé	Taux horaire maximal, à l'exception des déficiences invalidantes	Taux horaire maximum incluant les déficiences invalidantes*
Chiropraticiens	112,81 \$	135,36 \$
Massothérapeutes	58,19 \$	89,07 \$
Ergothérapeutes	99,75 \$	119,92 \$
Physiothérapeutes	99,75 \$	119,92 \$
Podiatres	99,75 \$	119,92 \$
Psychologues et associés en psychologie	149,61 \$	179,29 \$
Orthophonistes	112,22 \$	134,17 \$
Infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières praticiennes	91,43 \$	109,24 \$
Kinésiothérapeutes	58,19 \$	89,07 \$

Fournisseurs non réglementés		
Gestionnaires de cas	58,19 \$	89,07 \$
Conseillers familiaux	58,19 \$	89,07 \$
Psychométriciens	58,19 \$	89,07 \$
Conseillers en réadaptation	58,19 \$	89,07 \$
Conseillers en orientation professionnelle	58,19 \$	89,07 \$

*Ce taux s'applique à tous les services rendus à partir du 6 septembre 2014 à une personne assurée dont la déficience est considérée comme une déficience invalidante au sens de l'AIAL, que ces services soient rendus avant ou après cette détermination.

Formulaire	Frais maximaux exigibles pour la préparation des formulaires
Certificat d'invalidité (FDIO-3)	200 \$
Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18)	200 \$
Facture d'assurance-automobile standard (FDIO-21)	0 \$

Annexe C – Prestations pour soins auxiliaires

Pour les accidents survenus le ou après le 1 ^{er} juin 2016	Demandes d'indemnisation pour déficience non invalidante	Demandes d'indemnisation pour déficience invalidante
<p>Prestation maximale</p> <p>(Prestation standard – plafond combiné pour les soins médicaux, la réadaptation et les soins auxiliaires)</p>	<p>Maximum de 3 000 \$ par mois et de 65 000 \$</p> <p>*Les plafonds des frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires sont augmentés si le consommateur a souscrit la couverture optionnelle de 130 000 \$ ou de 1 000 000 \$</p>	<p>Maximum de 6 000 \$ par mois et de 1 000 000 \$</p> <p>*Les plafonds des frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires sont augmentés si le consommateur a acheté la couverture optionnelle de 1 000 000 \$ (toutes les blessures) et/ou de 1 000 000 \$ (blessures invalidantes)</p>
<p>Durée</p>	<p>Jusqu'à 260 semaines (5 ans) si la personne assurée a plus de 18 ans à la date du sinistre, sinon jusqu'à l'âge de 28 ans</p>	<p>Durée de vie</p>

Pour les accidents survenus le ou après le 1^{er} juin 2016	Demandes d'indemnisation pour déficience non invalidante	Demandes d'indemnisation pour déficience invalidante
<p>Limites</p> <p>(Définies dans le règlement et non dans la ligne directrice)</p>	<p>Aucuns frais ne sont dus à la famille ou aux amis s'il n'y a pas de perte de revenus. Aucuns frais ne sont dus sauf en cas de perte subie.</p> <p>Les taux sont fixés en fonction de la date de l'accident et n'augmentent pas.</p> <p>Les prestations pour soins auxiliaires ne sont pas disponibles si les blessures subies sont répertoriées dans la ligne directrice sur les blessures légères (LDBL).</p>	

Annexe D – LDBL des praticiens de la santé

Remarque : Dans le cadre de la LDBL, seuls les praticiens de santé figurant sur la liste peuvent fournir des services.

[Annexe sur les indemnités d'accident légales art. 3](#) – Définitions

« praticien de la santé » À l'égard d'une déficience donnée, s'entend de l'un des praticiens suivants :

- a) un médecin;
- b) un chiropraticien, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- c) un dentiste, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- d) un ergothérapeute, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- e) un optométriste, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- f) un psychologue, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- g) un physiothérapeute, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- h) une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé titulaire d'un certificat d'inscription supérieur, si la loi l'autorise à traiter cette déficience;
- i) un orthophoniste, si la loi l'autorise à traiter cette déficience. (« health practitioner »)