

Projets de règlement

Projet de règlement

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001)

Assistance médicale — Modification

Avis est donné par les présentes, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), que le projet de Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale, dont le texte apparaît ci-dessous, pourra être adopté par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail et soumis pour approbation au gouvernement, conformément au premier alinéa de l'article 455 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de la présente publication.

Ce projet de règlement propose d'augmenter les tarifs pour les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie tout en introduisant une limite de la fréquence des traitements qui sont payables par la Commission. Il revoit également les conditions de paiement de ces coûts d'assistance médicale et propose de nouvelles modalités relativement aux comptes, ainsi qu'aux rapports qui doivent être fournis à la demande de la Commission. Il propose également d'abolir certains rapports et documents qui doivent être transmis à la Commission, ainsi que des tarifs afférents à certains types de traitements particuliers.

Ce projet propose également des règles particulières à l'ergothérapie, notamment à l'égard de certaines lésions professionnelles.

Ce projet propose finalement l'introduction d'un délai à tous les intervenants de la santé visés dans le Règlement sur l'assistance médicale pour soumettre une demande de paiement pour des services professionnels rendus aux travailleurs victimes d'une lésion professionnelle. Il précise également certaines conditions générales de paiement pour les évaluations initiales, les soins et les traitements dispensés par un membre d'un ordre professionnel. Il propose aussi d'abolir l'exigence de transmettre systématiquement une ordonnance médicale de soins ou de traitements à la Commission, pour la remplacer par une obligation de la conserver au dossier tenu par l'intervenant de la santé.

L'impact de ce règlement sur les entreprises, en particulier sur les PME, est direct pour les cliniques privées de physiothérapie et d'ergothérapie. L'augmentation des tarifs proposée est bénéfique pour leurs revenus et la charge administrative qui leur est actuellement imposée, notamment la production de rapports, est allégée. Toutefois, cette augmentation des tarifs pourrait avoir des répercussions légères sur le taux de cotisation pour les employeurs.

Des renseignements additionnels peuvent être obtenus en s'adressant à madame Michelle Morin, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 1199, rue De Bleury, Montréal (Québec) H3B 3J1, téléphone 514 906-3006, poste 2409, télécopieur 514 906-3009.

Toute personne intéressée ayant des commentaires à formuler est priée de les faire parvenir par écrit, avant l'expiration du délai ci-haut mentionné, à monsieur Claude Sicard, vice-président au partenariat et à l'expertise-conseil, Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 524, rue Bourdages, local 220, Québec (Québec) G1K 7E2.

*La présidente du conseil d'administration
et chef de la direction de la Commission
des normes, de l'équité, de la santé
et de la sécurité du travail,*
MANUELLE OUDAR

Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001, a. 189 par. 5^o et 454 par. 3.1^o)

1. Le Règlement sur l'assistance médicale (chapitre A-3.001, r. 1) est modifié à l'article 1 par :

1^o l'insertion, avant la définition de « intervenant de la santé », de la définition suivante :

« « compte » : une facture, une note d'honoraires ou une transaction de paiement par un lien électronique ou autre support technologique autorisé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail en vertu de l'article 356 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001); »;

2° le remplacement, de la définition de « intervenant de la santé », par la suivante :

« *« intervenant de la santé »* : une personne physique, autre qu'un professionnel de la santé au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, inscrite au tableau d'un ordre professionnel régi par le Code des professions (chapitre C-26) et qui est visée par le présent règlement; »;

3° l'ajout, à la fin, des définitions suivantes :

« *« séance »* : une visite, avec ou sans rendez-vous, faite à un intervenant de la santé par un travailleur victime d'une lésion professionnelle afin de recevoir des soins ou des traitements ou en vue de réaliser une évaluation initiale;

« *« service professionnel »* : un acte posé par un intervenant de la santé, autre qu'un soin ou un traitement. ».

2. L'article 2 de ce règlement est modifié par le remplacement de « Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais prévus au présent règlement font partie de », par ce qui suit : « Les soins, les traitements, les services professionnels, les aides techniques et les autres frais prévus au présent règlement constituent ».

3. L'article 3 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« **3.** La Commission assume le coût des soins, des traitements, des services professionnels et des aides techniques reçus au Québec, selon les conditions et les montants prévus au présent règlement, si ceux-ci ont été prescrits par le médecin qui a charge du travailleur avant qu'ils ne soient reçus ou que les dépenses pour ceux-ci ne soient faites. À moins de disposition contraire, ces montants comprennent les fournitures et les frais accessoires reliés à ces soins, traitements, services ou aides techniques.

De plus, toute réclamation à la Commission concernant ces soins, traitements, services professionnels ou aides techniques doit être accompagnée de la recommandation de l'intervenant de la santé, le cas échéant, et des pièces justificatives détaillant leur coût. L'intervenant de la santé doit conserver l'ordonnance dans son dossier relatif à un travailleur et fournir celle-ci, sur demande, à la Commission. ».

4. Ce règlement est modifié par l'insertion, après l'article 3, du suivant :

« **3.1.** Le compte relatif à un frais prévu au présent règlement doit être transmis à la Commission dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation du service, du soin ou du traitement, de la fourniture d'une aide technique ou de l'acte relatif à un autre frais. Dans le cas d'un rapport, ce délai commence à courir à compter de la date où il devient exigible. ».

5. L'article 5 de ce règlement est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa, avant le mot « frais », du mot « autres ».

6. Le titre de la section III de ce règlement est remplacé par le suivant : « SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS ».

7. L'article 6 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« **6.** La Commission assume le coût des soins, des traitements et des services professionnels déterminés à l'annexe I, jusqu'à concurrence des montants qui y sont prévus, s'ils sont fournis personnellement par un intervenant de la santé qui est membre de l'ordre professionnel correspondant aux soins, aux traitements ou aux services prescrits. Cet intervenant de la santé doit également être dûment autorisé à exercer, à poser l'acte facturé et, le cas échéant, être titulaire d'un permis valide à cette fin. ».

8. L'article 7 de ce règlement est modifié par le remplacement de « soins infirmiers, des traitements de chiropratique, de physiothérapie et d'ergothérapie » par ce qui suit : « séances pour des soins infirmiers et des traitements de chiropratique et de physiothérapie ».

9. L'article 9 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« **9.** La première séance chez un intervenant de la santé, même s'il ne s'agit que de l'évaluation initiale, est payée jusqu'à concurrence des montants prévus à l'annexe I, ou ceux pour une séance de soins ou de traitements si aucun tarif spécifique n'y est prévu, sauf s'il s'agit de services professionnels d'audiologie ou d'orthophonie.

Aucun autre montant n'est payable par la Commission pour une évaluation initiale lorsque celle-ci se poursuit au-delà de la première séance chez un intervenant de la santé. ».

10. L'article 10 de ce règlement est modifié, dans le premier alinéa, par le remplacement des mots « relevés d'honoraires », par le mot « comptes ».

11. L'article 11 de ce règlement est modifié par le remplacement des mots « relevés d'honoraires », par le mot « comptes ».

12. Les articles 13 à 17 de ce règlement sont remplacés par les suivants :

« **13.** Pour chacun des soins ou des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie, la Commission en assume le coût jusqu'à un maximum d'une séance de soins ou de traitements par jour et de trois séances de soins ou de traitements par semaine, sous réserve d'une prescription contraire du médecin qui a charge du travailleur.

14. Lorsqu'une évaluation initiale se poursuit au-delà de la première séance, alors qu'un soin ou un traitement est également dispensé à cette même occasion, elle ne doit pas nuire à ce soin ou ce traitement, ni en réduire la qualité ou la durée.

15. Un physiothérapeute, un thérapeute en réadaptation physique et un ergothérapeute doivent tenir un registre indiquant, pour chaque séance, la date, l'acte professionnel posé, soit l'évaluation initiale ou un soin ou un traitement, et le nom de l'intervenant de la santé qui a rencontré le travailleur.

Le travailleur doit signer ce registre à chaque séance.

Le registre doit être conservé au dossier tenu par l'intervenant de la santé pour la même période qu'il doit conserver celui-ci. Ce registre doit être mis à la disposition de la Commission, sur demande.

Un registre tenu sur un support faisant appel aux technologies de l'information doit respecter les dispositions de la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information (chapitre C-1.1).

16. Un physiothérapeute et un ergothérapeute doivent transmettre à la Commission un premier compte dont la forme et la teneur doivent être conformes à la formule prévue à l'annexe III ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission, dans les sept jours de la première séance. Ils doivent également utiliser ce formulaire de compte ou un support technologique autorisé pour réclamer un montant relatif à des soins ou des traitements.

Le formulaire du compte est disponible sur le site Internet de la Commission.

16.1. À la demande de la Commission, un physiothérapeute ou un ergothérapeute doit fournir un rapport dont la forme et la teneur doivent être conformes à la formule prévue à l'annexe III.1 ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission. Le formulaire du rapport est disponible sur le site Internet de la Commission.

Ce rapport doit être transmis à la Commission et au médecin qui a charge du travailleur dans les 15 jours qui suivent la date de sa demande.

16.2. Un rapport n'est payable par la Commission que s'il est effectué sur le formulaire prévu à l'annexe III.1 ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conforme à celui autorisé par la Commission et que s'il est complet.

16.3. Sauf en cas de force majeure, lorsqu'un rapport n'est pas produit dans le délai prévu au deuxième alinéa de l'article 16.1, la Commission retient le paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dispensés à compter de la date limite où le rapport devait être fourni, jusqu'à ce qu'il soit transmis à la Commission.

Lors de la production du rapport, la Commission procède au paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dont le paiement a été retenu.

17. La Commission assume le coût d'une séance pour des soins ou des traitements qui sont prévus dans le plan individualisé de soins et de traitements du travailleur établi en fonction de ses besoins spécifiques, même si un travailleur reçoit ceux-ci simultanément avec d'autres personnes. ».

17.0.1. Les services d'ergothérapie suivants ne constituent pas de l'assistance médicale :

1^o un programme d'intégration au travail ou de retour thérapeutique au travail;

2^o une visite d'un poste de travail ou son adaptation et l'essai d'équipement;

3^o une évaluation de la conduite automobile et l'adaptation d'un véhicule;

4^o une adaptation du domicile;

5^o un programme d'intégration sociale ou toute autre évaluation ou intervention dans le cadre de la réadaptation prévue au chapitre IV de la Loi;

6^o une Intervention dans le cadre d'un programme interdisciplinaire ou multidisciplinaire;

7^o un programme de développement ou tout autre service d'évaluation des capacités fonctionnelles ou de travail, ou toute autre intervention poursuivant ces mêmes objectifs;

8^o une intervention en santé mentale.

17.0.2. Sous réserve d'une prescription contraire du médecin qui a charge du travailleur, la Commission n'assume que le coût des séances d'ergothérapie tenues à compter de la 6^e semaine qui suit la date de la lésion professionnelle et si celle-ci n'est pas consolidée à cette date. Il en est de même pour le remboursement du coût d'une évaluation initiale.

Malgré le premier alinéa, la Commission assume le coût des séances tenues avant cette date, si l'ordonnance du médecin qui a charge du travailleur concerne une ou des lésions suivantes :

1^o une lésion à la main ou au poignet;

2^o un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion;

3^o une atteinte nerveuse aux membres supérieurs;

4^o une brûlure, peu importe le siège de la lésion. ».

13. Le titre de la section IV de ce règlement est modifié par l'insertion, après le mot « ET », du mot « AUTRES ».

14. L'annexe I est remplacée par la suivante :

« ANNEXE I

SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS PAR DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ

1. Soins et traitements :

Acupuncture

Soins d'acupuncture fournis par un acupuncteur, par séance 27,00 \$

Chiropratique

Traitement de chiropratique, par séance (Ce montant inclut le coût des radiographies) 32,00 \$

Ergothérapie

Traitement, par séance 46,00 \$

Physiothérapie

Traitement, par séance 42,00 \$

Psychologie

Soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie, tarif horaire 86,60 \$

Soins à domicile

Traitements de chiropratique, par séance 50,00 \$

Traitement de physiothérapie, par séance 50,00 \$

Soins infirmiers, par séance 44,00 \$

2. Services professionnels :

Audiologie

Audiologie (entrevue, consultation de dossier, par séance) 20,25 \$

Épreuves audiométriques tonales 54,25 \$

Épreuves audiométriques vocales (recherche des seuils et discrimination) 20,25 \$

Épreuves impédancemétriques (tympanogramme, réflexes stapédiens, adaptation du réflexe stapédien, test de Metz) 20,25 \$

Épreuves impédancemétriques de dépistage 3,50 \$

Tests spéciaux (A.B.L.B., S.I.S.I., adaptation, Békésy, etc.), chacun 15,00 \$

Épreuves électrophysiologiques (Écho G; potentiels évoqués) :

— sans anesthésie 54,25 \$

— sous anesthésie 114,00 \$

Délivrance du rapport d'évaluation audiolinguistique et, le cas échéant, d'un certificat d'aide auditive 30,50 \$

Analyse de besoins et évaluation des moyens de suppléance appropriés 33,00 \$

Vérification d'aide auditive psychoacoustique 40,00 \$

Vérification d'aide auditive électroacoustique 33,00 \$

Ergothérapie

Évaluation initiale 85,00 \$

Rapports 25,00 \$

Orthophonie

Orthophonie (entrevue, consultation de dossier), par séance	32,00 \$
Épreuves de compensation visuelle de la surdité	32,00 \$
Épreuves des paramètres Vocaux	48,00 \$
Épreuves des processus expressifs Oraux	32,00 \$
Épreuves des processus réceptifs Oraux	32,00 \$
Épreuves de réalisation phonétique	16,00 \$
Épreuves de langage écrit	64,00 \$
Épreuves de rythme	47,50 \$
Épreuves complémentaires (tels praxies, calcul) par épreuve	16,00 \$
Délivrance du rapport d'évaluation orthophonique	30,50 \$

Physiothérapie

Rapports	25,00 \$
----------	----------

Podiatrie

Par séance	32,00 \$
------------	----------

Examens de laboratoire

Le coût de ces examens est remboursé selon les montants prévus à l'entente conclue en vertu de l'article 195 de la Loi. ».

15. Le titre de l'annexe II de ce règlement est modifié par l'insertion, après le mot « ET », du mot « AUTRES ».

16. L'annexe II de ce règlement est modifiée par :

1^o l'insertion, au paragraphe 3c de l'article 3 intitulé « Aides à la thérapie », sous le titre « 4. **Lits d'hôpitaux et accessoires** », et après le mot « exercice », de ce qui suit : « , un ballon, une bande élastique »;

2^o par le remplacement, avant l'article 5, du titre « **FRAIS** » par « **AUTRES FRAIS** ».

17. L'annexe III de ce règlement est remplacée par les suivantes :

«**ANNEXE III**

(a. 16)

COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE



**COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS
DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE**
Santé et sécurité du travail

<input type="checkbox"/> Physiothérapie		<input type="checkbox"/> Ergothérapie		N° de dossier du travailleur																														
Renseignements sur le travailleur																																		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom		N° d'assurance maladie																														
Code postal		Date de l'événement d'origine		Date de récurrence, rechute ou aggravation																														
		A A A A A M M J J J		A A A A A M M J J J																														
Médecin																																		
Médecin qui a charge du travailleur				N° de permis																														
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)				Date de la prescription																														
				A A A A A M M J J J																														
1 Diagnostic																																		
2 Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement?																																		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																		
3 Prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement indiquée par le médecin qui a charge?																																		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																		
4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le médecin qui a charge?																																		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																		
Renseignements sur le fournisseur																																		
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)				N° de fournisseur																														
5 Transfert de clinique (ou d'établissement de santé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Téléphone																														
				Télécopieur																														
6 Indiquez les soins et traitements ou services rendus en utilisant les codes appropriés disponibles sur le site Web de la CNESST.																																		
Mois	An	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Précisez la date du dernier traitement ou de la dernière absence si elle est la cause de la fin des traitements				Date de la fin des traitements																														
				A A A A A M M J J J																														
Intervenant de la santé																																		
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale				N° de membre																														
Signature				Date																														
				A A A A A M M J J J																														
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements				N° de membre																														
Signature				Date																														
				A A A A A M M J J J																														
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements				N° de membre																														
Signature				Date																														
				A A A A A M M J J J																														

ANNEXE III.1

(a. 16.1)

RAPPORTS DE PHYSIOTHÉRAPIE ET D'ERGOTHÉRAPIE


RAPPORT DE PHYSIOTHÉRAPIE
 Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande du rapport		AAAA MM JJ	N° de dossier du travailleur		_____
Renseignements sur le travailleur					
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom		Date de l'événement d'origine	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Code postal		Date de récurrence, rechute ou aggravation	
2 Diagnostic		Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/>		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
				N° d'assurance maladie	
Médecin					
Médecin qui a charge du travailleur		N° de permis		Date de la prescription	
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		Téléphone			
Renseignements sur le fournisseur					
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		N° de fournisseur			
Date de l'évaluation initiale	AAAA MM JJ	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur	
Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport				N° de membre	
3 Données subjectives (perceptions du travailleur)					
Intensité de la douleur ressentie : au repos _____ /10 en mouvement _____ /10 à la palpation _____ /10					
Positions ou mouvements affectés :					
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O					
Si oui, décrire.					
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O					
Si oui, décrire.					
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :					
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %					
Autres données					

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																					
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																				
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																				
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)																																																																																																				
5 Données fonctionnelles et opinion du physiothérapeute ou du thérapeute en réadaptation physique. Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																					
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																				
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																				
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg	<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg	<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																			
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Force de préhension :	_____ kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Manipuler :	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Autres données fonctionnelles :																																																																																																					
	Minutes	Heures																																																																																																			
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																		
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Force de préhension :	_____ kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Manipuler :	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																			
Autres données fonctionnelles :																																																																																																					
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																					
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?																																																																																																					

Données fonctionnelles et opinion du physiothérapeute ou du thérapeute en réadaptation physique (suite)									
Décrire l'évolution des obstacles au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).									
Décrire l'évolution des leviers pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).									
7 Plan de traitement									
Modalités actives :									
Modalités passives :									
8 État du travailleur									
Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %									
Recommandez-vous la fin des traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si oui , quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
Quelles sont les difficultés résiduelles? <input type="checkbox"/> S/O									
Si non , combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous? Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre : _____ Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?									
Commentaires / Recommandations									
Signature du membre de l'OPPP qui a rempli le rapport									
Date <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		



RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande
du rapport

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

N° de dossier
du travailleur

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

Renseignements sur le travailleur

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

Médecin

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

Renseignements sur le fournisseur

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

3 Données subjectives (perceptions du travailleur)

Intensité de la douleur ressentie : au repos ____/10 en mouvement ____/10 à la palpation ____/10
Positions ou mouvements affectés :

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

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

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

Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration ____ % Stable Détérioration ____ %

Autres données

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel
Date de l'examen <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Date de l'examen <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute. Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

6 État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)		État actuel	
Date de l'examen <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		Date de l'examen <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
Minutes	Heures	Minutes	Heures
Debout : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O	Debout : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O
Assis : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O	Assis : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O
Accroupi : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O	Accroupi : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O
À genoux : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O	À genoux : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O
Marcher : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O	Marcher : _____	_____ <input type="checkbox"/> S/O
Escalier : <input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches <input type="checkbox"/> S/O	Escalier : <input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches <input type="checkbox"/> S/O
Pousser : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O
Tirer : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O
Force de préhension : _____ kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension : _____ kg	<input type="checkbox"/> S/O
Manipuler : _____	<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler : _____	<input type="checkbox"/> S/O
Soulever des charges : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O
Transporter des charges : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges : <input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg <input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O
Autres données fonctionnelles :		Autres données fonctionnelles :	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)			
Participation du travailleur au cours de l'évaluation (collaboration, intérêt, effort, assiduité). Précisez :			
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des obstacles au retour au travail, s'il y a lieu.			

Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute (suite)	
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des leviers pour le retour au travail, s'il y a lieu.	
Opinion de l'ergothérapeute sur le retour au travail et sur la réalisation des activités quotidiennes. Précisez :	
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?	
7 Plan de traitement	
Modalités actives :	
Modalités passives :	
8 État du travailleur	
Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %	
Recommandez-vous la fin des traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui , quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	
Quelles sont les difficultés résiduelles? <input type="checkbox"/> S/O	
Si non , combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous? Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre : _____ Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?	
Commentaires / Recommandations	
Signature du membre de l'OEQ qui a rempli le rapport	Date <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>

DISPOSITIONS DE DROIT TRANSITOIRE ET FINALE

18. Malgré le deuxième alinéa de l'article 3, tel que remplacé par l'article 3 du présent règlement, un membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec doivent transmettre à la Commission une prescription de soins ou de traitements qui ne respecte pas les normes établies par l'article 13 ou l'article 17.0.2, tels qu'édictees par l'article 12 du présent règlement, et ce jusqu'au 30 juin 2019.

19. Le délai de 180 jours prévu à l'article 3.1, édicté par l'article 4 du présent règlement, commence à courir à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement à l'égard des services professionnels, des soins ou des traitements dispensés avant cette date.

20. Malgré l'article 7, tel que modifié par l'article 8 du présent règlement, un travailleur peut continuer de recevoir des soins à domicile d'ergothérapie si ceux-ci ont été prescrits avant l'entrée en vigueur du présent règlement.

Le tarif pour ces soins, prévu à l'annexe I tel qu'il se lisait avant son remplacement par l'article 14 du présent règlement, continue de s'appliquer aux soins à domicile visés au premier alinéa.

21. Les frais payables pour la première visite chez un intervenant de la santé, visée par l'article 9, avant son remplacement par l'article 9 du présent règlement, qui sont exigibles à une date antérieure de la date d'entrée en vigueur du présent règlement ne sont pas payables si le compte est transmis à la Commission plus de 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

22. L'article 13, édicté par l'article 12 du présent règlement ne s'applique qu'à l'égard d'un changement dans le plan de traitement d'un travailleur ou d'une prescription émise à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

23. Les frais payables pour les traitements à la suite de la production d'un rapport initial, un rapport d'étape, un rapport de fin d'intervention et un avis motivé, exigés par les articles 14 à 16, avant leur remplacement par l'article 12 du présent règlement, qui sont exigibles à une date antérieure de la date d'entrée en vigueur du présent règlement ne sont pas payables si ces rapports et avis sont transmis à la Commission plus de 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

24. Les frais payables pour un avis motivé, visé par l'article 16, avant son remplacement par l'article 12 du présent règlement, qui sont exigibles à une date antérieure de la date d'entrée en vigueur du présent règlement ne sont pas payables si le compte est transmis à la Commission plus de 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

25. Les articles 17.0.1 et 17.0.2, édictés par l'article 12 du présent règlement ne s'appliquent qu'à l'égard d'une lésion professionnelle ou d'un nouvel événement survenus à compter de la date de l'entrée en vigueur du présent règlement.

26. Les soins et les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie fournis avant la date de l'entrée en vigueur du présent règlement sont payés par la Commission selon le tarif applicable au moment où ils ont été fournis.

27. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

66652

Projet d'arrêté ministériel

Loi sur l'exercice de certaines compétences municipales dans certaines agglomérations
(chapitre E-20.001)

Règles permettant d'établir le potentiel fiscal des municipalités liées de l'agglomération de Montréal aux fins de la répartition des dépenses d'agglomération — Remplacement

Avis est donné par les présentes, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), que l'Arrêté remplaçant l'Arrêté de la ministre des Affaires municipales et des Régions du 26 novembre 2008 concernant les règles permettant d'établir le potentiel fiscal des municipalités liées de l'agglomération de Montréal aux fins de la répartition des dépenses d'agglomération, dont le texte apparaît ci-après, pourra être édicté à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de la présente publication.

Ce projet d'arrêté vise à remplacer l'Arrêté du 26 novembre 2008 afin d'établir de nouvelles règles de détermination du potentiel fiscal, pour les exercices financiers de 2017, de 2018 et de 2019, se rapprochant de la définition du potentiel fiscal, prévue à l'article 261.5 de la Loi sur la fiscalité municipale (chapitre F-2.1). Il permettra aussi de corriger certains effets incongrus de la formulation antérieure.