

CET- 013M
C.P. – PL 59
Santé et sécurité
au travail
VERSION RÉVISÉE

Projet de Loi 59 : Loi modifiant le régime de santé et de sécurité du travail

Comparaison interprovinciale et recommandations

Le 13 janvier 2021

**MORNEAU
SHEPELL** 

En collaboration avec :

MORENCY 
SOCIÉTÉ D'AVOCATS



Mieux-être des gens. Succès des entreprises.

Objectifs de notre analyse

Nous estimons que le projet de loi 59 est une excellente occasion de moderniser le régime de santé et sécurité du travail, tant en matière de prévention que de réparation des lésions professionnelles.

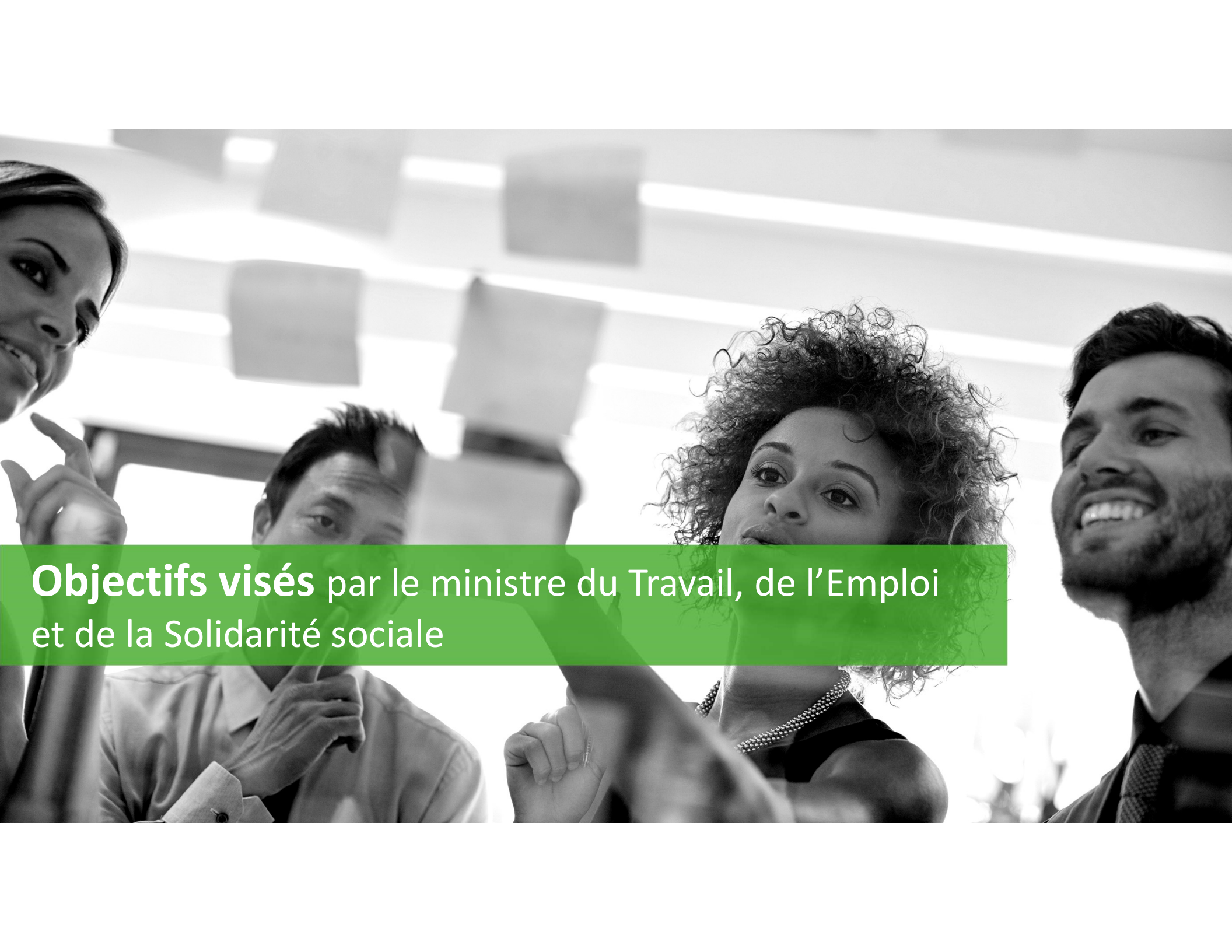
Nous croyons qu'il y a lieu d'unir les efforts des employeurs et des travailleurs pour prévenir les lésions professionnelles et assurer, le cas échéant, le maintien du lien d'emploi tout en s'assurant d'avoir un régime public qui demeure compétitif par rapport aux autres provinces canadiennes.

Sylvain Lebel, ASA
Premier vice-président, Santé et productivité
Morneau Shepell
slebel@morneaushepell.com
514 531-2124

Bernard Cliche, Ad. E
Associé
Morency Société d'avocats s.e.n.c.r.l.
bcliche@morencyavocats.com
418 651-9900

Objectifs de notre analyse

- Ce rapport consiste principalement en une analyse exhaustive des principaux éléments du projet de loi 59 (PL59) en comparaison avec les principales dispositions actuellement en vigueur dans les autres régimes canadiens d'accidents du travail (Ontario, Alberta, Colombie-Britannique et Manitoba), notamment concernant :
 - Performance de la CNESST
 - Obligations en prévention
 - Processus de retour au travail
 - Niveau d'indemnisation
 - Imputation
 - Financement du régime
 - Autres éléments
- Nous soumettons aussi diverses recommandations spécifiques afin que ce projet de loi rencontre les objectifs visés



Objectifs visés par le ministre du Travail, de l'Emploi
et de la Solidarité sociale

Objectifs du ministre

Objectifs du ministre	Énoncés
Réduction du nombre de réclamations	La prévention des risques en milieu de travail est au cœur de cette modernisation.
Réduction de la durée des réclamations	En améliorant le soutien aux travailleuses et aux travailleurs ainsi que celui accordé à leurs employeurs, un retour au travail prompt et durable serait favorisé. Les risques de chronicité des lésions professionnelles seraient également réduits.
Amélioration de l'efficacité du régime	Une vision d'avenir afin que le régime soit le plus efficace possible pour les travailleurs et les entreprises.
Réduction des coûts et une main-d'œuvre en bonne santé	Il s'agit d'une voie incontournable pour répondre aux priorités gouvernementales en priorisant la santé des Québécoises et des Québécois, tout en augmentant la richesse collective.

Nous partageons entièrement les objectifs exprimés par le ministre

Objectifs du ministre

Afin de pouvoir atteindre l'ensemble des objectifs visés par le ministre, l'on devra au préalable analyser les éléments suivants afin de déterminer si le PL59 y répond de façon appropriée :

Éléments analysés	Questions	Page
Performance de la CNESST	Où nous situons-nous en comparaison avec les régimes des principales commissions d'accidents du travail au Canada?	7
Régime d'assurance SST ou régime social	Respectons-nous les principes de base d'un vrai régime d'assurance ou sommes-nous plutôt en présence d'un régime social?	14
Prévention	Comment celle-ci est appliquée ailleurs au Canada?	29
Processus décisionnel	Efficace ou non?	36
Rôle du médecin traitant	Une barrière ou un réel avantage au retour au travail?	42
Retour au travail	Comment certaines provinces ont éliminé les barrières afin de favoriser une pleine collaboration entre l'employeur, les travailleurs et la Commission?	50
Période de recherche d'emploi	Pourquoi les autres provinces ont autant de succès avec une période de recherche d'emploi moindre qu'au Québec?	63
Indemnisation	Est-ce que ce processus respecte les principes d'assurance? Est-il un obstacle au retour au travail?	70
Imputation	Pourquoi ce concept est primordial dans les régimes d'accidents du travail au Canada?	75
Financement	Est-ce que la facture est actuellement répartie de façon adéquate? Comment est-elle répartie dans les autres régimes?	83
Maladies professionnelles	Quelles sont les approches ailleurs au Canada afin d'accepter des nouvelles maladies professionnelles? Notre régime d'indemnisation pour la surdité est-il adéquat?	92
Travailleurs domestiques	Quelle est l'approche ailleurs au Canada ?	110



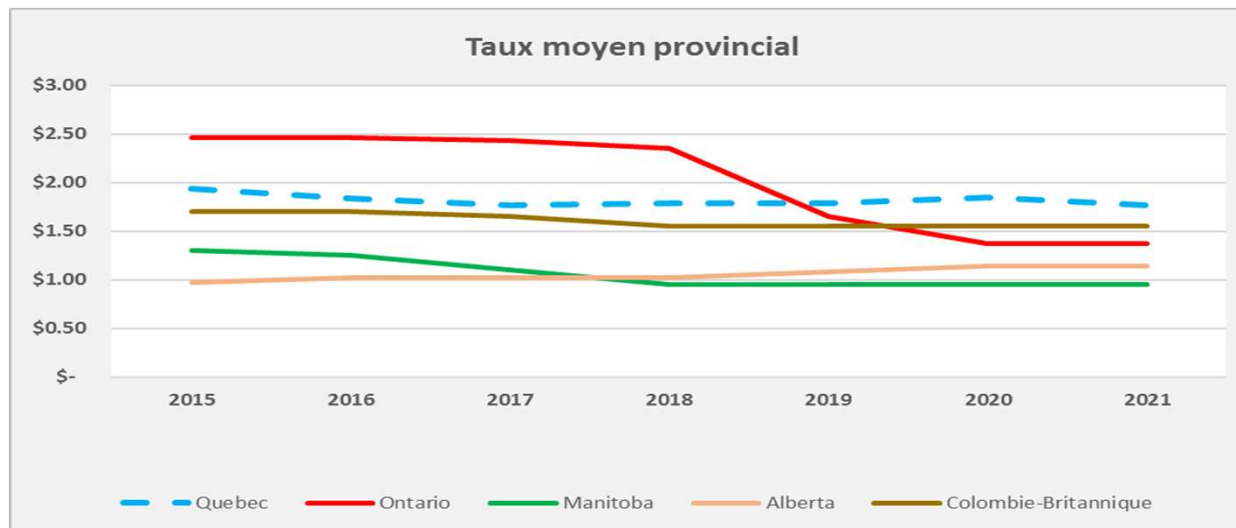
Performance de la CNESST

Où nous situons-nous en comparaison avec les régimes des principales commissions d'accidents du travail au Canada?

Performance de la CNESST

- Dans cette étude, nous avons concentré nos efforts de comparaison avec les principales commissions d'accidents du travail au Canada soit l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba
- L'ensemble des données proviennent des sources d'informations suivantes :
 - Association des Commissions des accidents du travail du Canada (ACATC)
 - Rapports annuels ou statistiques des différentes commissions d'accidents du travail au Canada

Performance de la CNESST

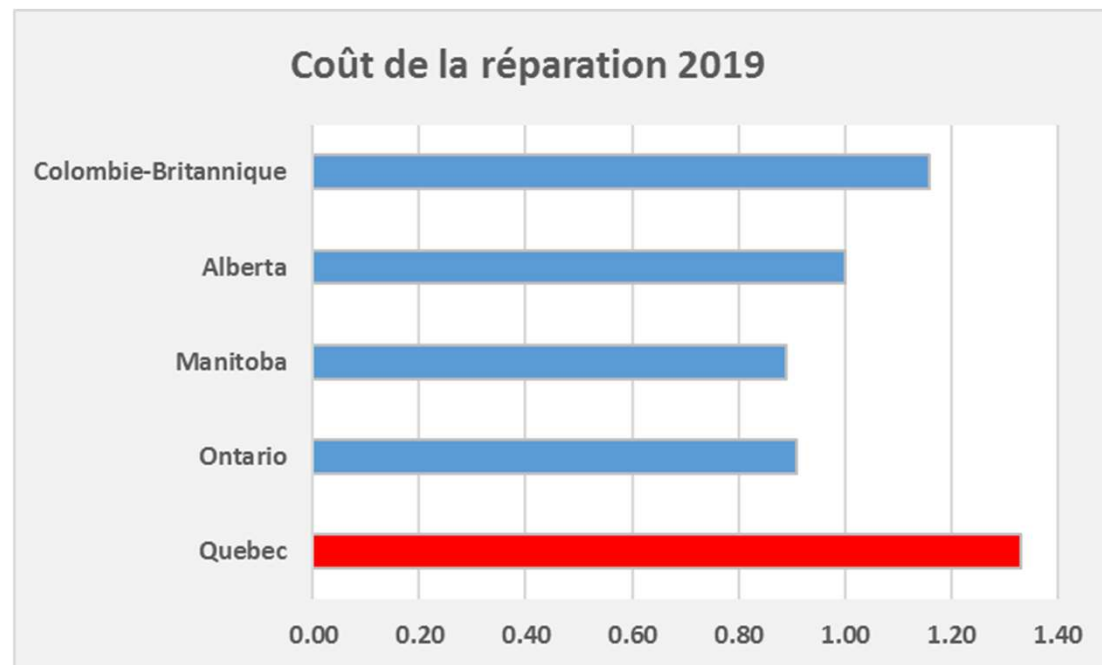


Le taux moyen provincial de la CNESST (2021) est actuellement le plus élevé en comparaison avec les principales commissions d'accidents du travail au Canada (+29 % en comparaison avec l'Ontario et +55 % avec l'Alberta).

Cette différence de taux représente une charge additionnelle de +640 M\$ aux employeurs du Québec en comparaison avec ceux de l'Ontario et de plus de +1 008 M\$ avec ceux de l'Alberta.

Définition : Le taux de cotisation moyen établi, fixé avant le début de l'année, sur la base des estimations des coûts imputés aux employeurs. Uniquement pour les employeurs assujettis à la cotisation. **Source :** ACATC - Note : Le taux moyen est calculé par chaque 100 \$ de masse salariale cotisable.

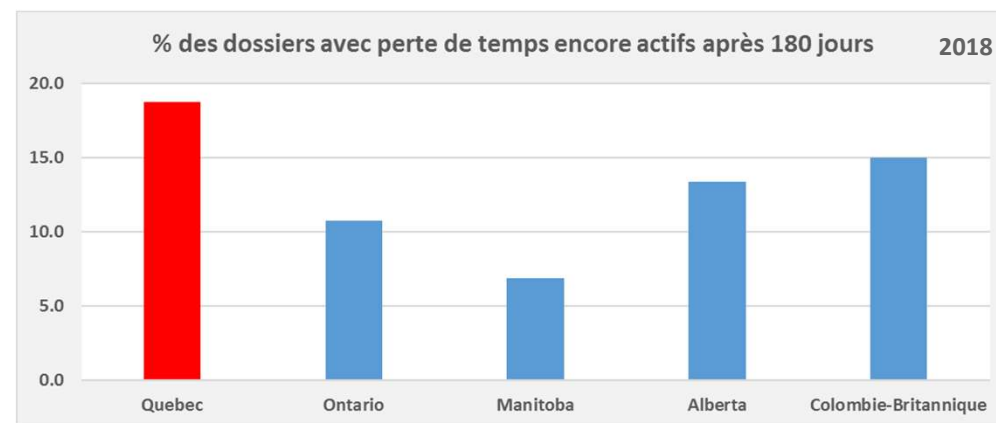
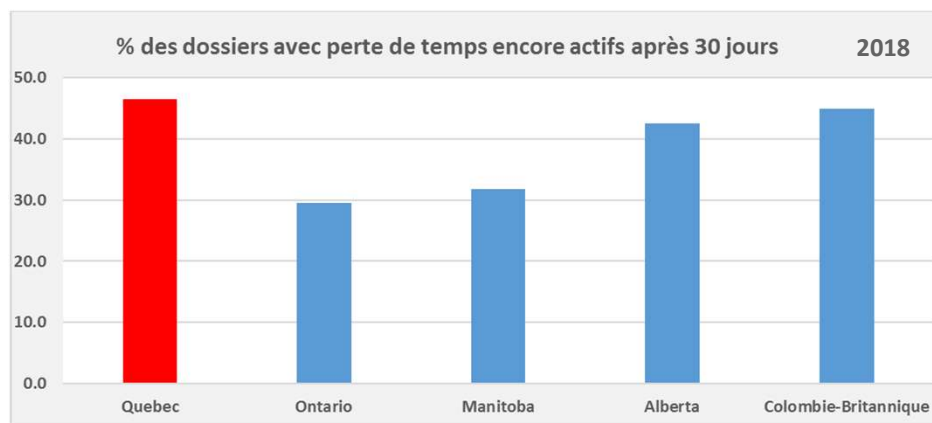
Performance de la CNESST



Le Québec est bon dernier en comparaison avec les principales commissions d'accidents du travail au Canada. Le coût de la réparation est actuellement 43 % plus important au Québec qu'en Ontario et de 33 % supérieur avec l'Alberta.

Définition : Coût des prestations de l'année en cours par 100 \$ de masse salariale cotisable. Ratio de : (a) Coûts des prestations de l'année en cours encourus pour les employeurs tenus de cotiser sur la (b) Masse salariale cotisable pour les employeurs tenus de cotiser. **Source :** ACATC

Performance de la CNESST



Après une période de 30 jours, il reste encore 46,5 % des dossiers avec perte de temps qui sont encore actifs au Québec en comparaison avec l'Ontario qui a un niveau nettement moindre à 29,6 %.

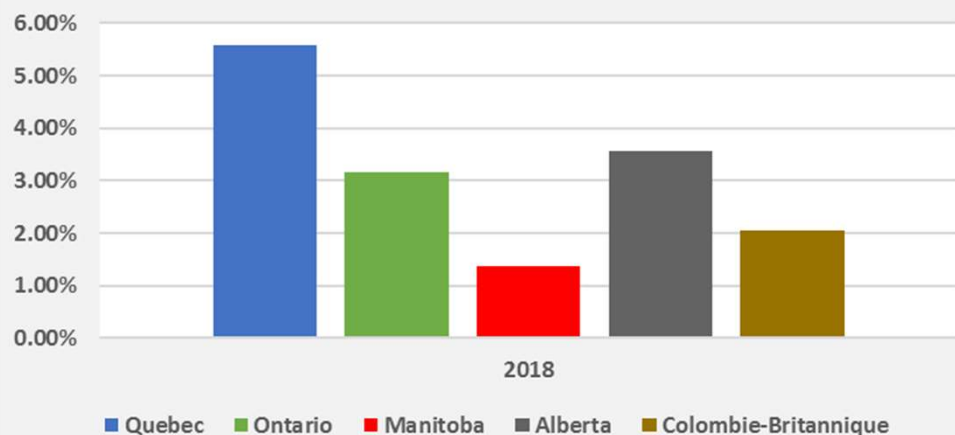
Après 180 jours, on atteint un niveau de chronicité très important. Une trop grande proportion de ces travailleurs ne pourront plus jamais retourner en emploi. Il est surprenant de constater qu'il reste encore 18,7 % des dossiers encore actifs au Québec en comparaison avec seulement 10,7 % en Ontario. Le Québec est bon dernier, encore une fois.

Ces statistiques démontrent clairement que la durée des absences et par conséquent des coûts en découlant sont nettement plus élevés au Québec en comparaison avec les principales commissions d'accidents du travail au Canada.

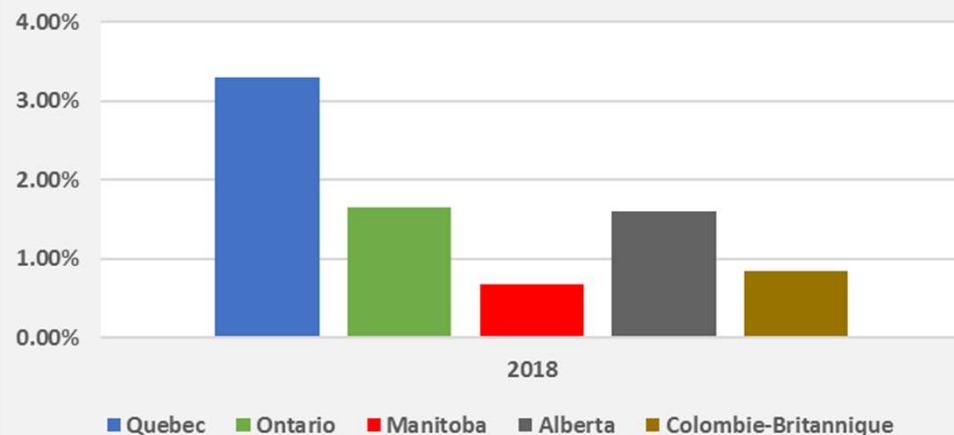
Définition (30 jours) : Pourcentage du total des demandes d'indemnisation pour perte de temps de travail qui ont reçu leur dernier jour d'indemnisation pour perte de salaire au maximum 30 jours après l'accident. **Source :** ACATC

Performance de la CNESST

% des dossiers avec perte de temps encore actifs après 2 ans



% des dossiers avec perte de temps encore actifs après 6 ans



Les proportions de dossiers avec perte de temps encore actifs au Québec après 2 ans et 6 ans sont pratiquement le double au Québec en comparaison avec l'Ontario.

Il n'y a aucune raison que la proportion de dossiers avec chronicité élevée au Québec soit nettement plus importante que dans les principales provinces au Canada.

Définition (après 2 ans) : Ratio de : (a) le nombre de dossiers avec perte de temps de travail recevant tout type d'indemnité pour perte de salaire au 31 décembre de la deuxième année civile suivant l'année de l'accident à (b) le total de dossiers avec perte de temps de travail pour cette année de l'accident. Source : ACATC

Performance de la CNESST

- Il est évident que le processus du retour au travail au Québec est loin d'être optimal en comparaison avec les principales commissions d'accidents du travail au Canada lorsque l'on analyse ces statistiques
- La proportion de dossiers qui atteint un niveau de chronicité important (6 mois et plus d'inactivité) est nettement plus élevé au Québec que dans les principales autres provinces au Canada.
 - Il faut tenir compte de l'important impact pour les travailleurs puisqu'une longue chronicité peut entraîner la perte du lien d'emploi
 - De plus cet impact se reflète directement sur l'économie québécoise par une charge additionnelle sur le taux de cotisation moyen provincial

Nous évaluons cette charge annuelle supplémentaire entre 640 M\$ et 1 000 M\$ pour l'ensemble des entreprises du Québec, ce qui est considérable.

Notre étude démontrera les approches qui ont été préconisées ailleurs au Canada afin de favoriser un retour rapide et durable des travailleurs dans leur milieu de travail.



Régime d'assurance SST ou régime social

Respectons-nous les principes de base d'un vrai régime d'assurance ou sommes-nous plutôt en présence d'un régime social?

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique

- La notion d'indemnisation des accidents du travail trouve son origine en Allemagne, en Grande-Bretagne et aux États-Unis entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle.
- En Allemagne entre 1884 et 1886, le chancelier Otto Von Bismarck a mis en œuvre un régime d'indemnisation des accidents obligatoire régi par l'État. Ce premier régime était financé par les travailleurs et les employeurs.
- Entre 1908 et 1915 aux États-Unis, plusieurs États ont adopté des lois sur l'indemnisation. L'État de Washington a adopté un régime obligatoire exclusif fondé sur la responsabilité collective. Comme l'indemnisation des accidents du travail relevait des États, les États-Unis se sont retrouvés avec une multitude de commissions d'accidents du travail, de régimes d'assurance obligatoires, de régimes d'auto-assurance et d'une combinaison de ces régimes.

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique – Canada

- Au Canada, l'indemnisation des accidents du travail et de son financement a connu ses débuts en Ontario. En 1910, le juge William Meredith a été nommé pour présider une Commission royale d'enquête pour étudier l'indemnisation des travailleurs. Son rapport final, connu sous le nom de Rapport Meredith, a été publié en 1913.
 - Recommandation de l'adoption d'une loi acceptant la notion de risque professionnel en se basant sur le modèle allemand.
- Fondements du régime d'assurance SST selon Meredith (père fondateur des régimes d'accidents du travail au Canada).
 - Le Rapport Meredith décrivait un compromis selon lequel les travailleurs renonçaient à leur droit de poursuivre en contrepartie de prestations d'indemnisation spécifiques à des accidents liés au travail.
 - Le rapport préconisait l'assurance sans égard à la faute, la responsabilité collective, la création d'un fonds, une administration indépendante et une compétence exclusive. Le régime n'a pas de lien de dépendance avec le gouvernement et est à l'abri de toute influence politique, n'accordant que des pouvoirs limités au ministre responsable.

Source : Traité de droit de la santé et de la sécurité du travail, Les Éditions Yvon Blais, 1993, Cliche, Lafontaine, Mailhot

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique – Québec

- 1907: adoption de la Loi autorisant l'organisation d'une commission chargée d'étudier les recours auxquels donnent lieu les accidents du travail (Commission Globensky).

Son mandat :

- Faire une étude critique des lois et de la jurisprudence des différents pays sur les accidents du travail
- Rechercher des règles justes et équitables pour déterminer les recours et les rapports de droits
- Étudier s'il est opportun de changer la base de la responsabilité de notre droit
- Chercher si il peut être légitime de décréter obligatoire l'assurance des employés contre les accidents du travail au frais des chefs d'entreprise ou autrement
- Suggérer ce qui serait de nature à légaliser de nouveaux recours

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique – Québec

- 1908 : présentation du rapport Globensky
 - Recommandation de l'adoption d'une loi en vertu de laquelle les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, donneraient droit, au profit de la victime ou à ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise.
 - Recommandation d'inspection fréquente des établissements industriels et application rigoureuse de la loi qui les concerne.

**Origine de processus menant à l'acceptation
de la notion du risque professionnel au Québec**

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique – Québec

- 1909 : adoption de la Loi concernant la responsabilité pour les accidents subis par les travailleurs dans le cours de leur emploi et la compensation pour les blessures en résultant.
 - Le travailleur reçoit une indemnisation partielle
 - 50 % de ses gains annuels en cas d'une incapacité totale permanente
 - Les employeurs en assument les coûts
- Juin 1910 : Commission d'enquête présidée par le juge en chef de l'Ontario, l'honorable William R. Meredith
 - Examiner les législations en vigueur au pays et à l'étranger en matière de responsabilité des employeurs et de compensations payables aux victimes pour les blessures subies au travail.

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique

- Décembre 1922 : adoption de la Loi autorisant la création d'une commission relativement à certaines conditions de travail dans la province (Commission Roy)
- Mars 1926 : adoption de la Loi pour réviser et consolider la loi des accidents du travail

Entres autres :

- Étendre l'application de la loi à plusieurs industries incluant les corporations et le gouvernement
- Introduire une notion de rente viagère pour incapacité partielle permanente
- Prévoir le droit au remboursement des frais médicaux pour une période maximale de six mois
- Simplifier la procédure devant les tribunaux et abolissant le procès devant juge et jury

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique

- Mars 1928 : adoption de deux lois
 - Loi concernant la Commission des accidents du travail
 - Création d'un organisme chargé d'appliquer la Loi concernant l'indemnisation des accidents du travail (Commission des accidents du travail)
 - Pouvoir de réviser les ententes entre les employeurs et le travailleurs
 - Loi concernant l'indemnisation des accidents du travail
 - Application à tous les employeurs excluant ceux avec moins de 7 employés, les travailleurs domestiques, l'ouvrier artisan et le transport maritime.
 - Aucune disposition relative aux maladies professionnelles
- Décembre 1930 : dépôt d'un rapport favorable pour l'inclusion de maladies professionnelles dans la loi

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique

- Avril 1931 : Loi sur les accidents du travail (fortement inspirée par les fondements de Meredith)
 - Consolidation de régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles
 - Introduction d'un mécanisme de réparation
 - Inclusion d'un processus de réhabilitation
 - Création d'un fonds d'accident alimenté par les employeurs au moyen d'une cotisation annuelle en fonction de la catégorie à laquelle appartient l'employeur et d'un taux déterminé par la Commission en fonction du niveau de la masse salariale de l'employeur
 - Création de deux cédules
 - Cédule 1 : employeurs soumis à une tarification et avec obligation de créer un fonds
 - Cédule 2 : employeurs tenus personnellement au paiement des prestations (auto-assurés)

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel historique

- Décembre 1979 : adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail
 - La Commission des accidents du travail (CAT) devient la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
 - La santé et la sécurité des travailleurs : un droit essentiel qui devient également garanti par la Charte des droits et libertés de la personne
 - Création de structures paritaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des moyens de prévention
 - Introduction de nouveaux droits tels que le retrait préventif
- Mai 1985 : adoption de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
 - Indemnisation de la perte réelle de revenu découlant d'un accident de travail et favoriser la réintégration du marché du travail par la victime
 - Nouveaux droits reconnus aux travailleurs et de nouvelles instances décisionnelles sont créées
 - Nouvelles dispositions du système de financement seront adoptées en 1989

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel des principes de base d'un régime d'assurance en santé, sécurité du travail
 - Une couverture de risque **spécifique aux accidents du travail et aux maladies professionnelles**
 - Un régime centré sur l'élimination des dangers (**prévention**) et **au retour au travail rapide et durable** pour les travailleurs
 - Un processus **décisionnel et indépendant** fondé sur les informations reçues du professionnel de la santé du travailleur **ainsi** que sur toutes les autres sources d'informations médicales, telles que des médecins consultants, des thérapeutes, des infirmières spécialisées etc.
 - Un régime qui facilite l'accès aux traitements de façon rapide et efficace
 - Un processus de retour au travail qui prône la pleine collaboration entre l'employé, l'employeur et la Commission et qui préconise le maintien du lien d'emploi
 - Un régime punitif qui comporte des conséquences en cas de non collaboration **d'une partie ou d'une autre** dans le cadre du processus de retour au travail

Régime d'assurance SST ou régime social

- Rappel des principes de base d'un régime d'assurance en santé, sécurité du travail
 - Un régime **qui ne pénalise pas** les employeurs ni les travailleurs pour des situations non reliées au travail (condition personnelle, tiers responsable, délai de traitement indus, etc.)
 - Un régime avec une tarification adéquate (principe de classification par secteur d'activités économiques), incitative (régime basé selon l'expérience) et compétitive (comparaison interprovinciale)
 - Une indemnisation juste et adéquate
 - Un remplacement de revenu reflétant la moyenne des salaires du travailleur lors de l'événement
 - Pour les dossiers de longue durée et pour certaines situations, la notion de remplacement de revenu devrait être remplacée par une notion de perte de capacité de gain
 - Une indemnisation **sans aucune possibilité d'enrichissement injustifié** afin de favoriser la prévention et un retour en emploi (absence de surindemnisation)

Nous sommes d'avis que le régime actuel ne respecte pas plusieurs des principes fondamentaux d'un régime d'assurance en santé, sécurité du travail.

Régime d'assurance SST ou régime social

- Il existe plusieurs mesures non reliées à une couverture de risque d'accidents du travail dans le régime actuel (protection de nature sociale)
 - Programme de maternité sans danger
 - Maladies intercurrentes
 - Ajout de différentes catégories de personnes comme étant assimilables à des travailleurs vue l'absence d'un employeur déterminé, comme certains travailleurs autonomes, différents stagiaires, etc.

Régime d'assurance SST ou régime social

Il est important de se rappeler que le but du régime d'accident de travail, selon le Juge Meredith, était d'indemniser les risques spécifiques aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et non d'indemniser des aspects sociaux non reliés au travail.

Il faut se poser la question de savoir si l'ensemble de ces éléments, y compris ceux qui ne sont pas en lien avec les risques spécifiques aux accidents du travail, devraient être financés par le régime de la CNESST ou par d'autres mécanismes sociaux.

Régime d'assurance SST ou régime social

Nous sommes d'avis que cette modernisation est une opportunité sérieuse permettant de revenir aux principes fondamentaux élaborés par le Juge Meredith et reposant sur les principes de base d'un vrai régime assurantiel, le tout en lien avec les objectifs visés par le PL59.



Prévention

Comment celle-ci est appliquée ailleurs au Canada?

Prévention

- Selon la notion actuelle des groupes prioritaires prévus à la LSST, le gouvernement estime que seulement 25 % des travailleuses et des travailleurs sont visés par les mécanismes de prévention et 7 % par les mécanismes de participation des travailleurs, alors que le régime d'indemnisation couvre l'ensemble de ces derniers.
 - Nous sommes d'avis qu'en réalité les pourcentages concernant des mécanismes de participation des travailleurs sont actuellement nettement plus élevés en raison des différents régimes incitatifs de cotisations, selon l'expérience des employeurs et mis en place il y a plus de 20 ans
 - Régime rétrospectif
 - Régime de personnalisation
 - Mutuelle de prévention
 - Plusieurs organisations nationales et internationales ont aussi des règles internes très strictes en matière de prévention (ex. règles OSHA) qui les obligent à mettre en place des mesures précises de prévention, et ce, malgré l'absence de certaines obligations dans la loi et dans la réglementation québécoise actuelles.
 - Même chose par le biais des conventions collectives négociées entre les travailleurs et les employeurs.

Prévention

Dans cette section, nous nous sommes intéressés à comparer l’application des obligations de prévention, en fonction de la taille de l’entreprise et des risques d’accident avec les principales commissions d’accidents du travail au Canada, y compris les entreprises fédérales.

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
La loi actuelle sur la santé et la sécurité du travail établit 4 mécanismes de prévention dans les établissements : • Le programme de prévention • Le programme de santé spécifique à l’établissement et qui est inclus dans le programme de prévention • Le comité de santé et de sécurité du travail • Le représentant à la prévention Par ailleurs, ne sont assujettis à ces mécanismes de prévention que certains secteurs prioritaires. Il y a actuellement 6 groupes prioritaires subdivisés en 32 secteurs d’activités économiques. Les groupes prioritaires 1 et 2 concernent les secteurs d’activités où les risques sont généralement plus élevés que les secteurs subséquents, comprenant notamment les services et, généralement, des secteurs où les risques sont moins élevés. Les groupes 1 et 2 sont assujettis à tous les mécanismes de prévention alors que le groupe 3 est assujetti au programme de prévention qui doit notamment inclure le programme de santé spécifique à l’établissement alors que les groupes 4, 5 et 6 ne sont assujettis à aucun mécanisme de prévention. En pratique, une très grande partie des employeurs québécois sont assujettis à différents mécanismes de prévention compte tenu des régimes incitatifs financiers mis en place, à savoir le régime rétrospectif, le régime personnalisé et les mutuelles de prévention, et ce, peu importe leur appartenance aux groupes prioritaires.	Le projet de loi veut étendre l’application des mécanismes de prévention et de participation des travailleurs à l’ensemble des secteurs d’activités, selon la taille des établissements et du niveau de risques des activités qui y sont exercées. On prévoit que tout employeur doit élaborer et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement regroupant au moins 20 travailleurs au cours de l’année. Cependant, la CNESST peut adopter un règlement pour assujettir à cette obligation à un établissement groupant moins de 20 travailleurs. La Loi projetée prévoit également la mise en place d’un comité de santé et sécurité du travail regroupant paritairement les employeurs et les travailleurs. Des dispositions particulières sont adoptées pour le secteur de la construction. Quant aux représentants à la prévention, désignés par les travailleurs, ils se voient octroyer des pouvoirs supplémentaires à ceux existants jusque-là. Par ailleurs, comme les groupes prioritaires sont abolis, on prévoit une réglementation déterminant le niveau de risques des différents secteurs d’activités québécois suivants qu’ils sont faibles, moyens ou élevés. Bien entendu, les obligations reliées aux secteurs à risque élevés sont plus importantes et doivent être mises en place rapidement.

Prévention

	Commission accidents du travail				
	Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique	Fédéral
Représentant SST requis pour tous les sites avec :	Règle : - 6 à 19 employés (OHSA 8(1)) Exception : - 1 à 5 employés, seulement si une réglementation sur les substances désignées s'applique au lieu de travail. (OHSA- Ontario Regulation 490/09) - Si le ministre l'ordonne (aucun minimum d'employé) (OHSA 8(2))	Règle : - 5 à 19 employés (WSHA article 41(1) A)) Exception : - Un projet de construction, indépendamment des exigences relatives à un comité SST (WSHA article 41(1) B)) - Si le directeur l'ordonne (aucun minimum d'employé) (WSHA article 41 (1) C))	Règle : - 5 à 19 employés (Alberta OHS Act Part 3, Section 17 (1))	Règle : - 9 à 19 employés (WCA, partie 2, division 5, article 45) Exception : - Si une ordonnance a été reçue (aucun minimum d'employé) (WCA, partie 2, division 5, article 45)	Règle : - 19 employés et moins (Code canadien partie 2, article 136)
Comité SST requis pour tous les sites avec :	Règle : - 20 employés et plus (OHSA 9(2)) Exception : - 1 à 19 employés, seulement si une réglementation sur les substances désignées s'applique au lieu de travail. (OHSA 9(2)) - Si le ministre l'ordonne (multisites) (Aucun minimum d'employé) (OHSA 9(2))	Règle : - 20 employés et plus (WSHA article 40(1) A)) Exception : - Si le directeur l'ordonne (Aucun minimum d'employé) (WSHA article 40 (1) B)) * Possibilité de plusieurs comités sur le même lieu ou possibilité d'un comité multi-sites, selon les considérations et les décisions prises par le directeur (WSHA 40(5), 40(6) & 40(7))	Règle : - 20 employés et plus (Alberta OHS Act Part 3, Section 16 (1)) Exception : - Si le directeur l'ordonne (Alberta OHS Act Part 3, Section 16 (1)) et possibilité de multi-sites, depuis Janvier 2020.	Règle : - 20 employés et plus (WCA, partie 2, division 5, article 31(A)) Exception : - Si une ordonnance a été reçue (aucun minimum d'employé et possibilité de multisites ou multicomités sur un même site) (WCA, partie 2, division 5, article 31(B) & 32 (1))	Règle : - 20 employés et plus (Code canadien partie 2, article 135)
Composition du comité	Règle : - 49 employés et moins, 2 membres minimum (OHSA, article 9(6)(a)) - 50 employés et plus, 4 membres minimum (OHSA, article 9(6)(b)) *Dans tous les cas, au moins la moitié des membres représentent les employés (OHSA, article 9(7))	Un minimum de 4 membres et un maximum de 12 membres. Les employés doivent être représentés par au moins la moitié des membres (WSHA 40(8))	Minimum 4 membres et au moins la moitié représentent les employés (Alberta OHS Act Part 3, Section 22 (1))	Minimum 4 membres et au moins la moitié représentent les employés (WCA, partie 2, division 5, article 33)	Minimum 2 membres et au moins la moitié représentent les employés (Code canadien partie 2, article 135.1)
Formation requise (Comité & Rep SST)	2 membres certifiés minimum (1 côté employeur et 1 côté employé) Partie 1 et 2 complétées et une mise à jour tous les 3 ans (OHSA 9(12))	Pas d'obligation , mais l'employeur doit s'assurer des compétences des membres (WSHA article 40(13)). Aussi, l'employeur doit accepter annuellement, à la demande du comité ou du représentant SST, les demandes de formations concernant les comité SST, et ce, pour le plus grand nombre d'heure entre 16 heures ou 2 quarts normaux de travail. (WSHA article 44)	Le représentant SST et les deux « Co-chair » du comité doivent recevoir au minimum une formation de 6 à 8 heures d'une agence certifiée. Aussi, tous les membres du comité ou le représentant SST ont droit à des formations pour le plus grand nombre d'heure entre 16 heures ou 2 quarts normaux de travail (Alberta OHS Act Part 3, Section 29 (4))	Les membres du comité SST doivent recevoir un minimum de 8 heures de formation (annuel) sur leurs rôles et leurs responsabilités (WCA, partie 2, division 5, article 41) et (OHS Regulation article 3.27)	Oui et doit être fourni par l'employeur (leurs rôles et leurs responsabilités) (Code canadien partie 2)
Fréquence des rencontres SST	Minimum une fois tous les trois mois (OHSA 9(33))	Minimum une fois tous les trois mois (inspection)	Minimum une fois tous les trois mois (Alberta OHS Act Part 3, Section 27 (1))	Minimum une fois par mois (WCA, partie 2, division 5, article 37(2))	9 fois par année, minimum (Code canadien partie 2, article 135)

Prévention

- Nous sommes d'accord pour que des mécanismes de prévention soient étendus à l'ensemble des employeurs du Québec selon des principes tenant compte de la taille des employeurs et de leur niveau de risque.
- Il appert de notre analyse que, dans les autres provinces canadiennes, les obligations en prévention pour l'employeur ayant un nombre d'employés supérieur à 20 employés ne requièrent pas la présence d'un représentant à la prévention ainsi que d'un comité de santé et sécurité. De façon générale, le représentant à la prévention est requis uniquement pour un nombre d'employés se situant entre 5 et 20 employés, tandis qu'au dessus de ce niveau, le comité santé sécurité prend la place. On devrait plutôt suivre ce qui se fait dans les autres provinces canadiennes.

Recommandation n° 1

Pour les employeurs de plus de 20 employés, seulement le comité santé et sécurité devrait être requis.

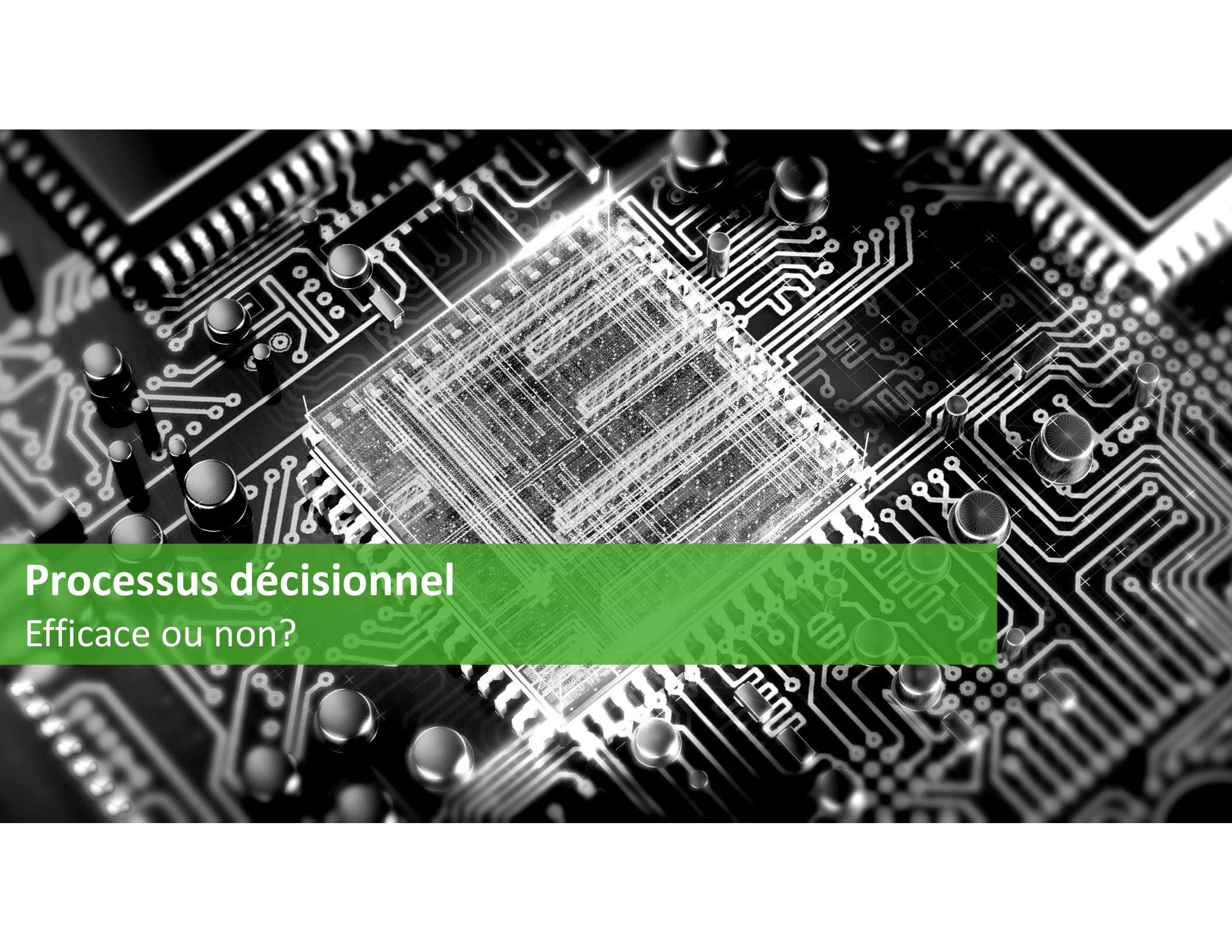
Prévention

- Une multitude d'entreprises québécoises de plus de 20 travailleurs n'ont pas eu de réclamations pour des lésions professionnelles dans les derniers 5 ans
 - En contrepartie, un certain nombre d'entreprises ont eu une fréquence de réclamations nettement trop élevée, et ce, même pour des industries avec risque faible ou moyen
 - Nous sommes aussi d'avis que le fait d'appliquer pour toutes les entreprises des mécanismes de prévention « mur à mur » entraînera une lourde bureaucratie pour les petites organisations dites performantes.
- Pourquoi appliquer les mêmes règles selon les trois catégories de risque, tel que le prévoit le PL59 sans tenir compte du risque réel de l'employeur? Il serait préférable de mettre l'emphasis sur les entreprises délinquantes que sur celles qui sont performantes

Prévention

Recommandation n° 2

La catégorisation par industrie devrait aussi tenir compte de la notion de risque chez un employeur en fonction de sa performance antérieure.



Processus décisionnel

Efficace ou non?

Processus décisionnel

- Principes de base d'un processus décisionnel (adjudication)
 - L'adjudication est le processus utilisé pour déterminer le droit aux prestations et aux services dans le cadre d'un contrat d'assurance.
 - Un décideur est la personne qui prend les décisions concernant le droit aux prestations.
 - Les décideurs recueillent les informations pertinentes et évaluent les preuves afin de prendre des décisions.
 - Les travailleurs ont le droit de recevoir des prestations pour des blessures et des maladies résultant d'accidents survenus dans le cadre de leur emploi.
 - Le lien avec le travail est établi lors de la détermination du droit initial. Les décideurs continuent d'évaluer le lien entre le travail et l'incapacité permanente d'un travailleur et le traitement tout au long de la durée de la demande.
 - La commission prend ses décisions en fonction du bien-fondé et de la justice de chaque cas.
 - Lorsque les preuves pour et contre d'une question relative à la réclamation d'un travailleur sont égales, le bénéfice du doute est accordé au travailleur.

Processus décisionnel

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
Le régime actuel d'indemnisation s'écartant fortement d'un régime habituel d'assurance. En effet, la loi actuelle prévoit que l'agent décideur de la CNESST est lié par les constatations médicales du médecin qui à charge du travailleur, et ce, sur divers éléments comme le diagnostic, la date de consolidation, la nécessité de soins au traitement, l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles. Ces dispositions limitent fortement la capacité de jugement de l'agent décideur contrairement à ce qui se passe les autres provinces canadiennes. De plus, la loi actuelle prévoit diverses présomptions pour faciliter l'acceptation des lésions professionnelles. Ces dispositions législatives sont complétées par une annexe concernant les maladies professionnelles et prévoyant l'acceptation des réclamations suivant certaines circonstances particulières.	Le processus décisionnel demeure le même sauf pour les maladies professionnelle. Le PL59 modifie de façon importante la Loi actuelle en ce qu'il prévoit notamment l'adoption législative d'un règlement sur les maladies professionnelles. Ce règlement précise les conditions particulières reliées à l'exercice d'un travail et ouvre la porte, si elles sont rencontrées, à l'application d'une présomption permettant l'acceptation de la réclamation. L'article 30 est également modifié puisqu'il octroie à la CNESST la possibilité d'adopter un règlement dont on ignore la teneur et qui prévoira des critères d'admissibilité dans les cas où la présomption de maladies professionnelles ne s'applique pas. Par ailleurs, on prévoit aussi la mise en place d'un comité scientifique sur les maladies professionnelles qui a notamment pour mandat d'analyser les relations causales entre les maladies et les contaminants ou les risques particuliers d'un travail. On crée également un comité des maladies oncologiques pour ce qui est de l'admissibilité des maladies reliées au cancer.

Processus décisionnel

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Les adjudicateurs (décideurs) de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) doivent décider si un travailleur a droit à des prestations et à des services en vertu de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (LSPAAT). Il doit être établi que la blessure du travailleur résulte d'un accident survenu dans le cadre et à l'occasion de l'emploi, ou que le travailleur souffre d'une maladie professionnelle due à la nature de l'emploi. Les décisions relatives aux questions médicales doivent être fondées principalement sur les informations et les avis reçus du ou des professionnels de santé traitants. 1) Ces professionnels de la santé comprennent, entre autres, les médecins, les chirurgiens, les physiothérapeutes, les chiropraticiens et les infirmières diplômées (classe élargie). 2) Lorsque des informations médicales sont soumises à la CSPAAT, le décideur doit les examiner pour s'assurer qu'elles sont complètes et claires, dans le contexte du dossier de demande. Le décideur évalue en permanence les informations médicales reçues afin de suivre le rétablissement du travailleur et la persistance de l'incapacité liée au travail. Les renseignements médicaux sur la blessure ou la maladie du travailleur font partie intégrante du processus décisionnel de la CSPAAT. Les renseignements médicaux relatifs au cas du travailleur peuvent être reçus de divers professionnels de la santé (pas uniquement du médecin traitant). Les renseignements médicaux sur la blessure ou la maladie du travailleur font partie intégrante du processus décisionnel de la CSPAAT. En cas de conflit entre les informations médicales ou les opinions des professionnels de la santé, le décideur doit évaluer et peser chaque rapport afin de prendre une décision. Toutes les décisions doivent être fondées sur les informations pertinentes pour la question à trancher. Lorsque des informations médicales sont pertinentes pour la décision, celle-ci doit être fondée sur les informations reçues des professionnels de la santé traitant le travailleur ainsi que sur toutes les autres sources d'informations médicales. Le décideur peut faire appel à un médecin conseil pour l'aider aux questions de causalité, de mécanisme de la blessure, de pathologie ou d'interprétation des informations médicales, la clarification de la relation entre un diagnostic et l'accident, l'environnement de travail ou les circonstances de l'emploi, les effets des affections préexistantes ou d'autres affections non liées au travail sur l'incapacité de travail. Le décideur peut faire appel à un médecin conseil pour l'aider aux questions de causalité, de mécanisme de la blessure, de pathologie ou d'interprétation des informations médicales, la clarification de la relation entre un diagnostic et l'historique de l'accident, l'environnement de travail ou les circonstances de l'emploi, les effets des affections préexistantes ou d'autres affections non liées au travail. En cas de conflit entre les informations médicales ou les opinions des professionnels de la santé, le décideur doit évaluer et peser chaque rapport afin de prendre une décision	Les décideurs doivent évaluer chaque élément de preuve pour déterminer sa pertinence, sa crédibilité et la fiabilité. Cela les aide à décider de l'importance à accorder à chaque élément de preuve. Les décideurs peuvent accorder un poids différent à chaque élément de preuve. Lorsque les éléments de preuve sont contradictoires, les décideurs doivent déterminer si les preuves dans leur ensemble pèsent plus fortement vers une possibilité plutôt qu'une autre. Dans les cas où les preuves sont équilibrées, le décideur doit soit trouver plus d'informations ou réévaluer la qualité et la crédibilité des preuves et les «repeser». Dans le modèle d'enquête, les décisions sont également rendues de manière impartiale, mais la responsabilité de l'évaluation et de l'appréciation des preuves incombe au décideur. Travailleurs et les employeurs sont tenus par la loi de communiquer leurs informations, mais ils n'ont pas à prouver ni réfuter leurs affirmations. Les décideurs de la CAT doivent continuer à rechercher des preuves jusqu'à ce qu'ils soient convaincus qu'il y a suffisamment des preuves sur lesquelles se fonder pour prendre une décision. Les preuves peuvent comprendre : des objets matériels, oraux ou écrits, témoignages, récits de témoins oculaires, photographies ou vidéos, courriels ou notes, rapports médicaux et les résultats des examens, ou tout ce qui peut aider à prouver ou à réfuter un fait. Cette politique s'applique à toutes les décisions de la CAT qui peuvent faire l'objet d'un réexamen ou d'un appel. Le modèle d'enquête est une caractéristique déterminante du système d'indemnisation des travailleurs. Il s'agit d'un modèle d'adjudication distinct du modèle accusatoire utilisé par le système judiciaire. Au tribunal, les parties à un litige doit prouver ou réfuter leurs prétentions et tenter de réfuter celles de la partie adverse preuves. Un juge ou un jury agit en tant qu'arbitre impartial. Bien que les travailleurs et les employeurs ne portent pas la charge de la preuve dans le cadre de l'indemnisation des travailleurs, ils sont chargés de coopérer avec les efforts du décideur pour rassembler les preuves. En l'absence d'une telle coopération, la CAT doit prendre une décision fondée sur les preuves limitées dont ils disposent. La norme de preuve se réfère au degré de certitude qu'un décideur doit avoir avant d'être convaincu que les faits sont vrais. En matière d'indemnisation des travailleurs, la norme de preuve est connue sous le nom de « balance de probabilités ». La prépondérance des probabilités signifie simplement que les preuves sont évaluées en fonction de ce qui est le plus probable ou le plus probable ou ce qui est plus susceptible d'être vrai que faux. Il s'agit d'une norme inférieure à celle de la norme plus connue de procédure pénale « au-delà de tout doute raisonnable ».	Le décideur travaille en collaboration avec le travailleur, l'employeur et les professionnels médicaux pour rassembler les informations nécessaires sur l'incident, l'environnement de travail et la blessure. Lorsque toutes les informations nécessaires sont obtenues, les décideurs déterminent l'admissibilité aux prestations des travailleurs conformément à la Workers 'Compensation Act et aux politiques de la WCB-Alberta. De plus, les décideurs sont encouragés à utiliser leur discrétion et leur jugement raisonnable pour guider leurs décisions et leurs conversations afin de prendre la décision la plus appropriée et la plus juste. Il peut y avoir des circonstances où il semble y avoir une divergence entre les avis médicaux. La Commission tentera de résoudre les problèmes médicaux en suspens en consultant le médecin traitant. Dans certaines circonstances, la Commission peut demander à un comité médical de résoudre des problèmes médicaux qui affectent le droit à une indemnisation du travailleur.	Une fois que la Commission reçoit les rapports d'un travailleur blessé, de son employeur et de professionnels de soins de santé, la Commission peut déterminer si le travailleur a droit aux prestations. Les professionnels de soins de santé sont des médecins, des acupuncteurs, des chiropraticiens, des infirmières praticiennes, et autres. La Commission tient compte de nombreux facteurs pour déterminer si une blessure ou une maladie a été causée par le travail ou l'environnement de travail. Il recueille et examine toutes les informations disponibles, y compris les rapports du travailleur, de l'employeur et des prestataires de soins de santé. La Commission est tenue de trancher une question d'une manière qui favorise le travailleur s'il apparaît que « les éléments de preuve à l'appui de différentes conclusions sur une question sont également pondérés dans ce cas ». La Commission est responsable du processus décisionnel et de tirer des conclusions sur la réclamation. Mais cela exigera, bien entendu, un apport de preuves médicales, ou parfois d'autres avis d'experts, sur toute question nécessitant une expertise professionnelle. S'il y a des divergences d'opinion parmi les médecins, ou d'autres conflits de preuves médicales, la Commission ne doit pas le faire en préférant automatiquement les opinions d'une catégorie de médecins à une autre catégorie. La Commission doit analyser au mieux les opinions et les conflits sur chaque question et arriver à ses propres conclusions sur le poids de la preuve. La Commission devrait d'abord réfléchir aux raisons pour lesquelles ils sont différents et se demander si les faits non médicaux pertinents ont été clairement établis. La Commission peut demander conseil pour déterminer si les meilleures preuves médicales ont été obtenues et, par exemple, savoir si des procédures médicales appropriées peuvent être instituées pour aider à parvenir à une conclusion plus définitive.

Processus décisionnel

- Les pratiques dans les commissions d'accidents du travail autres qu'au Québec sont très similaires et sont en concordance avec les pratiques usuelles des compagnies d'assurance privées, en assurance-salaire. Au Québec, l'approche usuelle des assureurs est similaire à la SAAQ ainsi qu'à l'assurance-emploi en cas de maladie et à la RRQ.
 - Décisions par le décideur selon l'ensemble des informations obtenues et tout au long de la vie d'une réclamation (admissibilité, niveau de soins, retour au travail, etc.)
- Nous sommes d'avis que le processus décisionnel de la CNESST ne respecte pas les meilleures pratiques de l'assurance concernant les principes d'adjudication.
 - Le processus actuel est fortement influencé par la prépondérance du médecin traitant, ce qui est un frein au processus normal d'adjudication.

Processus décisionnel

Recommandation n° 3

Mettre en place un processus décisionnel similaire à celui des autres provinces canadiennes et en conformité avec les principes de base d'un régime d'assurance.



Rôle du médecin traitant

Une barrière ou un réel avantage au retour au travail?

Rôle du médecin traitant

- La Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) accorde une prépondérance à l'opinion du médecin traitant de sorte que seule une procédure d'arbitrage médical peut infirmer l'opinion de ce dernier, ce qui est un processus long et complexe.
- En plus de créer confusion et ambiguïté dans le rôle du médecin traitant, cette situation ne favorise pas le prompt retour au travail et peut même créer des conditions favorisant la chronicité.
- La LATMP prévoit que le médecin traitant se prononce sur des éléments d'ordre administratif en plus de sujets d'ordre médical. Cette situation l'écarte de son rôle prioritaire qui est de soigner son patient sans s'ingérer dans le processus administratif d'adjudication.

Le Québec est la seule législation qui donne prépondérance au médecin du travailleur pour d'importantes questions, comme le diagnostic, la date de consolidation, les soins ou traitements ou l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles.

Nous sommes d'avis que cette approche est dans les faits une barrière importante au processus de retour au travail et mène à l'augmentation de la judiciarisation des dossiers.

Rôle du médecin traitant

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
La loi actuelle accorde une prépondérance à l'opinion d'un médecin qui a charge du travailleur. Cette prépondérance s'exerce sur le diagnostic, les traitements, les soins, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Seul un mécanisme d'arbitrage peut infirmer l'opinion du médecin qui a charge du travailleur. L'article 46 de la loi actuelle prévoit que le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi tant que la lésion professionnelle dont il a été victime n'est pas consolidée. Or, c'est le médecin qui a charge du travailleur qui décide de cette consolidation. L'employeur a donc l'obligation de faire la preuve que le travailleur est capable de reprendre son travail. À noter que la primauté de l'opinion du médecin qui a charge touche également l'assignation temporaire et la décision de ce médecin est dans les faits très difficile à contester.	Le rôle actuel du médecin qui a charge du travailleur tel qu'on le connaît à la LATMP ne serait pas modifié. Au contraire, on lui ajoute un rôle particulier en ce qui concerne le retour du travail dans le cadre de la réadaptation. Les remarques concernant le rôle prépondérant du médecin qui a charge du travailleur dans le processus de réclamation demeurent les mêmes en regard du PL59.

Rôle du médecin traitant

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Le rôle du médecin traitant est de diagnostiquer et de traiter la maladie ou la blessure, de conseiller et de soutenir le patient, de fournir et de communiquer les informations appropriées au patient et à l'employeur, et de travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé concernés pour faciliter le retour du patient, en toute sécurité et en temps voulu, à l'emploi le plus productif possible. En outre, elle exige que le médecin traitant reconnaisse et soutienne la relation employeur-employé et l'importance primordiale de cette relation dans le retour au travail. Elle aussi exige que le médecin traitant ait une bonne compréhension des rôles potentiels d'un coordonateur de retour au travail et d'autres professionnels de la santé et du personnel de l'emploi pour aider et promouvoir le retour au travail. Le rôle est encadré par le Collège des médecins. Le Collège reconnaît qu'il est important qu'un patient reprenne toutes les activités fonctionnelles possibles et pertinentes pour sa vie dès que possible après une blessure ou une maladie. Obligation du médecin de compléter le Formulaire 8 au début du processus afin de favoriser la prise en charge. Ente autres, il y a une obligation de fournir le diagnostic, une recommandation de plan de traitement et en particulier les limitations fonctionnelles du travailleur.	Diagnostiquer et traiter la maladie ou la blessure • Conseiller et soutenir le travailleur blessé • Communiquer les capacités d'un travailleur avec le travailleur et l'employeur • Travailler avec d'autres professionnels de la santé concernés pour faciliter l'amélioration de la situation du travailleur blessé et son retour au travail en toute sécurité et en temps voulu • Remplir rapidement les rapports de la CAT et les envoyer directement à la CAT	Le rôle du médecin traitant est de fournir des soins opportuns et appropriés; signaler rapidement la blessure et le traitement en ligne à la WCB-Alberta - dans les 48 heures suivant le traitement; tenir leurs patients informés et les éduquer sur le rôle qu'ils peuvent jouer dans leur rétablissement; maintenir des rapports réguliers avec la WCB-Alberta pour rester à jour sur les progrès de leurs patients et aider la Commission à planifier le retour au travail et fournir des rapports adéquats pour évaluer et faire avancer la réclamation de leur patient. Il est également important d'informer la Commission avec précision de ce que le travailleur lui dit sur la façon dont l'accident s'est produit, ainsi que ses plaintes actuelles et tout antécédent pertinent ou état de santé concomitant, des trouvailles médicales pertinentes, du diagnostic et du traitement.	Le rôle du médecin médecin qualifié traitant ou consulté sur un cas de blessure au travail est de fournir les rapports relatifs à la blessure sous la forme requise par les règlements ou par la Commission. Qui plus est, le premier rapport contenant tous les renseignements demandés doit être fourni à la Commission dans les 3 jours suivant la première consultation avec le travailleur. Il doit également fournir un rapport dans les 3 jours après que le travailleur soit, de l'avis du médecin, en mesure de reprendre le travail. Aussi, si le traitement se poursuit après la reprise du travail, il doit fournir d'autres rapports adéquats et donner tous les renseignements, conseils et assistances raisonnables et nécessaires au travailleur blessé et aux personnes à sa charge pour faire une demande d'indemnisation et fournir à cet égard les certificats et preuves requis, sans frais pour le travailleur. Tout médecin traitant qui est autorisé par la loi provinciale à traiter un travailleur blessé est soumis aux mêmes devoirs et responsabilités, et tous les soins de santé fournis par le médecin traitant sont soumis à la direction, à la supervision et au contrôle de la Commission. Un médecin traitant qui ne soumet pas de rapports et de comptes rapides, adéquats et exacts comme l'exige la loi ou la Commission commet une infraction et son droit d'être choisi par un travailleur pour prodiguer des soins de santé peut être annulé ou il peut être suspendu pour une période à déterminer par la Commission.

Rôle du médecin traitant

- Son rôle **devrait être** similaire à celui existant dans les autres commissions d'accidents du travail
 - Le rôle du médecin traitant **devrait être** de diagnostiquer et de traiter la maladie ou la blessure, de conseiller et de soutenir son patient, de fournir et de communiquer les informations appropriées au patient et à l'employeur, et de travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé concernés pour faciliter le retour du patient, en toute sécurité et en temps voulu, à l'emploi le plus approprié possible eu égard à sa condition.
 - Le médecin traitant doit reconnaître et **soutenir la relation employeur-employé** et l'importance primordiale de cette relation dans le retour au travail.
 - En fait, le médecin traitant doit avoir une bonne compréhension des rôles potentiels d'un coordonnateur de retour au travail comme il existe dans d'autres provinces et des autres professionnels de la santé, comme du personnel chargé de l'emploi afin d'aider et promouvoir le retour au travail.
 - Obliger le médecin à compléter le formulaire élaborant les limitations fonctionnelles du travailleur afin de pouvoir entamer rapidement le processus de collaboration entre l'employeur et le travailleur pour faciliter le retour au travail.

Rôle du médecin traitant

- Le concept de prépondérance du médecin traitant n'existe pas dans les autres régimes d'assurance, tels que les régimes d'assurance-salaire, la SAAQ, l'assurance-emploi ou encore la RRQ.
- Nous sommes d'avis que cette pratique nuit à l'efficacité du régime et au retour au travail, de même qu'il n'aide en rien à la rapidité de la guérison des travailleurs.

Rôle du médecin traitant

Recommandation n° 4

Nous recommandons de supprimer la prépondérance de l'opinion du médecin traitant. La législation doit être revue et modifiée afin de préciser, comme dans les autres régimes d'accidents du travail ailleurs au Canada que la CNESST a la responsabilité de prendre les décisions administratives et médicales.

- Dans l'impossibilité d'éliminer le concept de prépondérance de l'opinion du médecin traitant, il serait important de limiter ce concept à la survenance de l'événement et non plus dans tout le processus décisionnel, durant toute la période active d'une réclamation, en particulier au niveau du processus de retour au travail.

Rôle du médecin traitant

- Dans les autres provinces canadiennes, le médecin traitant a l'obligation de déterminer les limitations fonctionnelles prévues dès la survenance de la réclamation. Sa collaboration doit être encadrée par le Collège des médecins et intégrée dans ses normes de pratique.

Recommandation n° 5

Afin d'améliorer et de favoriser un retour au travail le plus rapidement possible, le médecin traitant doit déterminer les limitations fonctionnelles dès la survenance de la réclamation, tel que pratiqué dans les autres régimes d'accidents du travail au Canada. Sa collaboration doit être encadrée par le Collège des médecins.



Retour au travail

Comment certaines provinces ont éliminé les barrières afin de favoriser une pleine collaboration entre l'employeur, les travailleurs et la Commission?

Retour au travail

- Dans cette section, l'on démontre comment certaines provinces ont éliminé divers obstacles afin de favoriser un retour prompt et durable au travail.
 - Principe de collaboration de l'employeur et de son travailleur avec support de la Commission
 - Si absence de collaboration, application de contraintes (employeur et travailleur)
- Nous aimerions aussi référer à l'expérience ontarienne. Une province qui avait un des régimes d'indemnisation le moins performant au Canada pendant des décennies et qui a décidé de le modifier de façon importante avec une emphase marquée sur l'optimisation du retour en emploi des travailleurs.

Retour au travail

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
La loi actuelle prévoit que la CNESST répare et mette en oeuvre, avec la collaboration du travailleur, un plan individualisé de réadaptation qui peut comprendre un programme de réadaptation physique, social et professionnel. On voit donc que le rôle de l'employeur n'est pas précisé, bien qu'il s'agisse là d'un acteur important permettant le retour au travail. Tel qu'on la connaît actuellement, la réadaptation, toujours dans le cadre d'un retour au travail, est souvent faite dans un cadre conflictuel. Des ergonomes ou autres experts vont examiner un poste de travail, le travailleur émettant souvent des doutes sur le processus. Le résultat des activités de réadaptation dans le cadre du retour au travail se retrouve souvent beaucoup plus tard devant le Tribunal administratif du Travail.	Le projet de loi 59 modifie considérablement les mesures de réadaptation. La CNESST se donne un rôle central, s'écartant par là très largement du paritarisme à la base du régime d'indemnisation de réparation et de prévention des lésions professionnelles. En fait, on introduit le médecin qui a charge du travailleur pour lui donner un rôle en matière de réadaptation, ce qu'il ne sera sûrement pas en mesure de remplir. Par ailleurs, on ne prévoit pas que l'employeur doit être consulté à toutes les étapes du processus, mais plutôt à l'occasion ou encore s'il y a lieu. S'inspirant sans doute de l'arrêt Caron de la Cour suprême du Canada concernant l'obligation d'accommodement, la CNESST se donne des pouvoirs qui dépassent largement les conclusions qu'on peut tirer de la décision en question. Ce ne seront plus l'employeur et le travailleur qui tenteront de trouver un accommodement raisonnable, au-delà de la recherche d'un emploi équivalent ou convenable, mais bien la CNESST qui établira des balises laissant penser que les employeurs ne collaboreront pas au processus. On prévoit également une présomption à l'effet qu'un employeur est réputé pouvoir intégrer son travailleur. La seule façon pour l'employeur de faire valoir son point de vue est de démontrer qu'une ordonnance de réintégration de la CNESST constituerait une contrainte excessive. Cette notion de contrainte excessive impose un fardeau très lourd aux employeurs et est injuste, surtout pour les PME. Enfin, on prévoit d'importantes sanctions de nature pénale pour un employeur que la CNESST estime d'office être récalcitrant. En fait, on alourdit considérablement le processus de réadaptation menant au retour au travail, lui donnant une dimension relevant du domaine des relations de travail et donnant peu de place aux parties, soit le travailleur, pour qu'ils s'entendent. Enfin, on prévoit, comme on l'a vu, diverses mesures de sanctions contre l'employeur à ce sujet, mais rien n'est prévu pour ce qui est du travailleur.

Retour au travail

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) a adopté le principe factuel « Better at Work » comme approche pour la gestion des cas et du modèle de soins de santé. -Le travail est important pour le bien-être général -Une intervention précoce est essentielle -Le retour au travail améliore la récupération et fait partie du processus de réhabilitation -Les obstacles au retour au travail sont souvent médicalisés de manière inappropriée Cette approche reconnaît l'importance d'un accès rapide pour des soins de santé de qualité, intégrés à un retour à un travail approprié et sûr, afin de permettre un rétablissement physique et psychologique optimal. Le professionnel de la santé traitant du travailleur est tenu, en vertu de la LSPAAT, de fournir à la CSPAAT des renseignements sur la blessure ou la maladie professionnelle du travailleur, sa déficience continue et ses capacités fonctionnelles. Le professionnel de la santé traitant a l'obligation de fournir le formulaire sur les capacités fonctionnelles au travailleur et l'employeur a l'obligation d'identifier le travail convenable. Les formulaires de la CSPAAT que les professionnels de la santé peuvent remplir, y compris le rapport initial du professionnel de la santé (formulaire 8), contiennent des sections où le ou les professionnels de la santé peuvent indiquer les capacités fonctionnelles du travailleur. Sur demande, le ou les professionnels de la santé traitants du travailleur remplissent le formulaire sur les capacités fonctionnelles pour aider le travailleur et l'employeur à planifier le RAT et à identifier le travail approprié, et les décideurs de la CSPAAT à déterminer si le RAT est approprié. La CSPAAT joue un rôle direct dans le soutien à la réintégration au travail. Si les parties du lieu de travail n'ont pas réussi à réintégrer le travailleur blessé au travail, ils sont rencontrés au plus tard 12 semaines après la date de l'accident. Les sanctions importantes pour non-coopération incluent les travailleurs et les employeurs: Sanction pour non-coopération du travailleur = réduction de 50 % des indemnités pour perte de salaire (si la non-coopération se poursuit au-delà de 14 jours civils, les indemnités pour perte de salaire du travailleur peuvent être encore réduites ou suspendues). Pénalité pour non-coopération de l'employeur = 50 % du coût des indemnités pour perte de salaire du travailleur (si elle se prolonge au-delà de 14 jours civils, 100 % du coût des indemnités pour perte de salaire du travailleur, plus 100 % des coûts des services de transition professionnelle du travailleur, avec la possibilité d'une pénalité totale combinée pouvant aller jusqu'à 12 mois).	Lorsqu'un travailleur est blessé ou tombe malade au travail, l'objectif de la commission des accidents du travail (WCB) est de réduire l'impact de la blessure en aidant le travailleur à retourner au travail, de préférence avec son employeur de l'accident. La plupart du temps, le travailleur, l'employeur et l'agent de négociation collective (le cas échéant) prendra ses propres dispositions. La CAT encourage ces dispositions permanentes ou transitoires et travaillera avec toutes les parties pour aider le travailleur à retourner au travail en toute sécurité. La CAT n'interviendra que dans deux situations. La première est celle où le travailleur ou l'employeur a besoin d'un soutien financier ou technique pour aider le travailleur à reprendre le travail. La seconde est lorsque le travailleur et l'employeur ne s'entendent pas sur le fait que le travail modifié est approprié. -Si un travailleur refuse de participer à un travail convenable, les indemnités de perte de salaire seront réduites ou éliminées par le montant que le travailleur aurait gagné dans le travail approprié. -Si la CAT détermine qu'un employeur n'a pas respecté ses obligations, elle peut imposer une sanction administrative à l'encontre de cet employeur.	L'intention de la Commission est que les employeurs et les travailleurs travaillent ensemble pour obtenir un retour au travail ou à un emploi convenable à la suite d'une blessure au travail. En effet, lorsqu'une blessure liée au travail entraîne des restrictions indemnissables qui empêchent un travailleur d'accomplir son travail préalable, la Commission, avec le travailleur, l'employeur et, s'il y a une convention collective en place, le syndicat du travailleur, élabore un plan de retour au travail approprié et rentable pour aider le travailleur à retourner au travail avec l'employeur. Si, pour une raison quelconque, le travailleur n'est pas en mesure de retourner au travail avec l'employeur, la Commission élabore un plan avec le travailleur pour aider celui-ci à retrouver un emploi convenable. La Commission recherchera et promouvra des possibilités d'assignation temporaire pour les travailleurs blessés. Pour déterminer si l'assignation temporaire convient, la Commission consultera le travailleur, l'employeur et le médecin pour évaluer la proposition. L'évaluation est basée, mais sans s'y limiter, sur une description détaillée de l'assignation temporaire, y compris les exigences physiques, des informations médicales détaillées décrivant les restrictions physiques du travailleur et les exigences médicales qui doivent être prises en compte. Autant l'employeur que le travailleur doivent coopérer au retour au travail rapide et en toute sécurité en maintenant la communication entre eux dès que possible après l'accident et tout au long de la période de rétablissement et de l'incapacité du travailleur. Pénalité pour non-coopération de l'employeur = pénalité administrative d'un montant pouvant aller jusqu'à la somme correspondant à la moyenne des revenus de l'employé durant l'année précédant son accident. La Commission pourrait également verser cette somme à l'employé. Sanction pour non-coopération du travailleur = réduction ou suspension de l'indemnité payable au travailleur jusqu'à ce que le travailleur coopère.	La Commission a le principe « <i>A team approach to recovery</i> » comme approche. La récupération au travail est l'option la plus saine pour la plupart des personnes souffrant de blessures liées au travail. La Commission peut prendre toutes les mesures qu'elle juge nécessaires pour aider le travailleur blessé à retourner au travail, et ce, sans égard à la date de l'accident. Certains soins de santé fournis doivent, en tout temps, être soumis à la direction, à la supervision et au contrôle de la Commission. La Commission s'engage également à intervenir dans le processus de retour au travail dans les meilleurs délais et reconnaît l'importance d'un retour au travail rapide dans le processus de réhabilitation. Pénalité pour non-coopération de l'employeur = non applicable Sanction pour non-coopération du travailleur = réduction ou suspension de l'indemnité payable au travailleur jusqu'à ce que le travailleur coopère. La Commission pourrait également mettre fin aux services d'aide à l'emploi.

Retour au travail

Le succès de l'Ontario depuis 2015

- En Ontario, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) a adopté le principe factuel « **Better at work** » comme approche pour la gestion des cas et du modèle de soins de santé.
 - Le travail est important pour le bien-être général
 - Une intervention précoce est essentielle
 - Le retour au travail améliore la récupération et fait partie du processus de réhabilitation
 - Élimination des obstacles au retour au travail qui sont souvent médicalisés de manière inappropriée
- Cette approche reconnaît l'importance d'un accès rapide pour des soins de santé de qualité, intégrés à un retour à un travail approprié et sûr, afin de permettre un rétablissement physique et psychologique optimal.
- Cette approche est actuellement mise en place dans la plupart des régimes d'accidents du travail au Canada. Cela favorise nettement la collaboration entre l'employeur, son travailleur et les intervenants de la Commission.

Retour au travail

Le succès de l'Ontario depuis 2015

- La politique sur le retour au travail a été complètement revue en 2015
 - Cette politique définit les obligations des parties sur le lieu de travail, forçant la coopération dans le processus de réinsertion professionnelle et, le cas échéant, prévoyant l'obligation pour l'employeur de réembaucher un travailleur blessé. La CSPAAT fournit une formation et un soutien pour appuyer les efforts des parties sur le lieu de travail et veille au respect de leurs obligations.
 - Support d'un spécialiste en réadaptation pour l'employeur et le travailleur dans tout dossier à compter de 12 semaines d'invalidité.
 - Les sanctions importantes pour non-coopération sont prévues tant pour les travailleurs que pour les employeurs.

Retour au travail

Le succès de l'Ontario depuis 2015

- La politique relative au processus décisionnel a aussi été revue
 - Un processus d'adjudication rigoureux a été mis en place avec des fonctionnaires formés et spécialisés
 - Indépendance de leur décision basée sur l'ensemble des informations provenant du médecin traitant, des différents thérapeutes, infirmières spécialisées, chirurgiens, etc.
 - Accès à des médecins conseils afin de les aider/soutenir dans leurs décisions
 - Processus de décisions basé sur l'évaluation de l'ensemble des informations obtenues
 - Capacité de revoir les décisions tout au long de la réclamation
- 90 % des décisions sont maintenant rendues dans un maximum de 2 semaines (65 % en 2008)
 - Processus d'appel rapide puisque 87 % des dossiers sont réglés dans un délai de 6 mois

Retour au travail

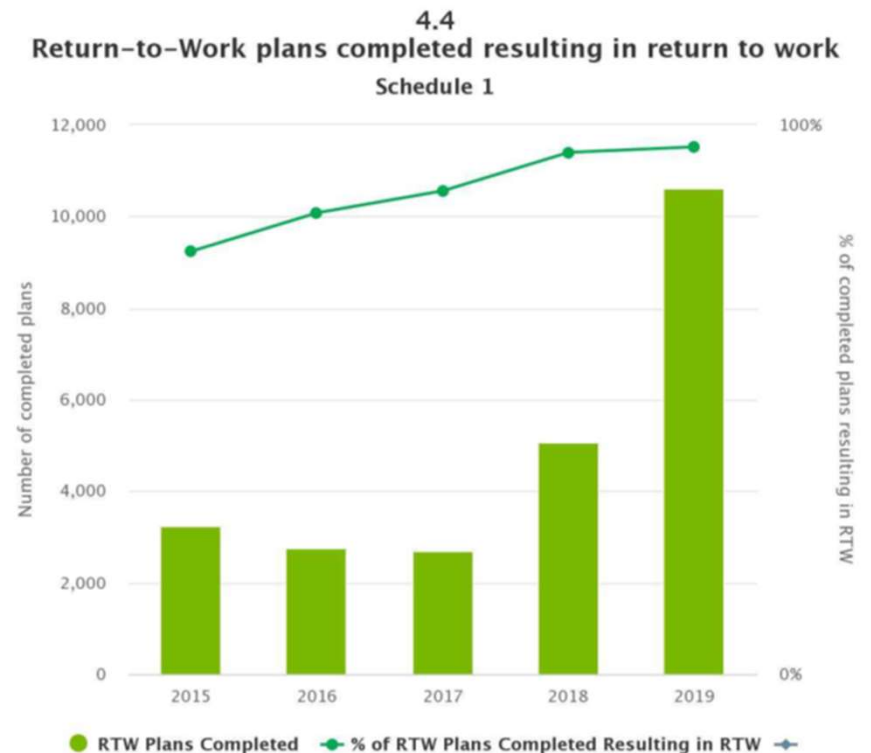
Le succès de l'Ontario depuis 2015

- Mise en place d'un principe de « *fast-track* » afin d'accéder à des soins de santé
 - La CSPAAT a établi des programmes de soins de santé pour fournir aux travailleurs un accès rapide à des soins de santé spécialisés afin d'aider tant le professionnel de santé du travailleur que les décideurs de la CSPAAT, en ce qui concerne le diagnostic, la causalité et les recommandations de traitement.
 - L'objectif de ces programmes est de fournir des soins de qualité et d'aider les travailleurs à se remettre rapidement d'une blessure ou d'une maladie reliée au travail. Ces programmes comprennent :
 - Programmes de soins
 - Services de médecins examinateurs spécialisés dans les lombalgies
 - Centres régionaux d'évaluation
 - Services des cliniques spécialisées
 - Le décideur, l'employeur et même le médecin traitant encouragent fortement l'utilisation de ces programmes de soins et de leurs experts, afin d'accélérer le retour au travail.

Retour au travail

Le succès de l'Ontario depuis 2015

- Retour au travail à 100 % du salaire antérieur à l'accident dans les 12 mois : 88,4 % (2019)
- 96 % des personnes ont pu trouver un emploi après avoir suivi un plan de retour au travail
- Le nombre de travailleurs ne nécessitant plus de soutien après 12 mois a diminué de moitié par rapport à 2008 (4 % contre 9 %)



Source : By the Numbers: 2019 WSIB Statistical Report

Retour au travail

Le succès de l'Ontario depuis 2015

- Les résultats financiers depuis 2015 en comparaison avec le Québec

Taux moyen provincial	Ontario	Québec	%
2015	2,46	1,94	-21,1 %
2020	1,37	1,77	+35,0%

Capitalisation	Ontario	Québec	%
2015	79 %	106 %	+34,1 %
2020	114 %	125 %	+9,6 %

L'Ontario a pris une grande longueur d'avance du point de vue de la compétitivité interprovinciale.

Retour au travail

- Dans les autres provinces canadiennes, d'une façon similaire, le concept de retour au travail se concentre sur un principe de collaboration et d'obligations de la part de l'employeur et du travailleur
 - Obligation de l'employeur de trouver une solution de retour au travail pour son travailleur tout en respectant les limitations fonctionnelles de celui-ci
 - Obligation du travailleur de collaborer dans son processus de réadaptation
 - Soutien d'un spécialiste en réadaptation offert par la Commission
 - Contraintes si défaut de collaboration de part et d'autre
 - Employeur : pénalité sous forme de paiement de l'indemnité de remplacement de salaire
 - Travailleur : arrêt du paiement de l'indemnisation

Retour au travail

- Le concept de collaboration dans le cadre du processus de réadaptation est essentiel à l'intérieur de tout régime d'assurance-salaire. Le concept de contrainte en cas de non-collaboration existe dans les autres régimes d'accidents du travail au Canada et dans des régimes similaires tels que les régimes privées d'assurance-salaire, la SAAQ, l'assurance-emploi et la RRQ.
- Ce processus a été la pierre angulaire de l'amélioration des résultats du régime ontarien.
- Nous sommes d'avis que certains aspects du PL59 devraient être revus afin de créer un réel impact sur le bien être des travailleurs et de façon à favoriser leur retour au travail et le maintien de leur lien d'emploi.

Retour au travail

Recommandation n° 6

Nous recommandons de mettre en place un processus de retour au travail s'apparentant à celui existant en Ontario, centré sur le concept « *Better at work* ».

Collaboration employeur-travailleur avec soutien de la Commission, sinon contrainte en cas de non-collaboration (employeur/travailleur).

A black and white photograph of a man with glasses and a dark sweater over a collared shirt, sitting at a desk and looking at a laptop. The background shows a modern office with large windows and glass partitions.

Période de recherche d'emploi

Pourquoi les autres provinces ont autant de succès avec une période de recherche d'emploi moindre qu'au Québec?

Période de recherche d'emploi

- Les articles 48 et 49 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) stipulent que le travailleur qui redevient capable d'exercer son emploi après l'expiration du délai pour l'exercice de son droit de retour au travail ou lorsqu'il devient capable d'exercer un emploi convenable, a droit de recevoir sa pleine indemnité de remplacement du revenu pendant **une année complète** afin de se chercher un emploi.
- Le rapport SECOR a déjà analysé cette mesure propre au régime québécois et a conclu qu'elle est de nature à décourager les travailleurs à retourner au travail.
 - Il a été démontré que près de 80 % des individus concernés au Québec par ce volet du régime prennent les 12 mois complets d'indemnisation.

Période de recherche d'emploi

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
Les articles 48 et 49 de la LATMP stipulent que le travailleur qui redevient capable d'exercer son emploi après l'expiration du délai pour exercer son droit au retour du travail ou lorsqu'il devient capable d'exercer un emploi convenable, a droit de recevoir sa pleine indemnité de remplacement du revenu pendant une année dans le but de se chercher un emploi. La loi n'a prévu aucun cadre de contrôle et de suivi des activités de recherche d'emploi d'un travailleur pendant cette année. En fait, l'indemnité de recherche d'emploi d'un an est donc versée automatiquement au travailleur sans obligation pour lui de rendre compte de ses efforts de recherche d'emploi.	Le projet de loi 59 modifie l'article 48, mais maintient l'indemnité de recherche d'emploi d'un an. Par ailleurs, le PL59 établit certaines balises puisqu'il prévoit que lorsqu'un travailleur victime d'une lésion professionnelle redevient capable d'exercer son emploi ou un emploi équivalent après l'expiration du délai pour l'exercice de son droit de retour au travail, son droit à l'indemnité de remplacement de revenus pourra s'éteindre à la réintégration du travailleur dans son emploi ou un emploi équivalent, au cas de refus du travailleur, sans raison valable de réintégrer son emploi ou un emploi équivalent ou encore, suivant une décision de la CNESST concluant à l'absence de contraintes excessives pour l'employeur à réintégrer le travailleur. Cependant, on ne prévoit aucune obligation quelconque ni aucun contrôle des activités de recherche d'emploi pour le travailleur et la CNESST n'est aucunement liée par une disposition législative quant au suivi à effectuer pendant l'année de recherche d'emploi.

Période de recherche d'emploi

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Il n'y a pas de période spécifique. En effet, c'est du cas par cas et c'est le gestionnaire de cas et le spécialiste en retour au travail qui décident. Le spécialiste en retour au travail rédige une entente avec le travailleur qui doit la signer et qui s'engage dans un processus de collaboration de recherche d'emploi. De façon générale, on parle d'une période de moins de 4 mois. En 2015, la CSPAAT a conclu des accords de services avec un certain nombre d'organisations externes pour fournir une formation à la recherche d'emploi, un placement, une formation et des services de maintien de l'emploi aux travailleurs blessés ou malades qui ont des compétences transférables ou nouvellement acquises et qui ont besoin d'aide pour trouver un emploi.	La durée minimale de l'aide à la recherche d'emploi sera déterminée par : i. Le taux de chômage au Manitoba pour le niveau de scolarité du travailleur à la fin du plan écrit (par exemple, moins que le niveau d'études secondaires, études secondaires, etc. ii. Un chiffre représentant le nombre de semaines de recherche d'emploi généralement nécessaires pour chaque point de pourcentage du taux de chômage au Manitoba au moment où le travailleur va commencer une recherche d'emploi. Cette durée minimale de recherche d'emploi pour chaque catégorie de formation est présentée dans l'annexe A et représente la durée cumulée de recherche d'emploi d'un travailleur. L'annexe est révisée chaque année pour mettre à jour les taux de chômage et leur effet sur la durée minimale de recherche d'emploi. La période varie habituellement entre 12 (minimum) et 16 semaines avec possibilité d'aller jusqu'à 31 semaines tout dépendant de la catégorie de niveau de scolarité de la personne. Le travailleur sera requis de démontrer les efforts déployés et sa collaboration à la recherche d'un emploi.	Une aide à la recherche d'emploi peut être fournie pour un maximum de 16 semaines cumulatives avec une possibilité de prolongement jusqu'à un maximum de 44 semaines, si justifié et selon la durée de son emploi avec l'employeur. Dans le cas d'une demande de prolongation, le travailleur sera requis de démontrer les efforts déployés et sa collaboration à la recherche d'un emploi.	Une aide à la recherche d'emploi peut être fournie pour un maximum de 12 semaines cumulatives. La Commission peut approuver des prolongations jusqu'à 26 semaines en fonction des critères suivants : • Les données sur le marché du travail soutiennent un plus grand nombre moyen de semaines de recherche d'emploi pour la zone géographique d'origine du travailleur et/ou la profession du travailleur • La gravité de la blessure et l'invalidité qui en résulte sont telles que 12 semaines pour trouver un emploi convenable seront insuffisantes; ou • Le travailleur a participé activement à la recherche d'emploi et il existe des preuves objectives qu'une période de plus de 12 semaines est nécessaire pour trouver un emploi convenable qui lui permettra de retourner dans une catégorie professionnelle comparable. Les prolongations au-delà de 26 semaines doivent être approuvées par le directeur des services de réadaptation professionnelle. La commission se réserve le droit de demander des preuves au travailleur relativement à ses démarches de recherche d'emploi.

Période de recherche d'emploi

- Dans les autres provinces canadiennes, la période maximale d'indemnité de recherche d'emploi est habituellement entre 12 et 16 semaines et non 52 semaines comme au Québec. La durée de cette période de recherche d'emploi devrait être similaire au Québec.
 - Pour certaines provinces, la durée peut varier en fonction du taux de chômage
- Des délais additionnels peuvent cependant être accordés suivant certaines circonstances, par exemple :
 - Collaboration du travailleur à son processus de réadaptation
 - Démonstration réelle de volonté de recherche d'emploi tout au long de la période

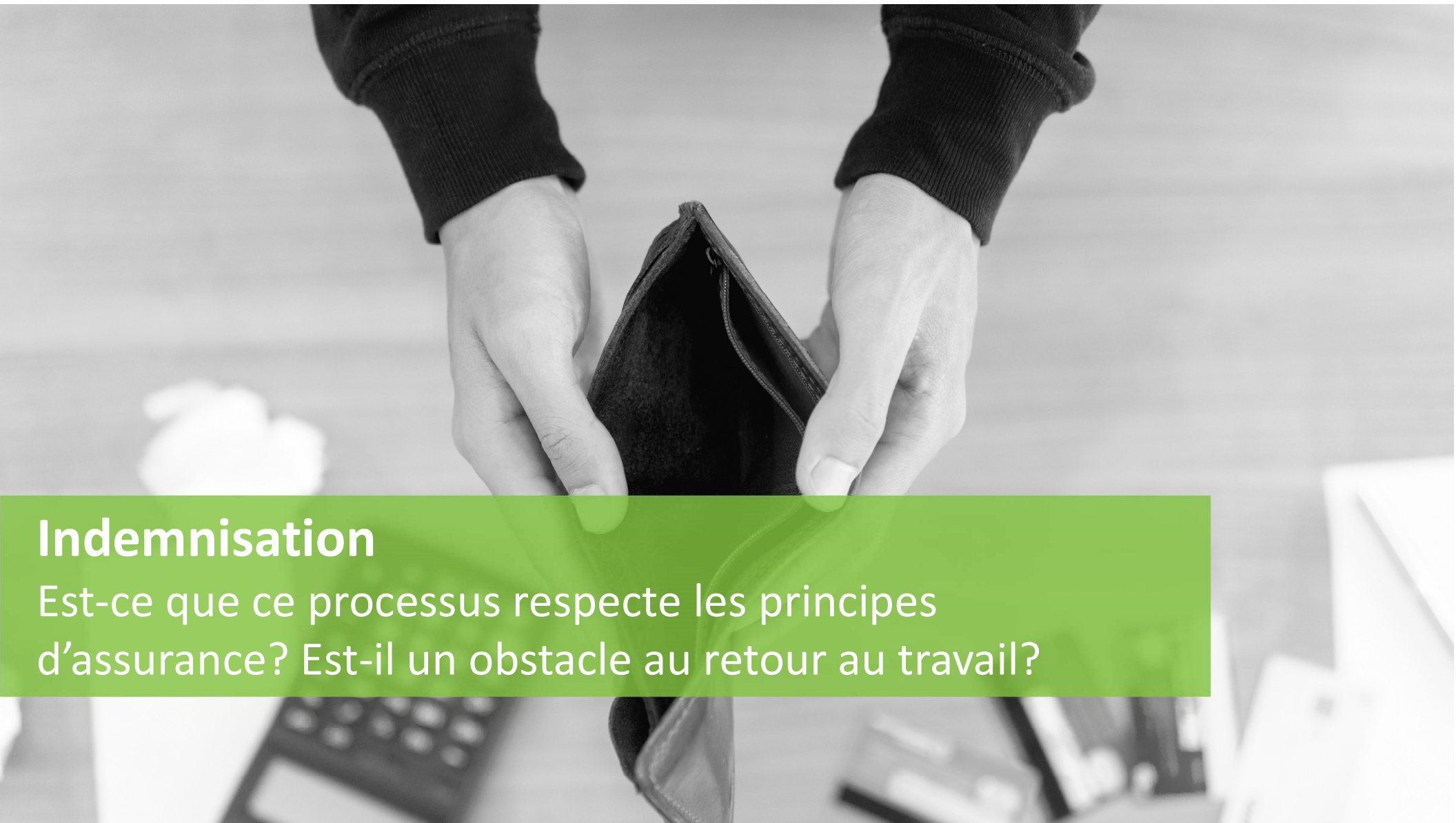
Période de recherche d'emploi

- Il est incompréhensible que la LATMP n'ait prévu aucun cadre de contrôle ni de suivi des activités de recherche d'emploi du travailleur pendant cette période de 12 mois.
 - L'indemnité de remplacement de revenu est donc versée automatiquement pendant un an au travailleur **sans obligation quelconque** pour lui de rendre compte de ses efforts de recherche d'emploi.
- Nous sommes d'avis que cette période est nettement trop longue et qu'il est incompréhensible d'avoir une absence d'obligation de démonstration de démarche de recherche d'emploi. Cette approche ne rencontre pas les objectifs du ministre visant le retour rapide et durable des travailleurs en emploi. Nous sommes loin du concept « **Better at work** » préconisé par la majorité des commissions d'accidents du travail au Canada.

Période de recherche d'emploi

Recommandation n° 7

La période de recherche d'emploi devrait être similaire à celle des autres provinces canadiennes et devrait inclure un suivi rigoureux par la CNESST des efforts de recherche d'emploi sous peine de sanctions dans le cas de non-collaboration.



Indemnisation

Est-ce que ce processus respecte les principes d'assurance? Est-il un obstacle au retour au travail?

Indemnisation

- Un concept important dans tout régime d'assurance est l'incitatif à la prévention et au retour rapide et durable des travailleurs
- Afin de respecter ce concept, le régime d'indemnisation doit être élaboré de façon à fournir une indemnisation juste et adéquate
 - Le niveau de remplacement de revenu doit refléter la moyenne des salaires du travailleur lors de l'événement. Il est de pratique courante de verser un montant légèrement inférieur au revenu net du travailleur (entre 75 % et 90 % du salaire net au Canada) afin de préserver l'incitatif à la prévention et au retour au travail.
 - Pour certains dossiers particuliers, la notion de remplacement de revenu devrait être remplacé par une notion de perte de capacité de gains pour des dossiers de longue durée si le niveau de salaire du travailleur était inadéquat lors de l'événement
 - Par exemple, pour un travailleur à temps partiel au salaire minimum, aux études, âgé de 20 ans, qui ne pourra plus jamais travailler le reste de ses jours
 - On ne doit pas avoir d'indemnisation **comportant une possibilité d'enrichissement injustifié**
 - Par exemple, verser un niveau d'indemnisation initialement prévue pour une courte durée à un niveau nettement supérieur au revenu réellement gagné par le travailleur

Indemnisation

Commission accidents du travail					
	Québec	Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Niveau d'indemnisation	90 % du salaire net	85 % du salaire net	90 % du salaire net	90 % du salaire net	90 % du salaire net
Salaire net	L'employeur aux services duquel se trouve le travailleur lorsqu'il est victime d'une lésion professionnelle lui verse son salaire net pour la partie de la journée de travail au cours de laquelle le travailleur devient capable d'exercer son emploi en raison de sa lésion. Pour les 14 premiers jours d'incapacité, le travailleur reçoit 90 % de son salaire net pour chaque jour ou partie de jour où ce travailleur aurait normalement dû travailler n'eut été de son incapacité. Le salaire net du travailleur est égal à son salaire brut moins les diverses retenues à la source habituelles que lui fait son employeur. D'autre part, la loi prévoit diverses méthodes d'établissement du revenu brut annuel du travailleur qui sert de base au calcul de l'indemnité et de remplacement du revenu. De façon générale, un travailleur peut établir un revenu brut plus élevé que celui occupé lors de la lésion, dans la mesure où il est capable d'en faire la démonstration.	Salaire moyen des dernières semaines pour paiement des indemnités des premières 12 semaines. Pour les indemnités de plus longue durée, le calcul peut se faire sur la moyenne des salaires sur une plus longue période. Si la nature ou la gravité de la blessure ou de la maladie empêche complètement un travailleur de reprendre un travail, quel qu'il soit, ou si le travailleur est en mesure de reprendre une forme de travail mais que la Commission détermine qu'aucun travail approprié n'est disponible, le travailleur a généralement droit à l'intégralité des prestations de remplacement de revenu à condition qu'il coopère aux mesures de soins de santé et à tous les aspects du processus de réinsertion professionnelle. Il aurait donc droit à la prestation minimale de remplacement de salaire (2020 : 24 235 \$)	Remplacement de salaire court terme : Si travailleur régulier, revenu actuel. Si avec fluctuation, revenu moyen de la dernière année. Si vos revenus nets sont inférieurs ou égaux au salaire moyen minimum (24 232 \$ en 2020), le taux des prestations sera de 100 % du salaire net. Lorsqu'un travailleur déclaré est impliqué dans un accident qui entraîne son décès ou une perte à long terme de la capacité de gain, l'article 77 précise que leurs gains peuvent être adaptés. Dans ce cas, le salaire moyen du travailleur déclaré sera le plus élevé des deux : • le salaire moyen du travailleur calculé en vertu de l'article 45 ; et • la moyenne des salaires moyens minimum La CAT considère qu'un travailleur déclaré a subi une perte de capacité de gain à long terme après qu'il ait reçu 24 mois de prestations pour perte de salaire accumulées.	Si travailleur régulier, revenu actuel. Si avec fluctuation, revenu moyen de la dernière année.	Si travailleur régulier, moyenne des trois derniers mois. Si avec fluctuation, revenu moyen de la dernière année.
Maximum assurable (2021)	83 500\$	102 800\$	Pas de limite	98 700\$	100 000\$
Indemnisation minimale	Minimum de 27 248\$ (40 heures @ 13.10\$)	Pas de minimum	Pas de minimum	Pas de minimum	Pas de minimum

Indemnisation

- Nous sommes d'avis que de façon générale, le niveau d'indemnisation au Québec est raisonnable
 - Remboursement légèrement inférieur au salaire du travailleur (90 % du salaire net)
- Cependant, pour des événements de courte durée pour des travailleurs à temps partiel, le régime québécois implique une notion d'enrichissement injustifiée qui va complètement à l'encontre des principes de base d'un régime d'assurance
 - Verser une indemnité sur une base de salaire comme si l'employé travaillait au salaire minimum pendant une semaine de 40 heures peut générer un enrichissement injustifié.
- Dans les principales autres provinces, le concept d'enrichissement injustifié n'existe pas
 - Il existe cependant des approches de réajustement de salaire afin de refléter un concept de perte de capacité de gain pour des dossiers de longue durée ou permanents.
- La notion d'enrichissement injustifié va à l'encontre des objectifs du PL59 :
 - Incitatif à déclarer un événement
 - Incitatif à prolonger la réclamation
 - Augmentation des coûts du régime

Indemnisation

Recommandation n° 8

La CNESST devrait éliminer la notion d'indemnisation minimale pour les dossiers de courte durée et remplacer le tout par un réajustement après une période de 6 à 12 mois selon une notion de capacité de gains pour des dossiers de longue durée ou permanents.

A hand is shown placing a dark grey rectangular block onto a stack of green rectangular blocks. The blocks are arranged in a row, with the stacks increasing in height from left to right. The background is a light grey gradient.

Imputation

Pourquoi ce concept est primordial dans les régimes d'accidents du travail au Canada?

Imputation

- Il existe une politique dans les principales commissions d'accidents du travail au Canada qui a pour but de tenir compte de la faute ou de la négligence de tiers lors de la survenance d'accidents de travail afin d'éviter que les employeurs n'aient à payer de cotisations supplémentaires en pareils cas.
- Il existe également une politique reliée aux conditions handicapantes préexistantes dans toutes les provinces au Canada (sauf en Nouvelle-Écosse).
- Une condition préexistante est toute condition médicale qui existait avant un accident du travail, et peut inclure des blessures, des maladies, des conditions dégénératives et des conditions psychiatriques. L'existence de la condition préexistante doit être confirmée par des preuves cliniques avant ou après l'accident et peut avoir été évidente avant l'apparition de l'accident du travail ou peut devenir évidente après.

Imputation

- Lorsque le décideur établit que le travailleur a été blessé par un accident survenu dans le cadre et au cours de l'emploi, ou qu'il est atteint d'une maladie professionnelle due à la nature de l'emploi, la demande est acceptée. C'est le cas même lorsqu'il existe des preuves d'une condition préexistante qui peut avoir augmenté la susceptibilité du travailleur à une blessure/maladie. Il s'agit en fait de l'application de la théorie de « crâne fragile » (*thin skull rule*) qui est bien établie au Canada.
 - De façon générale, les travailleurs sont indemnisés pour le plein effet de l'accident ou de la maladie professionnelle même si les effets sont plus graves que prévu ou si la guérison prend plus de temps en raison d'une condition préexistante.
- En contrepartie, l'employeur peut demander de faire transférer les effets inévitables d'imputation au fonds général. Les tableaux suivants démontrent les intentions du législateur ainsi que l'application actuelle dans les principales autres provinces canadiennes.

Imputation

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
Actuellement, les articles 326 et 329 sont les deux dispositions fondamentales en matière d'imputation de coûts. L'objectif de ces dispositions est double. D'une part, favoriser l'embauche et le maintien d'emploi des travailleurs handicapés et deuxièmement, ne pas pénaliser indûment les employeurs en regard de leur cotisation. Au Québec, la CNESST indemnise largement les travailleurs puisqu'elle ne joue pas vraiment son rôle d'assureur, compte tenu des termes de la LATMP. En effet, l'ajout du rôle du médecin qui a charge du travailleur lors de l'entrée en vigueur de la LATMP en 1985 a complètement changé la donne pour ce qui est de la fonction d'assureur de la CNESST. Celle-ci est en effet liée par le médecin qui a charge du travailleur et ne peut donc, comme dans toutes les autres provinces, pouvoir compter sur plusieurs experts médicaux pour accepter ou refuser les réclamations après examen de celles-ci. C'est donc dire que les employeurs n'ont d'autre choix que de recourir fréquemment aux dispositions des articles 326 et 329 LATMP. L'article 326 permet à l'employeur d'obtenir un partage de coûts si un tiers non assujéti au régime d'indemnisation est responsable de la lésion professionnelle ou encore si la lésion professionnelle découle d'un événement qui a comme effet d'« obérer injustement » un employeur. D'autre part, l'article 329 permet à un employeur d'obtenir un partage de coûts, en tout et en partie, si un travailleur était handicapé antérieurement à la survenance de la lésion ou si ce handicap a joué un rôle soit sur la survenance même de cette lésion ou encore sur la période d'invalidité. Les tribunaux administratifs et supérieurs ont donné raison jusqu'à maintenant aux employeurs dans leur interprétation des dispositions dont il est ici question.	Dans un premier temps, le projet de loi 59 entend radier les termes « obérés injustement » à l'article 326. Les employeurs seront ainsi privés de motifs importants de partage de coûts, notamment dans le cas des longs délais d'hospitalisation ou d'attente de chirurgie, d'événements inhabituels, etc. Quant à l'article 329, le projet de loi introduit la possibilité d'adopter un règlement pour préciser les modalités d'application de cette disposition. Or, les paramètres de ce règlement sont inconnus. D'autre part, on entend donner à la notion d'« handicap antérieur » une définition excessivement restrictive. Dorénavant sera considérée comme un travailleur déjà handicapé avant la lésion professionnelle celui connaissant une déficience qui entraîne une incapacité significative et persistante et qui est sujet à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités concourantes. On radie donc, en quelques mots, toute la jurisprudence des tribunaux administratifs depuis plus d'une vingtaine d'années.

Imputation

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
Réclamations de véhicules automobiles par des tiers - peuvent être transférées à un autre employeur et si la partie fautive est un civil. Les coûts sont retirés du compte de l'employeur et transférés. Transfert du coût dû à la négligence d'un tiers peut aussi être transféré - doit être d'au moins 500 \$ pour poursuivre. Conditions préexistantes : si une invalidité antérieure a causé ou contribué à l'accident indemnisable, ou si la période résultant d'un accident se prolonge ou s'allonge en raison d'une affection préexistante, 100 % ou une partie de l'indemnisation et des frais de soins de santé peuvent être désimputés de l'employeur. Le handicap préaccidentel est défini comme un état qui a produit des périodes de handicap dans le passé nécessitant un traitement et perturbant l'emploi. Une condition préexistante est définie comme une condition sous-jacente ou asymptomatique qui ne se manifeste qu'après l'accident. Les frais de réclamation qui sont supprimés sont imputés au « fonds » auquel les employeurs de la Cédule 1 contribuent.	Transfert du coût dû à la négligence d'un tiers 1) Négligence de la part d'un autre employeur couvert 2) La WCB poursuit une action en justice contre un tiers. Un partage de coût est appliqué lorsque 1) lorsqu'une condition préexistante affecte la durée de l'invalidité et/ou les coûts associés 2) les coûts déterminés de manière à faire peser une charge inéquitable sur l'employeur 3) sinistre principalement causé ou prolongé de manière significative par une condition préexistante 4) traumatismes cumulatifs ou maladies à longue latence 5) blessure pendant un stage 6) dépenses des programmes de réadaptation pour des mesures préventives ou une nouvelle blessure due à la réadaptation. La désimputation des coûts est appliquée à la catégorie de l'employeur de l'accident	Transfert de coûts à un autre employeur en raison d'une négligence. Un partage de coûts est appliquée lorsque 1) l'accident indemnisable aggrave un état de santé antérieur 2) la condition préexistante entraîne une augmentation de la durée ou du degré d'invalidité 3) la période d'invalidité est prolongée en raison d'un état concomitant 4) la reprise est prolongée en raison d'une erreur de jugement des travailleurs 5) retard dans l'admission à l'hôpital 6) paiement de la perte de salaire pendant l'enquête médicale visant à déterminer le droit au remboursement si la demande est rejetée. Blessures au dos - une réduction des coûts sera envisagée si des preuves médicales indiquent que l'accident indemnisable a aggravé un état antérieur à l'accident, la CAT réduira les coûts dépassant 8 fois le taux d'indemnisation hebdomadaire du travail. La désimputation est imputé au secteur dans lequel se trouve l'employeur. Les employeurs d'une unité de classification donnée peuvent renoncer à l'option d'allègement des coûts et, en retour, elles n'ont pas à payer la taxe pour financer l'allègement des coûts dans le cadre de leurs primes. (<i>Industry Custom Pricing</i>).	Transfert de coût si un montant substantiel d'indemnisation a été accordé (plus de 51 445 \$ pour 2020) et à la suite d'une blessure ou d'un décès causés par un manquement grave au devoir de diligence d'un employeur ou d'un exploitant indépendant appartenant à une autre catégorie ou sous-catégorie, ou y ayant contribué de manière substantielle. S'il y a un allègement des coûts, le transfert est effectué vers le groupe de tarification de l'employeur. Définition : une maladie, un état ou une incapacité préexistante sont ceux qui existent avant le préjudice indemnisable et qui sont établis par un diagnostic confirmé ou un avis médical Pour que l'allègement des coûts soit applicable, il faut qu'il y ait eu au moins 10 semaines de prestations d'invalidité totale temporaire et/ou partielle temporaire ou que des prestations d'invalidité permanente aient été accordées.

Imputation

- Il est impératif que le PL59 maintienne la survenance des dispositions relatives à l'imputation pour ne pas pénaliser indûment les employeurs lors de certaines circonstances alors que l'employeur n'a aucun contrôle sur celles-ci.
- Il ne faut pas oublier que le régime d'indemnisation des lésions professionnelles est entièrement payé par les employeurs québécois et que l'imputation n'est qu'une mesure de répartition de la « facture » entre les divers employeurs contribuant au fond général de la CNESST.
 - Processus de désimputation afin de ne pas pénaliser les employeurs pour des périodes d'indemnisation plus longues que la normale en raison de conditions préexistantes
 - Correction de l'imputation pour des notions d'inéquité pour l'employeur
 - Prolongement de la réclamation hors du contrôle de l'employeur (ex. chirurgie remise, pandémie, erreur médicale, etc.)
 - Réclamation générée par un tiers employeur
 - Exposition à des substances/bruits sur plusieurs employeurs
 - Survenance de cas particuliers comme celui des travailleurs qui ont quitté leur travail pour des causes reliées à de la malversation ou à différentes actions de nature criminelle

Imputation

- Leur disparition ou modification entraîneraient une pression significative à la hausse sur les contestations relatives à l'admissibilité des réclamations
- Un resserrement des conditions d'application de l'article 329 LATMP relatif aux conditions préexistantes entraînerait également une pression sur le processus d'embauche des travailleurs déjà handicapés
- Le concept d'inéquité pour l'employeur est important et doit être conservé dans un régime d'assurance d'accidents du travail
 - Il serait encore plus inéquitable d'imputer à un employeur les coûts d'une lésion professionnelle (ou une portion) pour des circonstances hors de son contrôle (tiers, délai, etc.)
- Il faut aussi rappeler que le processus d'imputation n'est qu'une modalité de partage de la « facture » payable uniquement par les employeurs
- Il serait aussi important de revoir la notion du financement reliée à l'imputation.

Imputation

Recommandation n° 9

Nous recommandons le maintien des articles actuels de désimputation (art. 326 à 329).



Financement

Est-ce que la facture est actuellement répartie de façon adéquate? Comment est-elle répartie dans les autres régimes?

Financement

- Actuellement, la facture du coût du régime est entièrement payée par les employeurs couverts qui se partagent la responsabilité de l'assurance contre les accidents du travail ce qui respecte un des principes fondamentaux mis de l'avant par le Juge Meredith.
- On pourrait cependant se poser la question à savoir si cette facture est actuellement répartie de façon équitable.
 - Dans son rapport de 1913, il est stipulé que les coûts d'indemnisation du gouvernement devraient être séparés du secteur privé avec la création de deux cédules (1 et 2)
- Le tableau suivant illustre pour les principales provinces ce principe de séparation des coûts entre le secteur privé et le secteur public. Ailleurs qu'au Québec, les gouvernements paient de façon équitable leurs propres coûts du régime.

Financement

	Commission accidents du travail				
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Manitoba
Gouvernement provincial	Le régime est assuré, le secteur public ne paie pas 100 % de ses coûts.	Régime auto-assuré, le secteur paie 100 % de ses coûts.	Régime assuré, le secteur paie 100 % de ses coûts.	Le secteur public est auto-assuré, il paie 100 % de ses coûts.	Le secteur public est auto-assuré, le secteur public paie 100 % de ses coûts.
Secteur de la santé				Le secteur de la santé est assuré. Les coûts sont 100 % payés par eux.	Le secteur de la santé est assuré. Les coûts sont 100 % payés par eux.
Secteur de l'éducation				Le secteur de l'éducation est assuré. Les coûts sont 100 % payés par eux.	Le secteur de l'éducation est assuré. Les coûts sont 100 % payés par eux. Les professeurs sont couverts pas une police externe.
PMSD	Le secteur public génère entre 65 % et 70 % des coûts mais ne cotise qu'à la hauteur d'environ 25 % du montant. Transfert évalué entre 86 M\$ et 98 M\$ vers le secteur privé.	Le PMSD n'existe pas	Le PMSD n'existe pas	Le PMSD n'existe pas	Le PMSD n'existe pas
Imputation	L'imputation provenant des articles 326 à 329 des principaux secteurs du gouvernement (santé et éducation) est répartie avec les autres employeurs assujettis au régime rétrospectif. Ils utiliseraient plus la désimputation que la moyenne des autres employeurs ce qui génère un transfert de coûts du secteur public au privé.	Non-applicable (auto-assurance)	Le tout est réparti entre les employeurs de l'unité de classification	Le tout est réparti entre les employeurs de l'unité de classification	Le tout est réparti entre les employeurs de l'unité de classification

Financement

- Les coûts générés par le secteur public sont entièrement assumés par le gouvernement dans les principaux régimes d'accidents du travail au Canada
 - Dans plusieurs provinces canadiennes, les coûts reliés aux accidents du travail du secteur public sont auto-assurés (Ontario et en partie en Colombie-Britannique et au Manitoba)
 - Certains régimes sont assurés, cependant les coûts provenant de l'imputation sont répartis entre les employeurs des unités de classifications correspondantes spécifiques au gouvernement
 - La facture est donc répartie entre les employeurs constituant le gouvernement

Financement

- Au Québec, il y a un transfert de coûts significatif du secteur public au secteur privé
 - **PMSD** : actuellement, il y a un taux de cotisation uniforme pour tous les employeurs de juridiction provinciale (public et privé). Étant donné que le gouvernement génère entre 65 % et 70 % du coût du PMSD représentant environ 25 % de la masse salariale assurable, ce qui constitue clairement un transfert de la facture du public au privé
 - Les coûts du PMSD ont été de 217,4 M\$ en 2019 (excluant les frais d'administration)
 - Nous estimons ce transfert du public au privé entre **86 M\$** et **98 M\$** en 2019 (sans tenir compte des frais d'administration du programme)
 - **Imputation** : le gouvernement est assujettis au régime rétrospectif au Québec. Il serait un des plus grands utilisateurs des articles d'imputation. Étant donnée que l'imputation pour les employeurs assujettis au régime rétrospectif est réparti entre eux, le secteur privé écoperait des transferts du secteur public.

Financement

Nous estimons qu'il est inéquitable que la majorité des employeurs du Québec aient à absorber certains coûts directs et indirects générés par le gouvernement.

Cette approche ne respecte pas le concept d'équité de répartition de la facture selon le Juge Meredith.

Financement

Recommandation n° 10

Le financement du régime de la CNESST devrait être effectué selon une répartition équitable entre le secteur public et le secteur privé. Le gouvernement devrait assumer 100 % des coûts directs et indirects générés par lui.

Financement

- Le financement des charges sociales non reliées au travail devrait aussi être revu.
 - Le PMSD, programme unique au Canada, devrait être payé par le Régime québécois d'assurance parentale et non pas par la CNESST.
 - Ceci permettrait aussi de couvrir les travailleuses de juridiction fédérale actuellement inéligible en vertu de la LSST
 - Les frais médicaux de désimputation pour des conditions préexistantes ne devraient pas être refacturés à l'ensemble des employeurs couverts par la CNESST, mais plutôt assumés par la RAMQ
 - Pourquoi les employeurs devraient assumer les frais médicaux pour un dossier qui serait ultimement refusé par la CNESST ou par un tribunal? Idem pour un dossier avec présence de conditions préexistantes?

Financement

Recommandation n° 11

Le coût du PMSD devrait être assumé par le programme québécois d'assurance-parentale, tandis que les frais médicaux de l'imputation pour des conditions préexistantes devraient être payés par la RAMQ.



Maladies professionnelles

Quelles sont les approches ailleurs au Canada afin d'accepter des nouvelles maladies professionnelles?
Notre régime d'indemnisation pour la surdité est-il adéquat?

Maladies professionnelles – acceptation

- **Le Règlement sur les maladies professionnelles (MP)**

- Le PL59 cherche à ce que l'indemnisation des travailleurs victimes d'une MP reflète les avancées de la science et adopte un nouveau règlement spécifique aux MP.
- Pour certains travailleurs, il peut s'avérer plus compliqué de se faire indemniser si les risques caractéristiques de leur travail ne sont associés à aucun diagnostic reconnu.
- Les découvertes scientifiques récentes peuvent justifier l'ajout d'un diagnostic au Règlement sur les maladies professionnelles.
- Le PL59 prévoit l'application d'une présomption par le biais de l'article 29 de la loi pour une maladie prévue au règlement.
- Le PL59 prévoit également qu'en l'absence d'une telle présomption, un travailleur qui ne jouit pas d'une telle présomption peut être considéré comme atteint d'une MP s'il satisfait aux critères d'admissibilité de la réclamation prévus par règlement et s'il répond aux exigences de l'article 30 de la Loi.

Maladies professionnelles – acceptation

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
La loi actuelle prévoit les dispositions particulières concernant les maladies professionnelles. L'article 29 LATMP prévoit que les maladies énumérées à l'annexe de cette loi sont caractéristiques du travail correspondant à chacune de ces maladies et il y a donc une présomption qu'elles sont reliées directement aux risques particuliers de ce travail. Par ailleurs, l'article 30 vise les maladies professionnelles qui ne se retrouvent pas à l'annexe 1 de la loi. Dans ce cas, sera considérée comme étant une maladie professionnelle, une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et ne résultant pas d'un accident de travail ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un tel accident. Le travailleur doit alors démontrer à la CNESST que sa maladie est, soit caractéristique d'un travail qu'il a exercé, soit qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail.	Le PL59 prévoit l'institution d'un Comité scientifique sur les maladies professionnelles (ci-après le Comité) ayant pour mandat de formuler des recommandations en matière de maladies professionnelles au ministre ou à la CNESST, notamment en recensant et en analysant les recherches et les études en matière de maladies professionnelles (MP) en analysant les relations causales entre les maladies et les contaminants ou les risques particuliers d'un travail, en produisant des avis écrits sur l'identification des MP, etc. Le champ d'action de ce comité est très vaste et dépasse celui du cadre de la loi car le Comité peut effectuer tout autre mandat qui lui est confié par le ministre ou par la CNESST. De plus, le PL59 prévoit que le comité peut consulter tout expert ou tout organisme public ou lui confier la réalisation de ses travaux (article 348.2). Avant de rendre son rapport, un comité de maladies professionnelles oncologiques doit prendre connaissance des avis et des recommandations du comité scientifique sur les maladies professionnelles. (article 233.5) Divulgaration des avis au public : la Commission doit les rendre accessible sur son site au plus tard un an après leur réception (sauf exception si les avis font l'objet d'un projet de Règlement – article 248.3). Autre nouveauté : le Règlement sur les maladies professionnelles qui détermine notamment l'application de la présomption de MP et les conditions particulières en lien avec ces maladies, en plus de préciser les conditions d'admissibilité.

Maladies professionnelles – acceptation

- **La nécessité d'inclure l'obligation de considérer d'autres facteurs contributifs**
 - Le PL59 offre différentes possibilités à des travailleurs de se faire indemniser pour une MP en référence à un règlement sur les maladies professionnelles, lequel peut être modifié et adapté en fonction des avancées de la science.
 - Or, le PL59 demeure muet sur les autres éléments à considérer dans l'analyse de l'admissibilité d'une MP, tels que les facteurs contributifs externes au travail.
 - Le PL59 devrait exiger de considérer **l'ensemble de l'état de santé du travailleur** avant de se prononcer sur la reconnaissance d'une MP.
 - Plus spécifiquement, les conditions personnelles et les autres facteurs contributifs devraient être considérés avant qu'une réclamation pour MP ne soit acceptée.

Maladies professionnelles – acceptation

- **Le Comité scientifique sur les maladies professionnelles : présentation**
 - Le PL59 prévoit l'institution d'un Comité scientifique sur les maladies professionnelles ayant pour mandat de formuler des recommandations en matière de maladies professionnelles au ministre ou à la CNESST.
 - Les recommandations de ce comité pourraient prendre la forme d'avis écrits et se baseraient notamment sur la recension et l'analyse des recherches et des études en matière de MP et sur l'analyse des relations causales entre les maladies et les contaminants ou les risques particuliers d'un travail.
 - Le champ d'action de ce comité est très vaste, car le comité peut effectuer **tout autre mandat** qui lui est confié par le ministre ou par la CNESST.

Maladies professionnelles – acceptation

- **Le Comité scientifique sur les maladies professionnelles : dérives potentielles**
 - Nous jugeons que l'implantation d'un tel comité ouvre la porte à des dérives et ce, pour les raisons suivantes :
 - Les nouvelles découvertes scientifiques peuvent faire l'objet de publications diverses sans que ces publications ne reflètent un consensus dans la communauté scientifique et conséquemment, les recommandations du Comité, qui se baseraient sur ces publications, pourraient permettre l'indemnisation hâtive des travailleurs, puisque cette indemnisation ne reposerait pas sur un consensus scientifique ou sur des preuves reconnues.
 - Les qualifications pour être membre du comité sont diverses et les critères à rencontrer plutôt généraux (un seul critère à rencontrer pour 4 membres du comité de 5 experts).
 - Le mandat des membres est renouvelable et bien que chaque mandat soit d'une durée maximale de 5 ans, les membres demeurent en poste jusqu'à ce qu'ils soient remplacés et ils peuvent être reconduits sans limite.

Maladies professionnelles – acceptation

- **Recommandations sur le Comité scientifique sur les maladies professionnelles**
 - Que le rôle de ce comité soit limité et circonscrit aux mandats énumérés dans la loi sans qu'il ne se voit confier des mandats additionnels qui lui seraient attribués à la discrétion du ministre ou de la CNESST.
 - Qu'il ne soit pas permis que ce comité confie la réalisation de ses travaux à des experts ou des organismes publics, lesquels ne sont par ailleurs pas spécifiés dans le PL59.
 - Si le comité consulte un expert ou un organisme public dans la conduite de ses travaux, qu'il le fasse en utilisant une liste d'experts ou d'organismes publics dûment autorisés par le conseil d'administration de la CNESST.
 - De rendre obligatoire la tenue d'une consultation publique avant d'introduire une nouvelle maladie professionnelle au Règlement, comme c'est le cas en Colombie-Britannique par exemple.

Maladies professionnelles – acceptation

- **Recommandations sur le Comité scientifique sur les maladies professionnelles**
 - Que les avis du Comité soit rendus publics **sans** délai, contrairement à ce qui est suggéré dans le PL59, sur le site de la Commission en fonction des meilleures pratiques en matière de transparence et d'accès à l'information.
 - Que les mandats de chaque membre soit limité à deux (2) mandats d'une durée maximale de cinq (5) ans de manière à respecter les règles de saine gouvernance.
 - Qu'une condition de qualification supplémentaire soit ajoutée pour devenir membre du comité, soit que l'on exige une expérience pratique d'un minimum de 10 ans, comprenant notamment une forte connaissance des milieux de travail.
 - Que des qualifications supplémentaires soient rencontrées pour qu'un membre puisse devenir le président de ce comité, notamment qu'il possède une expérience pratique d'un minimum de 10 ans, comprenant notamment une forte connaissance des milieux de travail.

Maladies professionnelles – acceptation

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
La loi propose différentes définitions de ce qui constituent une maladie professionnelle. Il peut s'agir : - D'une maladie résultant d'une exposition à une substance liée à un procédé, un métier ou une profession donnés dans un secteur d'activité; - D'une maladie particulière à un procédé, un métier ou une profession donnés dans un secteur d'activité, ou qui en est caractéristique; - D'un état de santé qui, selon la Commission, exige que l'exposition d'un travailleur à une substance cesse temporairement ou de façon permanente parce que l'état peut être un signe précurseur d'une maladie professionnelle; Le lieutenant-conseil peut également prescrire des maladies par règlement pour l'application de la loi. Séparément, la loi introduit une présomption réfragable pour les pompiers. Deux annexes à la loi régissent les présomptions pour les maladies professionnelles. L'Annexe 3 liste 30 maladies et procédés auxquels le travailleur aurait été exposé, et pour lesquels il est présumé que la maladie a résulté de la nature de l'emploi du travailleur sauf si le contraire est démontré (réfragable). L'Annexe 4 répertorie une courte liste de maladies et de procédés associés et la maladie est réputée avoir résulté de la nature de l'emploi du travailleur (irréfragable). La Commission administre un Programme des maladies professionnelles et des prestations de survivant.	La Commission peut établir qu'une lésion résulte d'un accident survenu du fait ou en cours de l'emploi si, selon elle, la lésion consiste en une maladie professionnelle causée en partie par l'emploi du travailleur et en partie par des causes étrangères à l'emploi et que l'emploi est la cause principale de la maladie. Certaines maladies spécifiques tel que le cancer gastro-intestinal suivant une exposition à l'amiante dans une période inférieure à 20 ans seront acceptées s'il est raisonnable de conclure que le cancer s'est développé dans le cours de cet emploi. Le cancer du larynx peut également être reconnu comme une maladie professionnelle si certaines conditions sont respectées.	Une présomption pour les pompiers est introduite dans la loi en lien avec des infarctus et certains cancers (24.1). Une présomption pour l'acceptation de chocs post-traumatiques pour divers corps de métiers est également présente dans la loi (24.2). Un comité aviseur de scientifiques sur les maladies professionnelles est chargé de proposer au ministre des changements à la loi et à ses règlements afin de refléter l'état de la science sur ces questions. La composition du comité est prévue à la loi. Le président est le directeur des services médicaux de la Commission et le vice-président, un médecin que la Commission emploie. Les autres membres sont désignés par le ministre de la Santé et la Santé publique de la province; le ministre peut également nommer trois membres tirés de listes proposant minimalement trois choix de candidats chacune. Il s'agit d'un membre nommé par une association représentant les travailleurs, d'un membre nommé par une association représentant les employeurs et d'un membre du public. Fait intéressant : la Commission des accidents de travail divulgue sur son site Internet un descriptif des cas de MP qui sont acceptées en mentionnant l'âge, la période et le type d'exposition.	La loi tient compte du fait que la science puisse apporter de nouvelles découvertes et avancées scientifiques, par exemple en allongeant le délai pour déposer une réclamation si certaines conditions sont rencontrées lorsque les connaissances scientifiques ont progressé, selon l'opinion de la Commission (article 55). La Commission des accidents de travail tient des consultations publiques pour recueillir l'opinion du public avant d'introduire de nouvelles maladies listées dans les présomptions.

Maladies professionnelles – acceptation

Recommandation n° 12

12.1 Que l'application des articles 29 et 30 de la Loi soit assujettie à l'obligation de considérer les facteurs contributifs externes au travail, tels que mais sans s'y limiter les conditions médicales personnelles.

12.2 Que les règles de meilleure gouvernance soient appliquées à la composition, au mandat et aux avis rendus par le Comité scientifique sur les maladies professionnelles.

12.3 Que trois membres additionnels puissent être nommés pour siéger au Comité issus respectivement du milieu patronal, du milieu syndical et du large public.

12.4 Qu'avant que ne soit introduite une nouvelle maladie professionnelle au règlement une consultation publique soit tenue.

12.5 Qu'au minimum un membre du Comité scientifique des maladies professionnelles jouisse d'une expérience pratique de 10 ans dans la médecine des milieux de travail, et que de nouvelles exigences soient ajoutées pour que le président du Comité soit élu.

Maladies professionnelles – surdité

- La surdité professionnelle est devenue la catégorie de lésions professionnelles ayant connu la plus importante progression tant en nombre de dossiers qu'en coûts associés au cours des 10 dernières années.
- En 2009, la CSST a reçu un total de 5 303 réclamations pour un taux d'acceptation de 88 %. En 2018, c'est 14 501 nouvelles réclamations qui ont été déposées à la CNESST, assorties d'un taux d'acceptation de 86 %.
- Cette augmentation du nombre de dossiers s'explique en grande partie par le vieillissement de la population, mais également par une facilité d'accès à l'information et une amélioration de la technologie des appareils.
- Quant aux coûts, ils sont directement proportionnels au nombre de cas, mais aussi au prix payé pour l'appareillage. La technologie supérieure et l'exclusivité accordée aux audiologies au Québec pour vendre ces appareils sont associées avec une augmentation substantielle des coûts.
- Enfin, puisqu'il y a un nombre significatif de réclamations chez les personnes de 70 ans et plus, ceci a un impact direct sur le montant versé pour les atteintes permanentes, les montants associés connaissant une hausse substantielle.

Maladies professionnelles – surdité

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
La section 4 de l'annexe 1 de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles prévoit l'existence d'une présomption de surdité professionnelle pour une atteinte auditive ayant été causée par le bruit dans la mesure où la démonstration est faite qu'il s'agit d'un travail impliquant une exposition à un bruit excessif. La notion de bruit excessif a été déterminé par la jurisprudence et elle a évolué au fil des années et des connaissances médicales. De façon générale, on admettait l'unité d'exposition sur 8 heures à 90 DbA.	Le règlement sur les maladies professionnelles adopté en vertu de l'article 238 du projet de loi 59 établit différents critères d'admissibilité relativement à une réclamation d'un travailleur atteint d'une atteinte auditive causée par le bruit. Les articles 4 et 5 sont très précis à ce sujet tout comme la section 4 relative à certaines maladies causées par les agents physiques. En pratique, ces conditions d'exercice relativement à l'application de la présomption sont détaillées et très spécifiques.

Maladies professionnelles – surdité

- L'ensemble des CAT au pays à l'**exception de la CNESST** ont pris des mesures afin de faire face à l'augmentation des coûts liés à la surdité.
- Parmi ces mesures, soulignons la présence d'ententes sur la fixation des prix d'équipement médical avec les fournisseurs, de facteurs de correction afin de n'indemniser que le dommage causé par le bruit industriel et les barrières à l'entrée afin de maintenir un équilibre entre l'indemnisation des travailleurs et l'équité en regard des coûts chargés aux employeurs qui soutiennent le régime d'indemnisation.

Maladies professionnelles – surdité

Commission accidents du travail				
Québec	Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
90	90	85	85	85
2 ans	5 ans	2 ans	2 ans	non définie
30	26.25 bilatérale	35	35	25
Pas de minimum	25	35	35	28-32
Pas de minimum	25	35	35	28-33
500, 1k, 2k, 4k	500, 1k, 2k, 3k	500, 1k, 2k	500, 1k, 2k, 3k	500, 1k, 2k
non	oui (0,5/année après 60 ans)	oui (nombre d'années après 60 ans X 2)	non, mais la demande est rejetée si elle est principalement due à d'autres causes	non, mais la demande est rejetée si elle est principalement due à d'autres causes
non	1000 \$-1500 \$	1,000 \$	900 \$	615 \$
5 ans	5 ans	5 ans	uniquement lorsque requis	uniquement lorsque requis
5 ans	5 ans	5 ans	uniquement lorsque requis	uniquement lorsque requis
6 mois de la connaissance	6 mois de la connaissance	aucun	24 mois de la connaissance	aucun
non	non	non	non	2 ans
non	oui	oui	oui	oui

Maladies professionnelles – surdité

- Certains changements proposés par le PL59 sont les bienvenus dans une optique de juste indemnisation et de réduire le coût des réclamations.
- À certains égards, nous avons cependant des recommandations à émettre :

	Recommandations
Délai pour déposer une réclamation	Établir un délai de (2) ans suivant la fin de l'exposition aux bruits pour déposer une réclamation pour surdité professionnelle de manière à permettre une juste indemnisation et à disposer de la preuve contemporaine nécessaire pour maintenir l'équité dans le régime.
Limite d'exposition reconnue en lien avec le développement d'une surdité professionnelle	Que « l'exigence du port obligatoire de protecteurs auditifs dans le milieu de travail » prévue comme conditions particulières de la section IV- Maladies causées par des agents physiques, de l'Annexe A du PL59 soit abolie parce qu'elle mène à un résultat absurde en décourageant potentiellement l'usage de protecteurs auditifs par les employeurs afin d'échapper à l'application de la présomption.
L'atteinte minimale donnant ouverture aux bénéfices de la loi	La surdité infra-barème ne devrait pas donner ouverture à l'indemnisation en vertu du régime.

Maladies professionnelles – surdité

	Recommandations
L'application de la présomption en matière de surdité professionnelle : exclusion des conditions mixtes	Afin de favoriser une juste indemnisation, la surdité causée par le bruit professionnelle devrait être la cause principale pour que la présomption de lésion professionnelle trouve application. La LATMP devrait spécifiquement prévoir qu'en présence d'une condition mixte, la présomption n'est pas applicable. Afin de voir sa réclamation acceptée dans cette situation, le travailleur devrait alors administrer une preuve médicale.
L'application de la présomption en matière de surdité professionnelle : délai	Pour que la présomption soit applicable, un travailleur devrait être en mesure de fournir un audiogramme contemporain à la fin d'exposition au bruit excessif. Un délai d'au plus deux ans devrait être établi dans la loi à cet égard.
De modifier les fréquences prévues au Règlement sur le barème des dommages corporels pour le calcul de l'atteinte et la détermination du seuil	Au Chapitre VI, Audition (incluant l'oreille externe, moyenne et interne) ainsi que dans la section Séquelles fonctionnelles, Première étape, utiliser les fréquences de 500, 1000, 2000 et 3000 Hertz (plutôt que 4000 Hertz) afin d'être cohérent avec le consensus médical en la matière.

Maladies professionnelles – surdité

	Recommandations
Définition de la surdité	Le législateur aurait intérêt à inscrire une telle définition dans la loi ou référer à un règlement ce qui éviterait le développement de politiques internes par la CNESST qui apparaissent parfois en porte-à-faux avec ces principes reconnus.
Moyens de preuve	L'analyse de la réclamation devrait tenir compte des divers éléments mis à la disposition de la Commission, tels que les études de bruits fournies par l'une ou l'autre des parties, les tests de dépistage auditif passés en entreprise, les opinions médicales soumises les parties ainsi que les antécédents médicaux.

Maladies professionnelles – surdité

Recommandation n° 13

Le législateur devrait agir sans tarder afin de réduire l'augmentation substantielle des réclamations et des coûts en matière de surdité en limitant la période de temps pour déposer une réclamation à deux (2) ans suivant la fin de la durée de l'exposition, en limitant l'application de la présomption pour les cas de surdité professionnelle, en utilisant la fréquence 3000 plutôt que 4000 pour le calcul des dommages corporels de façon à être aligné avec la science et surtout, en réservant l'indemnisation aux surdités supra-barèmes.



Travailleurs domestiques

Quelle est l'approche ailleurs au Canada?

Travailleurs domestiques

Québec	
Régime actuel	Orientations PL59
Le travailleur domestique est expressément exclu de l'application de la LATMP.	Le PL59, de son côté, prévoit expressément que le travailleur domestique est inclus dans la notion de travailleur et pourra donc être indemnisé en vertu de la LATMP. On définit assez largement le travailleur domestique, comprenant toute personne physique qui, en vertu d'un contrat de travail conclut avec un particulier moyennant rémunération a pour fonction principale d'effectuer des travaux ménagers ou d'entretien, d'assumer la garde ou de prendre soin d'une personne ou d'un animal ou d'accomplir tout autre tâche d'employé de maison ou logement d'un particulier ou encore d'agir pour un particulier à titre de chauffeur ou de garde du corps ou d'accomplir toute autre tâche relevant de la sphère strictement privée de ce particulier. À noter que le PL59 ne contient aucune disposition particulière assurant le financement des indemnités reliées à l'indemnisation du travailleur domestique.

Travailleurs domestiques

Commission accidents du travail			
Ontario	Manitoba	Alberta	Colombie-Britannique
La CSPAAT offre une couverture aux travailleurs domestiques qui sont employés plus de 24 heures par semaine par un même employeur. Si les heures de travail du travailleur varient - plus de 24 heures la plupart des semaines, mais 24 heures ou moins les autres semaines - le travailleur est aussi couvert en permanence. Les travailleurs domestiques qui travaillent 24 heures par semaine ou moins pour un seul employeur, ou plus de 24 heures par semaine pour deux ou plusieurs employeurs, mais 24 heures par semaine ou moins pour un seul employeur, ne sont pas couverts par la loi. Les employeurs de travailleurs domestiques à temps plein doivent s'inscrire auprès de la CSPAAT et payés leurs cotisations.	Les ménages privés ou les entreprises qui emploient habituellement et régulièrement une ou plusieurs personnes pour le service domestique pendant 24 heures ou plus par semaine. (Si une seule personne travaille plus de 24 heures par semaine, elle est incluse dans la couverture, ainsi que tout autre travailleur domestique, indépendamment des heures travaillées par cette personne). Exemples de professions engagées pour des tâches domestiques : Personnel de nettoyage ou de maison, gardiennes pour s'occuper de leurs propres enfants, chauffeurs, jardiniers, compagnons, aides-infirmiers ou préposés aux soins personnels. La loi sur l'indemnisation des travailleurs exclut les personnes qui sont engagées pour un travail domestique de moins de 24 heures par semaine. Les aides domestiques employées 24 heures par semaine ou plus (en moyenne) sont couvertes, et l'employeur doit payer des cotisations pour ces travailleurs. Si l'aide domestique a des horaires réguliers, mais est employée moins de 24 heures par semaine et que l'employeur veut la couvrir par la CAT, la couverture serait considérée comme facultative, mais relèverait du même code de branche que la couverture domestique obligatoire.	Couverture volontaire. Ce secteur décrit les circonstances dans lesquelles des propriétaires privés engagent des personnes pour effectuer divers (et surtout) travaux de «ménage» au domicile du propriétaire. Détails de l'opération : Le travail peut être effectué sur une base horaire, occasionnelle, à temps partiel ou à temps plein - des activités qui seraient ou pourraient normalement être effectuées par un propriétaire de maison comme : - le nettoyage - laver les vêtements - la cuisine - le gardiennage - la tonte des pelouses - l'entretien des jardins de fleurs, etc. Ce secteur comprend également l'aide ménagère résidente, comme les bonnes, les nourrices, les chauffeurs, les cuisiniers, les majordomes, etc.	Le WorkSafeBC offre une couverture pour de l'aide domestique si l'employé travaille plus de 8 heures par semaine. Couverture optionnelle si moins de 8 heures par semaine.

Travailleurs domestiques

- L'ajout de la protection des travailleurs domestiques est en soi un élément positif.
- La problématique est comment s'assurer que les cotisations pour couvrir ces réclamations seront au rendez-vous.
 - Déjà, plusieurs de ces travailleurs sont des travailleurs au noir et les lois sont peu efficaces envers les employeurs fautifs.
 - Déjà à ce jour, des employeurs ne procèdent pas à l'inscription de leurs travailleurs et les mécanismes sont peu efficaces à récupérer ces sommes avec une entreprise en faillite ou autres.
 - Imaginez ce que cela sera avec les particuliers fautifs. La loi doit prévoir des pénalités et des mécanismes pour récupérer ces sommes qui visent les administrateurs de ces entreprises ou les particuliers qui ne déclarent pas leurs domestiques.
- Quelles seront les modalités pour récupérer d'un particulier les cotisations dues si le travailleur n'a pas été inscrit ou déclaré?

Travailleurs domestiques

- Financement

- Le PL59 est silencieux sur les notions de classification et tarification
 - Il faudrait s'assurer que la tarification soit adéquate étant donnée l'absence de données (masse salariale et expérience)
 - Une assimilation de cette nouvelle activité dans une unité de classification existante pourrait être négatifs pour les autres employeurs de l'unité si le risque n'est pas déterminé de façon adéquate
- Nous sommes d'avis qu'il y a un danger d'enrichissement injustifié en raison d'une grande proportion de temps partiel avec taux de salaire peu élevé dans ce secteur pour des réclamations de courte durée (voir section Indemnisation)
- Ce secteur est aussi propice à un dérapage au niveau du PMSD. Une autre raison de transférer ce programme au programme québécois d'assurance-emploi.

Travailleurs domestiques

Recommandation n° 14

L'ajout de la protection pour les travailleurs domestiques
devra être encadré afin de couvrir uniquement ceux
qui verseront les cotisations appropriées.



Conclusion

Conclusion

Le temps est venu de moderniser le régime québécois de santé et de sécurité au travail. Cette modernisation doit s'effectuer en accord avec les principes fondamentaux sur lesquels il repose depuis ses débuts.

Ainsi, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles constitue un régime d'assurance dont l'employeur assure seul le financement, le travailleur étant en quelque sorte l'assuré. Comparé aux autres provinces canadiennes, notre régime québécois est sans doute dans l'ensemble le plus généreux de tous.

Par ailleurs, le fonds d'indemnisation de ce régime d'assurance doit être administré de façon à assurer sa pérennité tant en demeurant compétitif par rapport aux autres provinces canadiennes.

De son côté, la Loi sur la santé et la sécurité du travail est basé sur le paritarisme, c'est-à-dire sur l'union des efforts des employeurs et des travailleurs pour prévenir les lésions professionnelles et assurer, le cas échéant, le maintien du lieu d'emploi, essentiel à la réadaptation.

À cet égard, il faut éviter, comme l'ont démontré d'autres provinces canadiennes, le piège des structures souvent lourdes et complexes, particulièrement pour nos PME. Il faut viser les résultats et l'adaptation des moyens à la réalité.

En terminant, nous avons réalisé cette étude en toute indépendance d'esprit, mettant à profit notre expérience, en espérant que cela soit utile à l'ensemble de notre société.

Sylvain Lebel et M^e Bernard Cliche



Merci !

Sylvain Lebel, ASA
Premier vice-président, Santé et productivité
Morneau Shepell
slebel@morneaushepell.com
514 531-2124

Bernard Cliche, Ad. E
Associé
Morency Société d'avocats s.e.n.c.r.l.
bcliche@morencyavocats.com
418 651-9900

**MORNEAU
SHEPELL** 
PARTENAIRE EN SANTÉ MENTALE

