

Groupe de travail

chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail

**Rapport du président
du Groupe de travail**

Décembre 2010

Montréal, le 15 décembre 2010

Monsieur Luc Meunier
Président du conseil d'administration
et chef de la direction
CSST
524, rue Bourdages
Québec (Québec) G1K 7E2

Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de vous présenter mon rapport à titre de président du Groupe de travail chargé de faire des recommandations sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail, conformément au mandat que m'a confié le conseil d'administration de la CSST.

C'est avec empressement que j'ai accepté, en mai 2009, le défi de diriger les travaux du Groupe de travail afin de faire le point sur le régime de santé et de sécurité du travail québécois, qui compte 30 ans d'existence.

Mon objectif principal, avec les membres du Groupe de travail, était d'identifier les problématiques, de trouver des solutions en vue de moderniser le régime et de pouvoir ainsi déposer un rapport d'équipe. Malgré un climat de travail favorable, il n'a malheureusement pas été possible de réaliser un consensus significatif sur les solutions proposées, d'où l'impossibilité d'un rapport d'équipe.

Toutefois, on ne peut passer sous silence les travaux effectués par ce Groupe de travail au cours des 16 derniers mois; aussi, je crois opportun de déposer ce rapport dont les recommandations découlent des solutions proposées concernant les problématiques soulevées.

Malgré cette difficulté à établir un consensus sur les changements nécessaires à la législation et à la réglementation en matière de santé et de sécurité du travail, je tiens à souligner la collaboration des représentants, tant patronaux que syndicaux, tout au long des travaux. Je remercie également les membres de l'équipe de soutien qui ont contribué à documenter, analyser et rédiger des propositions en essayant de rallier le plus large consensus possible pour en arriver aux recommandations comprises dans ce rapport.

Je souhaite que ce rapport puisse alimenter vos discussions au conseil d'administration de la CSST afin de permettre une modernisation prochaine du régime québécois de santé et de sécurité du travail.

Recevez, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleures salutations.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Viateur".

Viateur Camiré
Président

Table des matières

Lettre du président du Groupe de travail.....	3
Composition du Groupe de travail.....	7
Avant-propos.....	9
Sommaire.....	13
Résumé des recommandations.....	19
CHAPITRE 1 Le mandat du Groupe de travail.....	25
CHAPITRE 2 Le déroulement des travaux.....	29
CHAPITRE 3 Les mémoires.....	33
CHAPITRE 4 Les fondements du régime.....	39
1.1 Historique.....	41
1.2 La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST).....	42
1.3 La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).....	46
CHAPITRE 5 Les problématiques retenues	53
CHAPITRE 6 Position patronale	117
CHAPITRE 7 Position syndicale	127
ANNEXES	
Tableaux.....	143
Bibliographie.....	147
Liste des abréviations.....	151

Avant-propos

Les représentants des travailleurs demandent depuis plus de 25 ans que l'ensemble des secteurs d'activité économique soit couvert par les mécanismes de prévention prévus par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), et non seulement les groupes I et II¹, comme c'est le cas présentement. Ils déplorent que plus de 80 % des travailleurs n'aient pas accès aux mécanismes prévus par la loi.

Les représentants des employeurs, quant à eux, ont toujours soutenu que les mécanismes de prévention prévus par la loi sont trop lourds et coûteux, particulièrement pour les PME du Québec. Ce faisant, ils remettent en question l'efficacité de ces mesures. Ils soulignent par ailleurs que les obligations imposées aux employeurs à l'article 51 de la LSST, pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs, sont en vigueur dans tous les établissements du Québec.

La situation a néanmoins évolué depuis 1985. Les syndicats ont négocié, dans le cadre du renouvellement des conventions collectives, la mise en place de mécanismes similaires à ceux de la LSST, notamment dans les grandes entreprises ainsi que dans le secteur public.

De plus, la CSST a implanté une tarification réactive pour inciter les entreprises d'une certaine taille à investir en prévention et elle a également développé le concept des mutuelles de prévention pour les petites entreprises.

¹ Les 32 secteurs d'activité définis dans le système de classification des activités économiques du Québec (CAEQ) ont été assemblés en 1980 dans six groupes, appelés « groupes prioritaires ». On retrouve, à l'Annexe A, la composition des groupes ainsi que les mécanismes de prévention qui y ont été promulgués.

Il faut souligner que si les autres provinces se sont inspirées du modèle québécois en matière de prévention, particulièrement en ce qui a trait à l'application des mécanismes prévus à la LSST, d'autres mesures du régime québécois de santé et de sécurité, tant dans la LATMP que la LSST, s'appliquant au Québec n'ont jamais trouvé écho ailleurs. Il en est ainsi notamment pour le programme Pour une maternité sans danger; le paiement des 14 premiers jours par l'employeur; le fait que la CSST soit liée par le médecin qui a charge pour rendre une décision; l'établissement d'une indemnité minimale correspondant au salaire minimum dès la 15^e journée.

Dans certaines provinces, on a plutôt constaté, pendant cette période, une contraction des bénéficiaires. Ainsi, en Ontario, l'indemnité a été réduite à 85 % du revenu net; un délai de carence de trois jours a été introduit au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, et de deux jours en Nouvelle-Écosse.

Où en sommes-nous en 2010? Nous constatons que le nombre de lésions professionnelles et de décès a diminué au cours des années, malgré une croissance de la population active couverte. Ainsi, entre 1982 et 2009, le nombre de lésions pour lesquelles des travailleurs ont été indemnisés a diminué de 55 %, alors que la main-d'œuvre a crû de 60 %. On constate de surcroît que les décès ont diminué de 30 % entre 1989 et 2009, alors qu'on notait une augmentation de 27 % de la main-d'œuvre (annexe A : tableau 2). Toutefois, les coûts d'ensemble du régime demeurent relativement élevés, lorsqu'on les compare à ceux des autres provinces. En 2009, le taux moyen provisoire par 100 \$ de masse salariale relatif aux coûts d'indemnisation est supérieur au Québec de 40 % à ceux de l'Ontario et de l'Alberta, et de 13 % à celui de la Colombie-Britannique (annexe A : tableau 3). De plus, le monde du travail et celui de la santé ont beaucoup évolué, sans que ces changements se reflètent dans la législation québécoise.

Le débat concernant la demande des représentants des travailleurs de mettre en place tous les mécanismes prévus à la LSST, dans tous les secteurs d'activité, dure depuis plus de 25 ans, et les coûts du régime d'indemnisation sont régulièrement remis en question par les représentants des employeurs.

Le temps est venu de jeter un nouveau regard sur ces lois afin de moderniser le régime de santé et de sécurité du travail québécois.

Sommaire

Les travaux du Groupe de travail ont permis de discuter des attentes des parties patronale et syndicale concernant le régime de santé et de sécurité du travail, notamment à l'égard des mécanismes de prévention et tout autre volet de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP). Ils ont notamment porté sur l'implantation des mécanismes de prévention dans l'ensemble des secteurs d'activité économique, un sujet qui fait l'objet d'un profond différend entre les parties depuis plus de 25 ans, et des propositions concrètes visant à faire débloquer cette impasse ont été débattues.

Aucun des fondements des deux législations n'a été remis en question, par exemple, l'élimination à la source des dangers, les obligations imposées aux employeurs, prévues à l'article 51 de la LSST, les objectifs poursuivis par le programme Pour une maternité sans danger (PMSD), le rôle du médecin traitant, le remboursement des 14 premiers jours par l'employeur et le paiement des indemnités à 90 % du revenu net.

Si les discussions au sein du Groupe de travail se sont déroulées dans un climat favorable, le Groupe n'a pu s'entendre sur un ensemble significatif de recommandations.

En matière de santé et sécurité au travail

En ce qui concerne les mécanismes de prévention, la recommandation soumise ne vise pas l'implantation immédiate des quatre mécanismes de prévention¹ prévus à l'origine pour l'ensemble des secteurs d'activité économique. Elle consiste à obliger les employeurs du Québec, qui ne sont pas couverts

¹ Le programme de prévention, le programme de santé, le comité de santé et de sécurité et le représentant à la prévention

actuellement par la réglementation et qui ont des établissements d'une certaine taille, à se doter d'un comité de santé et de sécurité et à mettre en place, avec la participation active des travailleurs, un plan d'action concret en matière de santé et de sécurité.

Cette recommandation a le mérite de briser le statu quo, qui est stérile pour les travailleurs et les employeurs, de moderniser la gestion de la santé et de la sécurité des entreprises québécoises, à l'instar de ce que l'on a pu observer dans les autres provinces canadiennes, et de proposer une avancée importante pour les travailleurs du Québec.

Par ailleurs, une seconde recommandation vise à permettre éventuellement à la CSST de mettre en place des incitatifs financiers qui favoriseront directement l'implication de la haute direction d'une entreprise dans la gestion de la santé et de la sécurité du travail de même que la participation des travailleurs.

En ce qui concerne le programme Pour une maternité sans danger, après avoir consacré près de trois milliards de dollars en 30 ans à ce programme de prévention unique en Amérique, force est de constater que le retrait des femmes enceintes du milieu de travail est trop souvent devenu la norme et que ce programme n'a pas permis d'améliorer significativement leurs conditions de travail ni d'innover en matière d'adaptation de postes de travail.

Il est ainsi proposé de revenir au fondement même du programme, soit l'élimination du danger pour la travailleuse enceinte, et de centrer les sommes et les efforts investis sur son affectation plutôt que son retrait, en mettant à contribution l'expertise scientifique de l'IRSST et le leadership de la CSST comme gestionnaire de ce programme.

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Depuis son adoption en 1985, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles est demeurée pratiquement inchangée. Pourtant, le marché du travail a évolué, l'offre de services de soins de santé s'est modifiée, et des situations d'iniquité et de « chronicisation » des travailleurs accidentés ont été observées.

Les recommandations proposées visent, sans remettre en question les bénéfices prévus par la LATMP, à corriger les situations jugées les plus problématiques. Elles se regroupent en trois grands thèmes soit : l'équité, l'accès à des soins de qualité au moment opportun et le retour au travail durable.

1. L'équité

Les recommandations abordées sous l'angle d'une juste indemnisation visent à mettre fin au versement systématique d'une indemnité supérieure au salaire que le travailleur, à temps partiel ou sur appel, aurait reçu s'il n'avait pas eu d'accident, en reportant à la 12^e semaine l'introduction du salaire minimum annualisé. Elles visent également à corriger des situations de « sous-indemnisation » pour les travailleurs atypiques.

Dans le même esprit, une recommandation permettrait de réduire l'iniquité soulevée par les employeurs concernant le financement des indemnités versées aux travailleurs victimes d'un accident de la route en revoyant les mécanismes de partage des coûts entre la CSST et la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Finalement, une recommandation porte sur la centralisation de la fonction « admissibilité des réclamations » pour assurer la qualité et la cohérence des décisions.

2. L'accès à des soins de qualité au moment opportun

Les discussions au sein du Groupe de travail ont permis de constater que le temps est venu de permettre aux médecins, dans le réseau public, de bénéficier de temps opératoire additionnel pour accélérer l'accès aux soins, éviter la chronicisation et protéger le droit de retour au travail des travailleurs.

En regard des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie dans les cliniques privées, afin de mettre fin au problème des longues durées de traitements maintes fois décriées, il est recommandé de limiter le nombre de traitements, comme le font les autres régimes canadiens des commissions d'accidents du travail ou les régimes privés d'assurance, mais d'ajuster en conséquence la tarification pour qu'elle soit conforme aux règles du marché.

3. Retour au travail durable

En vue de favoriser un prompt et durable retour au travail, il est recommandé d'obliger la CSST à fournir aux travailleurs, durant l'année de recherche d'emploi, des services d'aide à la réinsertion professionnelle et à la recherche d'emploi. Dans le même ordre d'idées, les travailleurs auront l'obligation de s'en prévaloir.

Pour favoriser la détermination d'un emploi convenable de qualité, une des recommandations consiste à réviser la démarche visant à le déterminer, en systématisant notamment l'utilisation d'un outil adapté et en conférant à la CSST un pouvoir de réglementation analogue à celui de la SAAQ.

Finalement, obliger les employeurs à utiliser un formulaire d'assignation temporaire, qui serait prescrit par la loi et qui imposerait à tous les mêmes exigences, viendrait discipliner la démarche de retour au travail. Dans la même veine, le fait d'offrir au médecin traitant de se prononcer sur les limitations fonctionnelles temporaires au moment qu'il juge opportun viserait à remplacer la

recommandation de travail léger, maintes fois décriée, et éviterait les situations où l'employeur offre des emplois temporaires sans savoir la teneur exacte de ces limitations.

Résumé des recommandations

Les mécanismes de prévention¹

- Maintenir le statu quo pour les groupes prioritaires I et II.
- Rendre obligatoires l'élaboration d'un plan d'action couvrant les risques en matière de santé et de sécurité du travail et la présence d'un comité de santé et de sécurité du travail, avec la participation des travailleurs, pour les groupes prioritaires III-IV-V-VI, selon les modalités suivantes :

Pour le secteur public

- Un plan d'action et un comité de santé par employeur*.
- Le nombre de représentants des travailleurs au sein du comité est déterminé selon la taille de l'employeur.

Pour le secteur privé

- Un plan d'action et un comité de santé par établissement**.
- Le nombre de représentants des travailleurs au sein du comité est déterminé selon la taille de l'établissement.

* À titre d'exemple, dans le secteur de l'éducation, une commission scolaire est considérée comme un employeur aux fins du plan d'action et du comité de santé et de sécurité.

** En excluant les établissements dont l'activité principale est de type « bureau ».

¹ Annexe A, Composition des groupes prioritaires et mécanismes de prévention promulgués.

Les incitatifs financiers à la prévention

- Permettre que la CSST puisse ajuster la cotisation des employeurs en fonction d'activités de prévention.
- Demander à la CSST d'étudier un mécanisme de réduction de la prime incitant les employeurs à mettre en place, avec la participation des travailleurs, des mécanismes de prévention autres que ceux qui leur sont exigés légalement.

Le programme Pour une maternité sans danger

- Conférer à la CSST le pouvoir de déterminer, par règlement, les normes relatives à l'exercice du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, notamment les situations qui justifient une affectation ou un retrait.
- Confier, à l'IRSST et à son conseil scientifique, le mandat de constituer un groupe d'experts qui colligera les données probantes afin de définir les situations qui présentent des dangers pouvant justifier une affectation ou un retrait.
- Documenter et promouvoir, auprès des employeurs et des travailleuses, les solutions connues pour soutenir le milieu de travail dans l'affectation des travailleuses.

Le financement des indemnités aux travailleurs victimes d'un accident de la route

- Partager à parts égales les coûts entre la CSST et la SAAQ.
- Laisser à la CSST la responsabilité de l'admissibilité et de l'indemnisation.
- Mettre des mécanismes de communication en place entre la CSST et la SAAQ afin que cette dernière puisse tenir compte le mieux possible, dans sa tarification des employeurs, propriétaires de véhicules, du fait qu'une partie des coûts des travailleurs accidentés est assumée par la CSST.

L'admissibilité d'une réclamation

- Procéder à la centralisation de la fonction admissibilité pour toute la province.

La consolidation et la capacité de travail

- Modifier la LATMP afin que la CSST puisse obtenir, au moment jugé opportun par le médecin traitant, l'information nécessaire sur les limitations fonctionnelles temporaires.
- Élaborer avec les fédérations médicales, les correctifs à apporter aux formulaires prescrits par la loi pour tenir compte de cette modification. Sensibiliser leurs membres au bien-fondé et à l'importance de communiquer rapidement cette information médicale afin de mettre fin à la pratique de recommandation de retour à un travail léger.
- Prévoir expressément que la procédure d'évaluation médicale prévue au chapitre VI de la LATMP ne s'applique pas aux limitations fonctionnelles temporaires et, par conséquent, que celles-ci ne peuvent faire l'objet d'une contestation.

L'assignation temporaire

- Modifier la LATMP afin que le formulaire d'assignation temporaire élaboré par la CSST soit celui prescrit par la loi. Faire en sorte que la section complétée par le médecin du travailleur fasse état des limitations fonctionnelles temporaires observées par le médecin au moment où il remplit le formulaire.

La physiothérapie et l'ergothérapie en clinique privée

- Limiter à 30 le nombre de traitements payables dans le réseau privé de physiothérapie et d'ergothérapie pour des lésions simples.
- Ajuster en conséquence la tarification pour qu'elle soit conforme aux règles du marché.
- Préciser les situations médicales d'exception justifiant qu'un plus grand nombre de traitements que la limite établie puissent être donnés par le secteur privé ou pris en charge par une équipe multidisciplinaire.

Les délais d'attente de chirurgie

- Mettre à la disposition des médecins l'accès à du temps opératoire additionnel dans le secteur public.
- Financer les centres hospitaliers par une facturation bonifiée à l'extérieur des budgets actuels pour contrer l'effet d'une possible discrimination des clientèles.
- Impliquer tous les acteurs concernés (CSST, MSSS, RAMQ, centres hospitaliers, fédérations médicales, etc.) dans la mise en place d'une solution gagnant-gagnant qui permettrait une utilisation maximale des ressources déjà en place dans le réseau public de santé et s'assurer qu'il n'y a pas un effet de vase communicant des ressources au détriment des citoyens.

La juste indemnisation

- Maintenir le paiement par l'employeur des 14 premiers jours selon les modalités actuelles et poursuivre à compter de la 15^e journée et, le cas échéant, pour les 10 prochaines semaines d'arrêt de travail, le versement de l'indemnité basée sur le salaire qu'il recevait au moment de la lésion.
- Appliquer la protection de la capacité de gain, incluant le plancher d'indemnisation (19 813 \$ en 2010), pour tous les cas à compter de la 12^e semaine d'arrêt du travail.

- Porter aux deux dernières années fiscales les revenus de travail retenus pour établir le revenu du travailleur atypique, si c'est la solution la plus avantageuse pour le travailleur.
- Tenir compte des revenus de tous les emplois pour le travailleur occupant plus d'un emploi.
- Revoir les dispositions concernant l'étudiant et le travailleur étudiant de moins de 18 ans.

L'emploi convenable

- Conférer à la CSST un pouvoir de réglementation analogue à celui de la SAAQ pour le soutien à la détermination de l'emploi convenable.
- Négocier avec les différents partenaires qui ont une expertise dans le domaine pour l'élaboration d'outils performants.
- Négocier une entente avec la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires (GRICS) pour développer une version améliorée de *Repères*, tenant compte des particularités de la clientèle propre à la CSST.

L'année de recherche d'emploi

- Rendre obligatoire le soutien à la recherche d'emploi de la part de la CSST.
- Obliger le travailleur à la recherche d'emploi à se prévaloir des services adaptés offerts par la CSST en vue de sa réinsertion professionnelle.

Chapitre 1

Le mandat du Groupe de travail

1. Le mandat du Groupe de travail

À sa séance du 16 avril 2009, le conseil d'administration de la CSST a approuvé la mise sur pied d'un groupe de travail. Le comité administratif de la Commission a, par la suite, confirmé le mandat de ce groupe, en a défini la composition et désigné les membres.

La CSST a annoncé officiellement la mise sur pied du Groupe de travail en ces termes :

Québec, le 15 mai 2009 – Le conseil d'administration de la CSST a approuvé la création d'un groupe de travail visant à lui faire des recommandations concernant le régime de santé et de sécurité du travail, notamment à l'égard des mécanismes de prévention et tout autre volet de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).

Le Groupe de travail, présidé par M. Viateur Camiré, expert en ressources humaines, verra à colliger et partager l'information concernant les problématiques soulevées et à recevoir les points de vue des représentants des parties syndicale et patronale ou d'autres groupes jugés pertinents de consulter. Il formulera des recommandations au conseil d'administration paritaire de la CSST d'ici un an.

« Après 30 ans, il importe de faire le point sur le régime de santé et sécurité du travail. Il faut continuer à tout mettre en œuvre pour maintenir la qualité de la protection accordée aux travailleurs accidentés, tout en soutenant toujours davantage les employeurs dans la gestion de la santé et de la sécurité du travail », a déclaré M. Luc Meunier, président du conseil d'administration et chef de la direction de la CSST.

En plus de M. Camiré, qui en assurera la présidence, le groupe de travail est composé, à parts égales, de trois représentants nommés par les centrales syndicales : MM. Jean Dussault, Claude Rioux et Rodrigue Chartier et de trois représentants nommés par les associations patronales : MM. Claude Plamondon, Bernard Cliche et Gilles Rousseau.

Le Groupe de travail paritaire est complété par une équipe de soutien composée d'anciens dirigeants et gestionnaires de la Commission soit : MM. Alain Albert, Bernard Chabot et Roland Longchamps remplacé par Pierre Hébert en octobre 2009.

Possédant une expertise diversifiée à la CSST, cette équipe de soutien a offert au Groupe de travail les informations nécessaires à la conduite des travaux tout en agissant comme agent de liaison avec des personnes-ressources de la CSST.

De plus, l'équipe de soutien s'est employée à approfondir des sujets complexes dans le but d'éclairer les membres du Groupe de travail sur les opérations courantes de la Commission.

Chapitre 2

Le déroulement des travaux

2. Le déroulement des travaux

Dans l'exercice de leur mandat, les parties patronale et syndicale se sont dotées de mécanismes de consultation selon leurs structures respectives. Ces consultations se sont poursuivies tout au long du processus de manière à alimenter les discussions.

Par ailleurs, afin de partager ses connaissances, le Groupe de travail s'est penché sur plusieurs études et analyses soumises par les parties et par l'équipe de soutien. À sa demande, le Groupe de travail a également reçu, à titre d'experts sur des thèmes précis, les personnes et groupes suivants :

- M^{me} Lucie Forget, présidente, et M^{me} Louise Gauthier, syndique, de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
- M^{me} Lise Desmarais, professeure à l'Université de Sherbrooke
- M. Daniel Denis, associé, Groupe Secor
- MM. Gilbert Demers, vice-président opérations, forêt et scieries, Nicolas Pedneault, directeur santé et sécurité, Daniel Roy, directeur de la scierie La Doré, et Denis Savard, président du syndicat de la scierie La Doré, d'AbitibiBowater
- M^e Jean-François Clément, président de la CLP, accompagné de collaborateurs
- M^{me} Geneviève Baril-Gingras, professeure à l'Université Laval

Enfin, complétées par les nombreux mémoires reçus (chapitre 3), toutes ces sources d'information ont permis aux membres du Groupe de travail de comprendre les problématiques qui touchent aussi bien le monde du travail que la CSST en matière de santé et de sécurité du travail.

Vingt et une réunions du Groupe de travail se sont tenues entre le 25 juin 2009 et le 29 octobre 2010. Toutefois, malgré un climat de travail favorable, les débats n'auront pas permis de convenir conjointement des solutions les plus adéquates pour moderniser le régime de santé et de sécurité du travail.

Chapitre 3

Les mémoires

3. Les mémoires

Dès l'annonce de la création du Groupe de travail, plusieurs personnes et organismes ont exprimé leur désir de fournir leurs opinions, suggestions et recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail.

Cinquante-huit mémoires ont été acheminés au Groupe de travail qui les a considérés dans l'analyse des différentes problématiques.

Il est à noter que les représentants de la partie patronale ont demandé à plusieurs associations patronales, entreprises et groupes d'affaires de ne pas soumettre de mémoire individuel, mais plutôt de travailler à la réalisation d'un mémoire collectif sous le parrainage du Conseil du patronat et de la Fédération des chambres de commerce du Québec.

Le Groupe de travail a pris connaissance de tous les mémoires et en a dégagé les lignes directrices et les éléments qui ont permis d'enrichir les échanges.

Liste des mémoires

A

Association sectorielle paritaire de l'imprimerie
Association des entrepreneurs en maçonnerie du Québec
Association québécoise des ergothérapeutes en pratique privée (AQEPP)
Association des travailleurs accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue
Associations sectorielles paritaires
Aide aux travailleurs accidentés
Association québécoise des entrepreneurs en infrastructures
Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail
Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS)
Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec
Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec
Assemblée des travailleurs et des travailleuses accidentés (es) du Québec

B

Bâtonnier du Québec, Barreau du Québec

C

Camping Québec (l'Association des terrains de camping)
Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île
Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)
Comité d'action de santé et de sécurité du Conseil central du Montréal
Métropolitain de la CSN
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Conseil de la transformation agroalimentaire et des produits de consommation (CTAC)
Comité patronal consultatif parrainé par le Conseil du patronat du Québec (CPQ) et la Fédération des chambres de commerce du Québec (FCCQ)
Commission des lésions professionnelles du Québec (CLP)

D

D^r Raymond Hould, chirurgien orthopédiste

F

Fédération québécoise des massothérapeutes (agrés)
Fondation D^r Benoît Deshaies
Fédération des associations et corporations en construction du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec (FPPPQ)
Fédération de la santé et des services sociaux – CSN
Fédération de la CSN-Construction
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

G

GP²S (le Groupe de promotion pour la prévention en santé)

M

M. Danny Pilotte, représentant en prévention, SCEP local 11

M. Nicolas Bouchard

M^{me} Kimberley Labrecque

O

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

Ordre des conseillers en ressources humaines agréés

R

Regroupement des ressources en hygiène industrielle du Saguenay

Regroupement des industries des Composites du Québec

Regroupement de chercheurs québécois en santé et sécurité du travail

Réseau de santé publique en santé au travail

S

Syndicat des travailleurs (euses) des Épiciers unis Metro-Richelieu

Syndicat des ouvriers du fer et titane (CSN)

Syndicat des travailleurs d'Alstom Hydro Canada

Syndicat des travailleuses et travailleurs de l'aluminerie Alcan (CSN)

Syndicat des travailleurs et travailleuses de Pharmetics (CSN)

Syndicat de Posi+ Technologies Inc.

Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université de Montréal

Syndicat des métaux

Syndicat des travailleuses et travailleurs de Orica – CSN

Syndicat des professionnels de la santé et des services sociaux de Québec et Chaudière-Appalaches (FP-CSN)

Syndicat des travailleurs de PPG Canada Inc. de Beauharnois

Syndicat des professionnels de la santé et des services sociaux de Québec et Chaudière-Appalaches-Section Québec-Nord

Syndicat du Cégep du Vieux-Montréal

Syndicat national des Employés de Velan Granby (CSN)

Syndicat des professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec (SPGQ)

Syndicat de la fonction publique du Québec

U

Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal

Chapitre 4

Les fondements du régime

1. Les fondements du régime

1.1 Historique

Le 13 mars 2010 marquait les 30 ans de la création de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Issues du Livre blanc de 1978 énonçant la politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, l'adoption, le 21 décembre 1979, de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et la création de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) allaient poser les assises du régime québécois de santé et sécurité du travail. La CSST prenait alors la relève de la Commission des accidents du travail (CAT), avec à la direction, un conseil d'administration paritaire.

L'entrée en vigueur de la LSST constitue la première étape de la réforme du régime de santé et de sécurité du travail du Québec. La seconde étape a suivi, le 19 août 1985, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), qui est venue remplacer la Loi sur les accidents du travail (LAT) datant de 1931.

Au cours des 25 années suivantes, bien que plusieurs modifications administratives aient été apportées, on observe peu de changements traitant des fondements du régime. Rappelons la réforme du financement, mise en œuvre en deux phases (1989 et 1996), qui visait à permettre que la cotisation des employeurs reflète leur performance en matière de prévention et de prompt retour au travail (approche par résultats) et qui amena la création des Mutuelles de prévention. Notons également la refonte de la procédure d'évaluation médicale (1992), la modification des mécanismes de révision et d'appel avec la création de la CLP et de la révision administrative (1997), la création du Fonds de la santé et de la sécurité du travail (2002), le remaniement du mode de

perception de la cotisation (2006) et, finalement, l'augmentation des amendes, l'ajustement des indemnités de décès, l'encaissement des versements périodiques des cotisations par Revenu Québec, dans le cadre du nouveau mode de perception des cotisations (2009).

1.2 La Loi sur la santé et la sécurité du travail

La LSST est la loi constitutive de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Elle a comme objectif l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. C'est une loi qui établit des mécanismes de participation visant l'atteinte de cet objectif, dont sont responsables conjointement les travailleurs, les employeurs et leurs associations; le paritarisme est ainsi associé étroitement à la LSST.

La LSST repose sur six grands fondements¹ :

- seule une participation active et volontaire du milieu de travail va permettre de faire face aux problèmes;
- aucun pouvoir institutionnel ne peut suppléer à la connaissance du milieu qu'ont les employeurs et les travailleurs;
- aucun service d'inspection ne pourra jamais se substituer à la surveillance préventive des employeurs et des travailleurs;
- les employeurs et les travailleurs ont des responsabilités à assumer en même temps que des droits à exercer;
- la nécessité que les employeurs et les travailleurs travaillent ensemble à l'amélioration de la situation;
- l'État doit s'employer à fournir des dispositions aux employeurs et aux travailleurs pour leur permettre de trouver eux-mêmes les meilleures solutions (services de soutien à l'action).

¹ Extrait du *Livre blanc*, octobre 1978, Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs

Droits et obligations

La LSST définit les droits et obligations des travailleurs. Ils ont notamment droit à des conditions de travail qui respectent leur santé, leur sécurité et leur intégrité physique; à des services de formation, d'information et de conseil; au refus d'exécuter un travail qu'ils jugent dangereux; au retrait préventif (d'un travailleur exposé à un contaminant et de la travailleuse enceinte ou qui allaite); à des services de santé préventifs et curatifs. Ils ont notamment l'obligation de prendre connaissance du programme de prévention qui leur est applicable; de se soumettre aux examens de santé exigés pour l'application de la loi et de ses règlements; de collaborer avec le comité de santé et de sécurité et, le cas échéant, avec le comité de chantier.

La LSST définit également les droits et obligations des employeurs. Ces derniers ont notamment droit à des services de formation et d'information, financés par la CSST et par les associations sectorielles. Dans cet esprit, la LSST prévoit la possibilité pour la CSST de subventionner les associations patronales afin qu'elles offrent à leurs membres des services de formation et d'information en matière de santé et de sécurité. Ils ont notamment l'obligation d'identifier et de surveiller les risques à la santé et à la sécurité; d'informer adéquatement le travailleur sur les risques liés à son travail et de lui assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriés; de fournir les équipements de protection individuels; de contrôler la tenue des lieux de travail; de collaborer avec le comité de santé et de sécurité ou, le cas échéant, le comité de chantier.

Mécanismes de prévention

Quatre mécanismes de prévention s'appliquent dans les établissements appartenant à une catégorie identifiée à cette fin par règlement : le programme de prévention, le programme de santé (inclus dans le programme de prévention), le comité de santé et de sécurité du travail et le représentant à la prévention

dans un établissement. Ces mécanismes de prévention sont en vigueur lorsque la CSST adopte un règlement qui doit toutefois être approuvé par le gouvernement.

Les règlements assujettissent certains secteurs d'activité économique aux mécanismes de prévention. En effet, en 1980, dans le but d'appliquer progressivement ces mesures, les établissements ont été regroupés en six groupes, appelés « groupes prioritaires », subdivisés en 32 secteurs d'activité économique. Ce regroupement a été établi en fonction de divers paramètres, notamment la similitude de l'activité économique ainsi que la fréquence et la gravité des lésions professionnelles. En 2010, seuls les groupes I et II sont assujettis aux quatre mécanismes de prévention; le groupe III est assujetti au programme de prévention et au programme de santé. Les autres groupes ne sont assujettis à aucun de ces mécanismes de prévention.

L'inspection

La LSST a regroupé les dispositions concernant la santé et la sécurité que l'on retrouvait auparavant dans différentes lois. La fonction d'inspection, jusqu'alors répartie dans différents ministères et organismes, est confiée à la CSST. À noter qu'à l'origine, les coûts de l'inspection étaient assumés par le gouvernement, ce qui fut modifié en 1996. Depuis, tous les coûts engendrés par l'application de la LSST sont entièrement à la charge des employeurs.

Les structures paritaires

La LSST met en place différentes structures paritaires engageant la responsabilité des employeurs et des travailleurs. Ainsi, le conseil d'administration de la CSST est paritaire. Il a décidé que les différents comités formés pour l'élaboration et la révision de différentes réglementations seraient aussi paritaires. À noter que le conseil d'administration de l'Institut de recherche

Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est le même que celui de la CSST; des représentants des employeurs et des travailleurs de même que de la communauté scientifique sont membres du conseil scientifique de cet Institut. Dans le même ordre d'idée, la LSST définit de façon paritaire les comités de santé et de sécurité en entreprise et les associations sectorielles paritaires (ASP). Ces dernières, au nombre de 11 depuis janvier 2010, sont des regroupements d'associations d'employeurs et de syndicats appartenant au même secteur d'activité. Elles offrent des services de formation, d'information, de recherche ainsi que de conseil et d'assistance technique en matière de santé et de sécurité au travail.

Le réseau de la santé au travail

La LSST encadre également les services préventifs et curatifs de santé au travail, généralement fournis par le réseau de la santé publique, tels que la détermination des risques, le dépistage, la surveillance environnementale.

La LSST met en place un réseau de santé au travail, confié à la Direction de la santé publique. La mise en place des programmes de santé est sous la supervision d'un médecin et est approuvée par les comités de santé et de sécurité (CSS). Ces programmes doivent permettre notamment d'identifier, de surveiller et d'évaluer les risques pour la santé, d'identifier et d'évaluer les caractéristiques de santé requises pour un travail donné et enfin, d'effectuer la surveillance médicale en vue du dépistage précoce des maladies.

En somme, cette réforme a mis en place un régime basé sur la prévention des lésions professionnelles, en confiant la prise en charge aux employeurs et aux travailleurs par des mécanismes paritaires.

1.3 La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

La LATMP vient changer en profondeur les principes de base existants avant son adoption. Après trois ans de débats en commission parlementaire, une nouvelle loi est adoptée en 1985. Si les fondements demeurent les mêmes, on introduit alors un régime d'indemnisation qui vise à protéger le revenu et la capacité de gain du travailleur, autrement dit, sa capacité à générer un revenu. Le travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu (IRR) tant qu'il ne peut réintégrer son emploi ou être devenu capable d'exercer un emploi convenable.

La LATMP s'adresse à tous les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle au Québec. Elle s'appuie sur un régime d'indemnisation sans égard à la faute, dont le financement est assumé collectivement par l'ensemble des employeurs en contrepartie de l'abandon par les travailleurs du droit de poursuite. Son objectif est la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les travailleurs.

La présomption des lésions professionnelles

La présomption permet de faciliter la preuve par le travailleur qu'il a été victime d'une lésion professionnelle. Si la présomption en matière de maladie professionnelle était déjà inscrite dans la LAT, en matière d'accident du travail, la LATMP a introduit une nouvelle présomption, celle qui veut qu'une blessure qui arrive sur les lieux de travail alors que le travailleur est à son travail soit présumée être une lésion professionnelle.

L'assistance médicale

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de cette lésion. Le coût est à la charge de la CSST. L'assistance médicale consiste en : les services de professionnels de la santé; les soins ou traitements fournis par un établissement de santé; les médicaments et autres produits pharmaceutiques; les prothèses et orthèses; les autres soins, traitements, aides techniques et frais que la CSST a déterminés par règlement.

Le rôle du médecin qui a charge

La LATMP accorde la priorité à l'opinion du médecin qui a charge du travailleur, ce qui signifie que la CSST est liée par l'avis du médecin sur les sujets suivants : le diagnostic; la période nécessaire à la consolidation (guérison ou atteinte d'un plateau médical); la nature, la nécessité, la suffisance et la durée des soins et traitements administrés ou prescrits; le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et les limitations fonctionnelles. Tous les rapports médicaux sont payés par la CSST.

Il peut arriver que l'employeur ou la CSST aient besoin d'information supplémentaire et demandent, à ce moment, l'opinion d'un autre professionnel de la santé. Si les opinions des deux médecins n'arrivent pas aux mêmes conclusions, le dossier du travailleur peut être envoyé au Bureau d'évaluation médicale (BEM), une instance indépendante de la CSST. Tant les employeurs que la CSST peuvent avoir recours à cette évaluation médicale en cas de litige pour obtenir un avis du BEM, qui liera la CSST.

Les indemnités

La LATMP impose de nouvelles obligations aux employeurs, dont le paiement sans délai de carence suivant le début de l'incapacité. Cette obligation d'assurer une continuité de paiement au travailleur est, encore aujourd'hui, unique au Canada.

L'indemnité de remplacement du revenu (IRR) est versée comme suit : la journée de l'accident, le travailleur reçoit son plein salaire de son employeur; les 14 premiers jours, le travailleur reçoit une IRR correspondant à 90 % de son salaire net, versée par son employeur, et remboursée à ce dernier par la CSST, sans être supérieure au maximum annuel assurable. Par la suite, l'IRR est versée directement au travailleur par la CSST et est établie sur la base de la perte de sa capacité de gain, sans être inférieure au salaire minimum annualisé ou supérieure au maximum annuel assurable déterminé annuellement, conformément à la loi.

Le paiement de l'IRR peut être réduit ou suspendu si le travailleur omet ou refuse, sans raison valable, de se prévaloir des mesures prévues à son plan individualisé de réadaptation, de se soumettre à ses traitements ou à des examens médicaux prévus par la LATMP.

Une IRR réduite peut être versée au travailleur devenu capable d'occuper un emploi convenable moins rémunérateur. Lorsqu'elle détermine un emploi convenable, la CSST doit respecter cinq critères. L'emploi doit : être approprié; permettre au travailleur d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles; présenter une possibilité raisonnable d'embauche; être sans danger pour sa santé et sa sécurité.

Une indemnité forfaitaire pour préjudice corporel peut être versée au travailleur qui subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique. Une

indemnité de décès est versée au conjoint ou à la conjointe de la personne décédée et à ses enfants à charge, ou à une autre personne à charge, sous forme de montant forfaitaire ou de rente mensuelle temporaire.

L'assignation temporaire

La LATMP prévoit qu'un employeur peut assigner un travail à un travailleur incapable d'exercer son emploi habituel, à la condition que le médecin qui a charge estime que le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail, que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion, et que ce travail est favorable à sa réadaptation.

Le droit de retour au travail

Ce droit permet au travailleur de conserver les avantages liés à son emploi et de réintégrer son emploi ou un emploi équivalent chez son employeur. Si le travailleur devient incapable d'exercer son travail, il a priorité pour occuper un emploi convenable disponible. Le délai pour exercer ce droit est d'un an pour les établissements de 20 travailleurs ou moins, et de deux ans pour les établissements de plus de 20 travailleurs.

Le droit à la réadaptation

La réadaptation comprend trois types de mesures : la réadaptation physique, la réadaptation sociale et la réadaptation professionnelle. L'objectif du droit à la réadaptation professionnelle est de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi, un emploi équivalent ou l'accès à un emploi convenable.

La contestation des décisions

La LATMP prévoyait un appel externe des décisions de la CSST devant un tribunal indépendant, la CALP (maintenant la CLP) qui, à l'origine, relève du ministère de la Justice et dont les coûts sont assumés par le gouvernement. Dès 1986, cette responsabilité a été transférée au ministère du Travail, et les coûts assumés par les employeurs. Mentionnons que toutes les décisions rendues par la CSST en vertu de la LATMP peuvent faire l'objet d'un appel.

Le financement

Le financement du régime de santé et de sécurité du travail est assumé exclusivement par les employeurs, et la CSST perçoit auprès d'eux les sommes nécessaires à cette fin, tant pour l'application de la LATMP que pour celle de la LSST. Ainsi, annuellement, la CSST estime ses besoins financiers pour la prochaine année et détermine en conséquence les divers taux de cotisation qui seront applicables à chacun des employeurs. La cotisation de chaque employeur sera alors établie en appliquant ce taux aux salaires qu'il versera à ses travailleurs, le salaire de chaque travailleur étant sujet au salaire maximum assurable fixé (62 500 \$ en 2010).

C'est dans la LATMP que l'on retrouve les grands principes qui sous-tendent l'estimation des besoins financiers et la détermination des taux de cotisation. Ainsi, le mode de financement doit viser l'équité entre les générations d'employeurs. C'est pourquoi les cotisations d'une année donnée couvrent les coûts actuels et futurs des lésions de cette même année. La cotisation des employeurs tient compte de l'expérience associée aux risques de lésions professionnelles. Conséquemment, les taux peuvent varier d'un secteur d'activité à un autre (en 2010, le taux moyen établi était de 2,19 \$ du 100 \$ de masse salariale assurable, et les taux variaient selon les différentes classifications d'activité de 0,61 \$ à 22,38 \$). La cotisation des employeurs est établie suivant

les principes d'assurances généralement reconnus. L'utilisation de l'expérience des employeurs aux fins d'établir leur cotisation permet également de les inciter à la prévention des lésions professionnelles et à un prompt et durable retour au travail des victimes de lésions professionnelles.

Enfin, contrairement au secteur privé où le non-paiement d'une prime entraîne la perte de la couverture d'assurance, le fait que l'employeur ne s'inscrive pas à la CSST ou ne paye pas ses cotisations n'empêche pas les travailleurs de bénéficier de la couverture offerte. La LATMP prévoit toutefois que l'employeur en défaut pourrait être tenu de payer à la CSST une somme égale au coût des prestations pour une lésion professionnelle dont serait victime un de ses travailleurs pendant qu'il est en défaut.

La LSST nous indique quant à elle que le coût des indemnités versées à la suite d'un retrait préventif doit être imputé à l'ensemble des employeurs. Il en est résulté que la CSST a financé annuellement ce coût en utilisant un taux fixe uniforme applicable à tous les employeurs. Depuis déjà plusieurs années, un taux uniforme est également utilisé pour financer le coût des programmes de prévention de même que certains frais d'administration (en 2010, les éléments financés par un taux fixe uniforme représentaient 20 % des besoins financiers totaux et correspondaient à un taux fixe de 0,44 \$ du 100 \$ de masse salariale assurable).

Signalons deux particularités. À la suite d'une décision de la Cour suprême du Canada, les dispositions de la LSST ne s'appliquent pas aux entreprises de compétence fédérale et conséquemment, elles ne participent pas au financement de ces dispositions. Le coût de chaque ASP est financé par une cotisation particulière applicable aux employeurs du secteur d'activité concerné.

Chapitre 5

Les problématiques retenues

Préambule

Les données qui ont servi à l'analyse des différents dossiers étaient les plus récentes disponibles au moment des travaux et tiennent compte du degré de maturité nécessaire pour procéder à des analyses fiables.

Quant aux solutions proposées, elles devront faire l'objet d'analyses plus détaillées par la CSST concernant leur application juridique, opérationnelle ou financière.

Problématiques retenues

Aux fins de faire des recommandations au conseil d'administration de la CSST, après analyse des sujets portés à l'attention du Groupe par les consultations et les mémoires reçus, les problématiques suivantes ont été retenues :

Loi sur la santé et la sécurité du travail :

- Les mécanismes de prévention
- Les incitatifs financiers à la prévention
- Le programme Pour une maternité sans danger

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :

- Le financement des indemnités aux travailleurs victimes d'un accident de la route
- L'admissibilité d'une réclamation
- La consolidation et la capacité de travail
- L'assignation temporaire
- La physiothérapie et l'ergothérapie en clinique privée
- Les délais d'attente de chirurgie
- La juste indemnisation
- L'emploi convenable
- L'année de recherche d'emploi

Les mécanismes de prévention

Description

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs (art. 2, 1^{er} alinéa). À cet égard, elle reconnaît un certain nombre de droits et d'obligations pour les travailleurs et les employeurs. Ainsi, elle prévoit notamment le droit du travailleur à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique (art. 9), et son corollaire qui consiste en l'obligation pour l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur (art. 51). Tous les travailleurs et les employeurs du Québec sont couverts par ces droits et ces obligations et sont tenus de respecter les principes qui sont énoncés dans ces articles. C'est, en somme, une protection de base offerte à tous en matière de santé et de sécurité du travail.

La LSST est également une loi de moyens qui introduit dans le monde du travail des mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, ainsi que des employeurs et de leurs associations, afin que les milieux de travail prennent en charge la réalisation de l'objet même de la loi, soit l'élimination à la source des dangers (art. 2, 2^e alinéa). Pour y arriver, elle prévoit donc l'application de quatre mécanismes de participation s'exerçant dans un cadre paritaire. Ces mécanismes, bien connus, sont le programme de prévention, le programme de santé, le comité de santé et de sécurité du travail, et le représentant à la prévention.

Pour en faciliter l'entrée en vigueur, une application progressive de ces quatre mécanismes de participation avait été prévue à l'origine, lorsque la CSST les adopterait et que le gouvernement le décréterait par règlement.

Voilà pourquoi les établissements ont été regroupés dès 1980 en six groupes, appelés groupes prioritaires, couvrant les 32 secteurs d'activité économique compris dans le système de classification des activités économiques du Québec (classification CAEQ).

- Groupe I : Bâtiment et travaux publics, industrie chimique, forêt et scieries, mines carrières et puits de pétrole, fabrication de produits en métal
- Groupe II : Industrie du bois (sans scierie), industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique, fabrication d'équipement de transport, première transformation des métaux, fabrication de produits minéraux non métalliques
- Groupe III : Administration publique, industrie des aliments et boissons, industrie du meuble et des articles d'ameublement, industrie du papier et activités diverses, transport et entreposage
- Groupe IV : Commerce, industrie du cuir, fabrication de machines (sauf électriques), industrie du tabac, industrie textile
- Groupe V : Autres services commerciaux et personnels, communications, transport d'énergie et autres services publics, imprimerie, édition et activités annexes, fabrication de produits du pétrole et du charbon, fabrication de produits électriques
- Groupe VI : Agriculture, bonneterie et habillement, enseignement et services annexes, finances, assurances et affaires immobilières, services médicaux et sociaux, chasse et pêche, industries manufacturières diverses

Ce regroupement, bien qu'il ait été établi à partir de différents paramètres, dont la similitude des activités économiques, la fréquence et la gravité des lésions professionnelles, représente un choix qui certes aujourd'hui peut être

questionné. Toutefois, il faut se rappeler qu'à l'époque il a été établi dans le cadre d'une stratégie progressive d'implantation, puisque tous les groupes devaient être couverts dans une période de temps relativement courte.

Force est de constater que la stratégie progressive d'implantation adoptée par les parties a rapidement connu des ratés. Sur les dix décisions prises par le conseil d'administration de la CSST dans le cadre de la promulgation des mécanismes de participation pour les groupes I à III, sept l'ont été sur vote prépondérant du président de la CSST, ce qui fait ressortir les difficultés qui peuvent parfois être rencontrées dans l'exercice d'une gouvernance de type paritaire. De plus, les deux dernières décisions prises par le CA de la CSST en 1985 concernant le comité de santé et de sécurité et le représentant à la prévention pour le groupe III n'ont pas reçu l'approbation du Conseil des ministres.

Depuis, toute la stratégie d'implantation est bloquée au groupe III, et ce, bien que la direction interne de la CSST ait tenté à plusieurs reprises et sans succès, au cours des 25 dernières années, d'en arriver à un consensus avec les parties patronale et syndicale du conseil d'administration.

Pendant ce temps, les autres provinces canadiennes ont adopté des dispositions législatives qui traitent de mécanismes de prévention et de participation en santé et sécurité s'apparentant à ceux prévus à la LSST. C'est ce qui faisait dire au professeur Simard, en décembre 2000 : « Depuis cette époque, la situation canadienne a beaucoup évolué, de sorte qu'on peut soutenir que le Québec est maintenant, sur plusieurs des mécanismes de prévention et de participation à la prise en charge, en retard sur plusieurs autres provinces canadiennes, notamment les plus industrialisées. »¹ Il faut reconnaître toutefois que l'étendue de ces dispositions varie selon la taille des établissements.

¹ Rapport Simard, Étude des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada, décembre 2000, p. 7

Malgré ce blocage dans la promulgation des mécanismes pendant toutes ces années, cela ne veut pas dire que la gestion de la santé et de la sécurité dans les milieux de travail n'a pas évolué au sein des entreprises du Québec.

En effet, plusieurs entreprises du secteur privé, de façon volontaire ou sous la pression de revendications syndicales, se sont dotées au cours des années de plans d'action, de programmes de prévention et de comités de santé et de sécurité. Il en va de même dans le secteur public québécois, à la suite d'une entente entre le Conseil du trésor et les centrales syndicales. Finalement, bien qu'il soit difficile d'évaluer les impacts en prévention liés aux différentes modifications apportées au régime de tarification, rappelons que plus de 31 000 entreprises ont, au cours des années, adhéré à une mutuelle de prévention, s'engageant ainsi à accomplir des activités de prévention.

Une analyse des données présentées au tableau 2 en annexe nous permet d'observer une baisse importante du nombre des lésions professionnelles et des décès, malgré une hausse importante de la main-d'œuvre couverte. Ainsi, durant la période 1982-2009, le nombre de lésions pour lesquelles des travailleurs ont été indemnisés en remplacement de revenu a diminué de 55 % (159 288 vs 72 377). Par ailleurs, de 1989 à 2009, les décès ont diminué de 30 % (263 vs 185) et, si l'on ne considère que les décès qui ont fait suite à un accident de travail, la diminution est de 69 % (197 vs 62). Il faut rappeler que les maladies professionnelles ont généralement été contractées plusieurs années avant que les décès ne surviennent.

Malgré ces chiffres éloquentes, il apparaît fort difficile de tirer quelques constatations statistiques significatives quant à la performance des groupes prioritaires dont les mécanismes de participation sont promulgués, en comparaison avec ceux dont les mécanismes sont partiellement promulgués ou non.

Les récents échanges au sein du groupe de travail ont permis de constater une certaine ouverture, tant du côté des représentants des employeurs que de ceux des travailleurs, à rechercher des aménagements afin d'assurer l'exercice d'un travail sans danger pour l'ensemble des travailleurs du Québec et à proposer des solutions aux impasses reconnues par tous. Ainsi, il est ressorti des discussions qu'il y aurait un intérêt certain à remplacer le programme de prévention, perçu comme étant trop rigide, par une approche par plan d'action, une formule plus dynamique, centrée sur l'identification, la correction et le contrôle des dangers en milieu de travail.

Dans un esprit de modernisation du régime, il convient de trouver comment les entreprises du Québec doivent intégrer dans leur gestion les règles de participation prévues à l'origine au moyen des mécanismes de prévention. Comment, à l'instar des autres provinces, il peut être tenu compte de la structure, du type d'activités et de la taille de chaque entreprise, ou encore des employeurs ayant un nombre élevé d'établissements plutôt que d'envisager imposer les mêmes moyens pour tous.

Les travaux menés au sein du groupe de travail et les rencontres qui se sont tenues, notamment celle avec des représentants d'AbitibiBowater, ont d'ailleurs permis d'illustrer la marche à suivre en faisant ressortir l'importance d'implanter et de faire vivre une culture de prévention au sein des entreprises.

À cet égard, l'engagement des parties au sein de l'organisation, c'est-à-dire, l'implication de la haute direction, la participation des travailleurs et la formation en santé et sécurité apparaissent représenter des conditions de réussite pour assurer la permanence des résultats. Également, le respect de la taille des entreprises, particulièrement des PME, pour lesquelles il peut être difficile de se conformer à des obligations de moyens identiques pour tous, fait partie des préoccupations exprimées.

Il en va de même pour le maintien des régimes de tarification incitatifs à la prévention, pourvu qu'ils récompensent des gestes concrets reflétant une réelle prise en charge de la gestion de la santé et de la sécurité du travail. Aussi, bien que le régime actuel de tarification ait une certaine portée en ce sens, sa structure réactive s'avérant le reflet de l'expérience des années antérieures (coûts imputés en matière de réclamations) ne permet pas à elle seule de témoigner d'une prise en charge optimale de la gestion de la santé et de la sécurité du travail.

Finalement, la promotion des « success story », et, à l'opposé, le ciblage des entreprises non performantes en matière de lésions professionnelles devraient continuer de faire partie des stratégies d'intervention de la CSST.

Solution

Maintien du statu quo pour les groupes prioritaires I et II

Modification de la réglementation actuelle pour que les dispositions suivantes s'appliquent aux groupes prioritaires III-IV-V-VI :

- Élaboration d'un plan d'action couvrant les risques en matière de santé et de sécurité du travail
- Présence d'un comité de santé et de sécurité

Ces deux mécanismes s'appliqueront dans les groupes III à VI selon les modalités suivantes :

Pour le secteur public

- Un plan d'action et un comité de santé et de sécurité par employeur* :
 - Le contenu du plan d'action est élaboré avec la participation des travailleurs au sein du comité de santé et de sécurité du travail.
 - Le plan est disponible pour l'ensemble des travailleurs.
 - Le nombre de représentants des travailleurs au sein du comité est déterminé selon la taille de l'employeur (tableau 5.1).

Pour le secteur privé

- Un plan d'action et un comité de santé et de sécurité par établissement** :
 - Le contenu du plan d'action est élaboré avec la participation des travailleurs au sein du comité de santé et de sécurité du travail.
 - Le plan est disponible pour l'ensemble des travailleurs.
 - Le nombre de représentants des travailleurs au sein du comité est déterminé selon la taille de l'établissement (tableau 5.2).

* À titre d'exemple, dans le secteur de l'éducation, une commission scolaire est considérée comme un employeur aux fins du plan d'action et du comité de santé et de sécurité.

** En excluant les établissements dont l'activité principale est de type « bureau ».

Tableau 5.1
Secteur Public

Taille de l'employeur	Comité de santé et de sécurité	
	Nombre de membres	
Nombre de travailleurs	Activités principales (type bureau)	Activités principales (type non-bureau)
21 à 50	2	2
51 à 100	2	2
101 à 200	2	3
201 à 300	2	4
301 à 500	3	5
501 à 1000	4	5
>1001	5	5

Tableau 5.2
Secteur Privé

Taille de l'établissement	Comité de santé et de sécurité
Nombre de travailleurs	Nombre de membres
21 à 50	2
51 à 100	2
101 à 200	3
201 à 300	4
301 à 500	5
501 à 1000	5
>1001	5

Les incitatifs financiers à la prévention

Description

Un système de tarification incitatif à la prévention et au retour en emploi peut être réactif, soit aux activités d'un employeur en cette matière, soit aux coûts imputés à cet employeur, soit à une combinaison de ces éléments.

Dès 1990, dix ans après l'entrée en vigueur de la LSST, la CSST a mis en place, pour les plus grandes entreprises, des modes de tarification réactifs qui ajustent la prime d'un employeur en fonction des coûts des lésions professionnelles qui sont imputés à son dossier. Ainsi, moins ces coûts sont élevés, plus la prime est basse et, de façon inverse, plus ces coûts sont élevés, plus la prime l'est également.

Dans ce mode de tarification, les activités de prévention de l'employeur ou celles visant à réintégrer les travailleurs accidentés ne sont pas directement considérées, car on présume que l'employeur sera incité à exercer de telles activités pour parvenir à diminuer les lésions professionnelles et leurs coûts. De plus, ces coûts représentent une donnée objective qui est déjà présente dans les banques de données de la Commission.

De façon générale, la loi prévoit que, lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle, les coûts de cette lésion sont imputés à son employeur. Dans certaines circonstances toutefois, les coûts peuvent être imputés à d'autres employeurs ou à l'ensemble des employeurs. Il en est ainsi, entre autres, dans le cas de travailleurs déjà handicapés.

Cette tarification réactive ne rejoignait toutefois que les plus grandes entreprises, laissant la grande majorité des employeurs du Québec sans incitatif financier tarifaire. Il faut dire que pour les entreprises de petite taille, la priorité est la stabilité de la prime. Bien que l'on n'y observe la plupart du temps aucune lésion

professionnelle dans une année, ces entreprises ne souhaitent généralement pas que leur prime réagisse au coût d'une lésion que pourrait éventuellement subir un de leurs travailleurs, car cela risque de compromettre leur fragile situation financière.

Vers la fin des années 1990, des ajustements ont été apportés au système tarifaire afin qu'il rejoigne davantage la petite et moyenne entreprise. D'abord, tout en préservant des mécanismes d'assurance adéquats, les modes de tarification réactive existants ont été ajustés afin qu'ils rejoignent davantage d'employeurs et qu'ils soient plus réactifs pour ceux déjà concernés. Ensuite, on a permis à des employeurs qui s'engagent dans une démarche de prévention et de retour en emploi de se regrouper au sein d'une mutuelle de prévention et de bénéficier d'une tarification qui reflète leurs efforts, le regroupement assurant une certaine stabilité de la prime.

Le portrait de la situation au Québec est donc le suivant. D'abord, les modes de tarification réactifs sont pratiquement exclusivement basés sur les coûts imputés, des exigences en matière de prévention n'étant prévues que pour les employeurs qui adhèrent à une mutuelle.

En ce qui a trait à leur couverture, ces modes de tarification touchent un peu moins de 30 % des entreprises du Québec¹. Toutefois, comme il s'agit des plus grandes entreprises du Québec, on y retrouve environ 87 % de la masse salariale assurable totale et 87 % également des cotisations totales². On peut donc considérer que ces modes de tarification concernent environ 87 % des travailleurs couverts par la CSST, et environ 87 % également des coûts d'indemnisation.

¹ CSST, site WEB, Statistiques annuelles 2008, p. 76, tableau 5.2a

² CSST, site WEB, Statistiques annuelles 2008, p. 76, tableau 5.2a

Maintenant, ces chiffres peuvent être jugés trompeurs, car certaines des entreprises couvertes par ces modes de tarification n'ont qu'une faible portion de leur cotisation qui est réactive et, conséquemment, l'incitatif financier y est peu significatif. Cependant, la plupart des employeurs qui ont adhéré à une mutuelle de prévention, tout comme ceux qui sont assujettis au mode rétrospectif, ont une portion significative de leur cotisation qui est réactive. Comme la masse salariale assurable de ces employeurs correspond à près de 60 % de la masse salariale totale¹, on peut estimer que des incitatifs financiers significatifs rejoignent les entreprises qui embauchent près de 60 % des travailleurs.

Dans les autres provinces canadiennes, les diverses commissions des accidents du travail ont également mis en place des régimes de tarification incitatifs à la prévention et à la réintégration des travailleurs accidentés. Selon les informations disponibles à l'ACATC, ces régimes apparaissent très différents les uns des autres, ils sont en majorité basés sur les coûts imputés et ils apparaissent de façon assez nette beaucoup moins réactifs que le régime québécois. Toutefois, on y observe également que quelques provinces ont entrepris d'octroyer des rabais de primes sur la base des comportements en matière de santé et sécurité du travail ou en matière de gestion de l'invalidité, superposant ces régimes à ceux basés sur les coûts imputés.

La question de l'efficacité des modes de tarification incitatifs à la prévention a souvent été posée et des chercheurs se sont penchés sur le sujet. Les études connues ont essentiellement porté, à notre connaissance, sur les modes réactifs de tarification basés sur les coûts imputés, et aucune d'elles n'a réussi à démontrer hors de tout doute ni leur efficacité ni leur inefficacité. En fait, les chercheurs se butent à l'impossibilité, de façon pratique, d'isoler l'impact de l'introduction de ces modes réactifs de tarification de l'impact des nombreux autres éléments de changement qui affectent de façon continue le monde de la santé et de la sécurité du travail et les comportements des divers intervenants. Néanmoins, sans être

¹ CSST, site WEB, Statistiques annuelles 2008, p. 76 et 78, tableaux 5.2a et 5.4b

parvenues à des conclusions absolues, différentes études indiquent que de tels régimes de tarification obtiennent des résultats intéressants, et le fait que toutes les provinces en aient introduit suggère qu'elles accordent de la crédibilité à une telle conclusion.

Sans être opposés à des modes de tarification réactifs, certains souhaiteraient qu'ils permettent que l'on s'assure davantage que les employeurs ont un véritable souci de prévention et de retour en emploi. Ils reprochent aux modes de tarification réactifs basés strictement sur les coûts imputés de permettre des situations où un employeur bénéficie des avantages de ce système tout en ayant un comportement inadéquat en matière de prévention et de retour en emploi. Ils leur reprochent également d'avoir pour effet, chez certains employeurs, de mobiliser leurs énergies dans la non-déclaration et la non-reconnaissance des lésions professionnelles, dans la contestation de l'admissibilité des lésions ou de la prolongation des durées d'indemnisation, dans les demandes de partage d'imputation ou dans la contestation des décisions de la CSST en la matière. Enfin, ils rappellent que ces modes incitatifs de tarification ne rejoignent pas les très petites entreprises, ni ne reconnaissent les efforts de celles qui, nonobstant leur petite taille, se sont montrées proactives en matière de santé et sécurité du travail.

Les modes de tarification basés strictement sur les activités de prévention soulèvent également des questions. D'abord, leur efficacité n'a pas clairement été démontrée. Ensuite, ils posent le défi d'une cueillette efficace et à coût abordable d'informations probantes sur la base desquelles les décisions de rabais de primes reposeront. Certains y voient les risques d'une conformité de papier. Pour y pallier, des audits doivent être effectués mais, comme il est impossible à coût raisonnable d'auditer tous les employeurs concernés par un tel rabais, certains y voient une source potentielle d'iniquité dans le traitement des employeurs. De plus, comme certaines des informations utilisées seront de façon presque incontournable de nature qualitative, le défi soulevé mérite particulièrement d'attention au Québec, étant donné l'environnement légal unique à l'effet que toutes les décisions de la

CSST sont appelables devant les tribunaux, et que la CLP n'est pas liée par les politiques et directives que peut se donner la CSST.

D'autres questions se posent. Pour que des modes de tarification basés sur des activités de prévention jouent un rôle significatif, doit-on exiger que ce soient des activités en sus de celles exigées par la loi et les règlements? Si c'est le cas, est-il équitable que deux employeurs qui exercent les mêmes activités de prévention n'aient pas accès au même rabais, étant donné qu'ils sont assujettis à des exigences légales distinctes en la matière? De plus, ces modes de tarification réussiront-ils vraiment à rejoindre la très petite entreprise, considérant qu'elle a bien d'autres préoccupations prioritaires pour assurer sa survie? Finalement, l'octroi des rabais soulève la question du financement équitable de ces mesures, soit de savoir comment et auprès de quels employeurs le manque de revenus créé sera compensé.

Malgré ces appréhensions et ces questions, il serait intéressant de mettre en place un mécanisme d'ajustement tarifaire qui favoriserait directement la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail par la direction des entreprises avec la participation des travailleurs.

Solution

Modification législative

- Modifier la LATMP pour que la CSST puisse ajuster la cotisation des employeurs en fonction de l'engagement de leur direction à gérer la santé et la sécurité du travail avec la participation des travailleurs :
 - Demander à la CSST d'évaluer la possibilité d'appliquer un mécanisme d'ajustement de la prime qui accorderait une réduction (par exemple 5 %) aux employeurs qui soumettraient à la CSST une déclaration d'un de leurs

dirigeants qui attesterait, dans sa gestion de la santé et de la sécurité du travail, de l'existence de mécanismes de prévention qui soient autres que ceux qui leur sont légalement exigés et qui incluent la participation des travailleurs.

Le programme Pour une maternité sans danger

Description

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) prévoit, depuis 1981, une protection particulière pour une travailleuse enceinte ou qui allaite, qui travaille dans des conditions dangereuses pour sa santé en raison de son état de grossesse, ou pour celle de l'enfant à naître ou allaité. Cette protection s'applique chez les employeurs du Québec de compétence provinciale. La travailleuse a le droit d'être immédiatement affectée à d'autres tâches ne comportant pas de dangers et qu'elle est en mesure d'accomplir.

Pour exercer ce droit, la travailleuse qui croit que son travail comporte des dangers doit demander à son médecin traitant de compléter, après avoir consulté un médecin du réseau de santé publique, un certificat attestant qu'il y a présence d'un danger dans l'exercice de son travail en raison de son état de grossesse ou pour la santé de l'enfant à naître. Par la suite, la travailleuse doit remettre le certificat à son employeur, ce qui constitue une demande d'affectation. Il ne s'agit donc pas d'un congé de maternité, mais bien d'une mesure de prévention visant à permettre à la travailleuse de continuer de travailler pendant sa grossesse, sans que cela présente un danger pour elle ou pour l'enfant à naître ou allaité.

Si l'employeur est dans l'impossibilité d'éliminer le danger ou d'affecter la travailleuse à d'autres tâches, elle peut bénéficier d'un retrait préventif et recevoir des indemnités (Tableau 5.4 : schéma : traitement d'une demande).

Trente ans plus tard, aucune autre commission d'accident de travail n'a cru bon de reproduire cette mesure de prévention. De fait, la couverture offerte par le programme PMSD demeure unique en Amérique du Nord. L'augmentation

considérable du nombre de demandes et des coûts qui en résultent mérite que nous portions notre attention sur la gestion du programme.

Tout d'abord, il ressort de cela que la CSST a progressivement abdiqué son pouvoir de gestion du programme au profit des avis des médecins traitants et des médecins du réseau de la santé publique. Ainsi, bon an mal an, 95 % des réclamations sont acceptées¹. Des disparités régionales dans les avis de santé publique sont dénoncées par les employeurs, tant en ce qui a trait à l'appréciation du danger que du moment où l'affectation peut être effectuée, et ce, bien que le MSSS se soit doté d'une structure constituée de nombreux groupes et comités de travail en vue de soutenir les intervenants de son réseau. Ainsi, dans les mêmes conditions, les travailleuses n'ont pas accès aux mêmes droits.

D'autre part, la jurisprudence de la CLP a induit un glissement de la notion de danger, comme prévu par la loi, vers la notion de risque et finalement vers le principe de précaution, rendant souvent illusoires les possibilités d'affectation.

Il en a donc résulté que peu d'efforts ont été consentis au développement de stratégies pour mieux soutenir les employeurs dans le maintien au travail. Encore aujourd'hui, peu de situations de travail ont été adaptées, permettant la conciliation grossesse et travail sans danger. De fait, de l'avis d'un grand nombre de travailleuses et d'employeurs, ce programme est considéré comme un congé de maternité. Quant à l'affectation, elle demeure plutôt mal perçue, car elle affecte le climat de travail et occasionne souvent une surcharge pour les collègues. De plus, la crainte d'une présence possible de dangers dans le

¹ CSST, DCGI, Service de la statistique. *Pour une maternité sans danger*, statistiques 2005-2008, tableau 1, p. 14

nouveau poste et l'absence d'incitatifs financiers sont autant d'obstacles à l'affectation.¹

Aussi, bien que le programme soit en vigueur depuis 1981, rien n'indique que le Québec se démarque des autres provinces en termes de mortalité infantile et périnatale, de prématurité ou de faible poids à la naissance. Au contraire, des données statistiques déposées au Groupe de travail mettent en évidence que le Québec n'occupe pas une situation avantageuse quant à la majorité de ces questions, même s'il est la seule province à administrer un tel programme².

Le tableau 5.3 présente quelques indicateurs sur l'évolution des coûts du programme. On y note qu'en 1981, un taux de financement de 0,01 \$ du 100 \$ de masse salariale assurable avait été prévu et que ce taux a augmenté pour atteindre 0,19 \$ en 2009. Le nombre de réclamations acceptées est passé de 1 146 en 1981 à 32 532 en 2008. On estime que ces 32 532 travailleuses représentent environ la moitié des femmes en emploi qui ont donné naissance à un enfant en 2008. Enfin, les débours relatifs aux réclamations de 1981 ont été de 2,6 M\$ alors que ceux relatifs aux retraits de 2008 ont totalisé 208,2 M\$. En fait, depuis le début du programme, ce sont près de 3 milliards de dollars qui ont été versés.

¹ Observations recueillies dans le cadre d'entrevues téléphoniques auprès de 2 382 employeurs et de 2 453 travailleuses, réalisées entre le 22 novembre 2004 et le 17 janvier 2005 à la demande du comité 3.68 du CA de la CSST.

² Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2000 et Agence de la santé publique du Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, édition 2008

Tableau 5.3

Évolution du programme Pour une maternité sans danger¹

Année de référence	Taux de cotisation du 100 \$²	Nombre de réclamations acceptées	Débours totaux (M\$)³
1981	0,01	1 146	2,6
1982	0,01	3 314	10,6
1983	0,04	3 473	11,4
1984	0,04	5 988	16,5
1985	0,04	9 113	26,5
1986	0,06	10 354	33,4
1987	0,11	11 467	37,8
1988	0,10	11 986	40,6
1989	0,09	14 471	56,7
1990	0,09	18 600	71,8
1991	0,09	19 371	81,8
1992	0,13	19 124	79,1
1993	0,13	18 473	79,8
1994	0,13	18 321	80,8
1995	0,12	18 676	85,3
1996	0,13	18 743	87,3
1997	0,13	18 448	86,7
1998	0,13	19 794	93,9
1999	0,12	21 513	107,1
2000	0,13	22 309	114,1
2001	0,14	23 493	130,6
2002	0,14	23 974	143,7
2003	0,15	25 291	157,6
2004	0,16	26 536	175,2
2005	0,16	28 366	186,6
2006	0,15	30 265	179,1
2007	0,16	31 119	193,4
2008	0,18	32 532	208,2
2009	0,19	n/d	n/d

1. Les données des années 1981 à 1985 proviennent de la publication *Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite* – Statistiques 1981-1984. Les données des années 1985 à 2008 sont extraites des documents *Pour une maternité sans danger* et observées au 31 décembre de l'année suivant l'année de la réclamation.
2. Le taux de cotisation par 100 \$ de masse salariale cotisable est extrait des documents de tarification de la CSST.
3. Les débours totaux comprennent les frais d'assistance médicale (frais du certificat), les débours pour affectation de la travailleuse à un nouveau poste de travail et les indemnités de remplacement du revenu, qui correspondent à 90 % du revenu hebdomadaire net de la travailleuse.

Des données statistiques sur le programme pour la période 2005-2008 nous permettent par ailleurs d'établir que 50 % des travailleuses proviennent des secteurs des services médicaux et de l'enseignement et que 35 % proviennent des secteurs du commerce et des services commerciaux et personnels¹. On peut également affirmer que les deux principaux dangers sont les agresseurs ergonomiques (48 %) et biologiques (28 %)². Enfin, la proportion des travailleuses qui sont retirées ou affectées à d'autres tâches dès le premier trimestre est passée de 71,9 % en 2005 à 76,2 % en 2008.³

Plus récemment, le traitement des demandes effectuées dans le contexte de la pandémie de grippe A (H1N1) est venu illustrer les problèmes que cause l'application de ce programme. En fait, cette grippe a occasionné le retrait et l'indemnisation de 2 718 travailleuses, et l'on a estimé que cela a entraîné un coût supplémentaire de 23,2 M\$ dans les états financiers de 2009⁴. Remarquons qu'aucune autre province n'a emboîté le pas.

Sans remettre en question la pertinence des objectifs poursuivis à l'origine, il y aurait lieu que la CSST reprenne le leadership qu'elle n'assume plus en la matière et que le programme soit recentré sur ses objectifs de départ, à savoir un programme de santé et sécurité au travail, axé sur l'élimination des dangers et sur le maintien au travail de la travailleuse de façon sécuritaire pour elle-même et pour l'enfant à naître ou allaité.

¹ CSST, DCGI, Service de la statistique. Pour une maternité sans danger, statistiques 2005-2008, tableau 8, p. 29

² CSST, DCGI, Service de la statistique. Pour une maternité sans danger, statistiques 2005-2008, tableau 5, p. 20

³ CSST, DCGI, Service de la statistique. Pour une maternité sans danger, statistiques 2005-2008, tableau 4, p. 18

⁴ CSST, Rapport annuel de gestion 2009

Solution

Modifications législative et administrative

Modifier la LSST afin de conférer à la CSST le pouvoir de déterminer par règlement les normes relatives à l'exercice du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, notamment les situations qui justifient une affectation ou un retrait.

À cet effet, que le CA de la CSST confie à l'IRSST et à son conseil scientifique le mandat de constituer un groupe d'experts qui colligera les données probantes afin de définir les situations qui présentent des dangers pouvant justifier une affectation ou un retrait. Prévoir un échéancier serré dans le respect du protocole scientifique retenu.

Documenter et promouvoir, auprès des employeurs et des travailleuses, les solutions connues pour soutenir le milieu de travail dans l'affectation des travailleuses.

Prioriser les dangers ergonomiques et biologiques qui sont la source du plus grand nombre de demandes.

Le financement des indemnités versées aux travailleurs victimes d'un accident de la route

Description

La LATMP prévoit des indemnités pour le travailleur victime d'une lésion professionnelle, et la Loi sur l'assurance automobile (LAA) en prévoit pour les victimes d'accident de la route. La couverture d'assurance est assez semblable, mais elle présente certaines différences, par exemple, le fait que la LATMP protège le droit de retour au travail pour le travailleur accidenté.

La CSST et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) accordent toutes deux leurs indemnités sans égard à la responsabilité. Toutefois, il est prévu que lorsqu'un travailleur subit un accident de la route, c'est la CSST qui l'indemnise et, conséquemment, c'est à la charge des employeurs du Québec, comme si la responsabilité leur incombait toujours pleinement.

Lorsqu'un travailleur est indemnisé par la CSST à la suite d'un accident de la route, son employeur, s'il est assujéti par la CSST à un mode de tarification fortement personnalisé, peut avoir à supporter directement une partie importante des coûts d'indemnisation de ce travailleur, indépendamment de la responsabilité. Ce n'est que dans certaines circonstances particulières qu'il peut se soustraire à cette charge. Le financement est alors généralement supporté par l'ensemble des employeurs et, à l'occasion, par les employeurs de son unité de tarification.

Les coûts assumés par la SAAQ pour les accidents de la route sont financés par les conducteurs, à même les frais des permis de conduire, mais surtout par les frais d'immatriculation prélevés auprès des propriétaires de véhicules. La SAAQ distingue toutefois les coûts propres à diverses catégories de véhicules et, en ce qui a trait aux coûts relatifs aux véhicules utilisés principalement à des fins commerciales et professionnelles, elle les finance entièrement auprès des propriétaires de ces véhicules par les frais d'immatriculation. Ainsi, un employeur

propriétaire de véhicules considère que ses frais d'immatriculation devraient être moindres du fait que, si ses travailleurs subissent un accident de la route, cela n'entraînera aucun coût pour la SAAQ. Or, même si la SAAQ effectue des ajustements entre catégories de véhicules pour tenir compte de cette situation, elle ne dispose pas de toutes les informations nécessaires pour distinguer, par exemple, les véhicules dont les occupants sont des travailleurs couverts par la CSST de ceux dont les occupants ne sont pas couverts.

En ce qui a trait à la sécurité routière et à la prévention des accidents de la route, la SAAQ est reconnue comme le maître d'œuvre. Elle exerce à cet égard des activités de recherche, d'éducation, de normalisation et de contrôle. Néanmoins, la CSST a un contact régulier avec les employeurs et peut ainsi jouer un rôle significatif pour sensibiliser ceux-ci, de même que leurs travailleurs, aux différents risques auxquels ces derniers sont exposés et à leurs conséquences. De plus, dans la mesure où au moins une partie des coûts d'indemnisation est imputée à l'employeur, ce dernier peut être davantage incité à rechercher des solutions visant le retour en emploi du travailleur accidenté.

Diverses solutions ont déjà été envisagées pour résoudre, ou du moins atténuer, le problème d'iniquité soulevé, mais aucune n'est parfaite. Les solutions optimales impliquent l'intervention des deux organismes, sauf que la gestion des dossiers, incluant le droit de représentation auprès des instances d'appel, ne doit relever que d'un seul organisme.

Selon les données que l'on retrouve au tableau 5.5, le coût de l'indemnisation des travailleurs accidentés de la route est d'environ 35 M\$. Tout transfert de coûts de la CSST à la SAAQ impliquerait d'abord des changements aux deux lois concernés, soit la LATMP et la LAA. Il impliquerait également une baisse de cotisations à la CSST pour certains employeurs, mais aussi une hausse, vraisemblablement, des frais d'immatriculation pour certaines catégories de véhicules.

Tableau 5.5
Nombre de travailleurs accidentés de la route et coût de leurs indemnités
(2002-2006)

Année de lésion	Nombre¹	Coûts d'indemnisation² (millions de \$)
2002	1 819	25,7
2003	1 849	33,6
2004	1 867	40,3
2005	1 912	35,4
2006	1 746	33,4

Solution

Modification législative

La solution proposée repose sur les principes suivants :

- La CSST demeure l'organisme responsable de l'admissibilité et de l'indemnisation du travailleur qui est victime d'un accident de travail qui consiste en un accident de la route.
- La SAAQ rembourse à la CSST la moitié des coûts sans que l'on cherche à établir la responsabilité.
- La part de 50 % des coûts assumés par la CSST est imputée à l'employeur, et des mécanismes de communication sont mis en place entre la CSST et la SAAQ afin que cette dernière puisse tenir compte le mieux possible, dans sa tarification des employeurs propriétaires de véhicules, du fait qu'une partie des coûts des travailleurs accidentés est assumée par la CSST.

¹ Source : CSST, DCGI, Service de la statistique
 Ces nombres constituent un minimum si l'on considère que l'information utilisée pour les identifier comme un accident de la route n'était pas codée dans tous les dossiers au moment de la recherche.

² Source : CSST, DAEF, Service de la tarification
 Les coûts d'indemnisation ont été estimés à partir des données disponibles en date du 31 décembre 2008 relativement aux travailleurs qui ont été identifiés comme des accidentés de la route.

Tout en respectant le principe du « sans égard à la responsabilité », cette solution présente des avantages significatifs en ce sens qu'elle maintient pour les travailleurs accidentés de la route le droit aux indemnités prévues à la LATMP, incluant le droit de retour au travail; elle maintient pour les employeurs un incitatif à la prévention et à la réintégration au travail et elle atténue les iniquités tarifaires actuelles.

À noter : M. Alain Albert, membre du groupe de soutien, et également membre du conseil d'administration de la SAAQ, n'a pas participé aux délibérations touchant cette problématique.

L'admissibilité d'une réclamation

Description

La LATMP est une loi de réparation des lésions professionnelles, qui nécessite de la part du personnel de la CSST une prise de décision rapide, juste et équitable, qui ne doit pas être effectuée au détriment de la recherche de faits, nécessaires à une bonne décision.

Dans l'éventail de décisions, celles concernant l'admissibilité d'une réclamation exigent expertise, connaissances et compétences. À cet égard, le personnel de la CSST est appelé à rendre des décisions d'admissibilité dans plus de 125 000¹ dossiers par année, ce qui représente un volume important pour des décisions capitales pour la clientèle puisqu'elles donnent ou non accès au régime de réparation des lésions professionnelles.

La loi prévoit, pour certaines circonstances particulières, l'application de présomptions, ainsi que la prise de décisions pour plusieurs catégories différentes de lésions professionnelles (l'accident de travail, la maladie professionnelle, la rechute, la récurrence et l'aggravation), ce qui explique la complexité de la tâche. Cela requiert donc un large éventail de connaissances et de notions juridiques. En sus, il faut constamment mettre à jour les connaissances du personnel appelé à rendre les décisions puisque les types de lésions se multiplient (nouvelles maladies professionnelles, lésions psychologiques, etc.). Il en va de même pour les diagnostics médicaux qui évoluent eux aussi. De plus, le fait que la Commission des lésions professionnelles (CLP) ne soit pas tenue de respecter les politiques de la CSST et que ses décisions ne permettent pas toujours de dégager une tendance jurisprudentielle claire ne favorise pas l'établissement de lignes de conduite uniformes.

¹ En 2008, 128 724 dossiers de lésions professionnelles ont été ouverts et requéraient une décision d'admissibilité (Source : CSST, DCGI, Service de la statistique, Statistiques annuelles 2008)

Les services de la CSST sont déployés dans 21 directions régionales, ce qui permet d'être près de la clientèle et d'offrir des services respectant les réalités régionales. Cette situation peut toutefois occasionner des problèmes en ce qui a trait à la cohérence des décisions. À cet égard, de nombreuses critiques ont été émises de part et d'autre lors des travaux du Groupe de travail à l'égard de certaines décisions rendues, particulièrement en matière d'admissibilité. De plus, dans le contexte actuel où l'on observe de nombreux départs à la retraite et la perte d'expertise qui en résulte, il est permis de questionner la capacité, particulièrement pour les petites régions, de maintenir une qualité de décisions pour cette fonction névralgique.

Afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité, la CSST a procédé, dans chaque direction régionale, au regroupement des tâches d'admissibilité, tout comme elle a centralisé cette fonction pour les quatre directions régionales de l'île de Montréal. Dans une présentation faite au Groupe de travail, la CSST a souligné que la Direction de l'admissibilité et du soutien aux opérations de Montréal, bien qu'elle ait une charge de travail par agent de 21 % plus importante que la moyenne provinciale, rend des décisions de première admissibilité aussi durables, que leur taux d'acceptation est comparable et que cette approche permet de limiter les écarts observés entre les régions sur ces sujets. Finalement, il est à noter que la centralisation des décisions d'admissibilité est déjà pratique courante dans plusieurs provinces canadiennes.

Solution

Solution administrative

Que la CSST procède à la centralisation de la fonction admissibilité pour toute la province.

La consolidation et la capacité de travail

Description

En vertu de la LATMP, un travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi tant que la lésion professionnelle dont il a été victime n'est pas consolidée (art. 46). Cette présomption est unique au Canada.

C'est le médecin qui a charge du travailleur qui détermine la durée de la consolidation, et son opinion lie la CSST. Comme c'est elle qui doit statuer sur la capacité du travailleur à reprendre le travail, la CSST a besoin d'une information médicale de qualité. L'information doit notamment préciser le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, la description des limitations fonctionnelles résultant de la lésion et, s'il y a lieu, l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion.

La LATMP précise, à l'article 203, que le médecin doit se prononcer sur les limitations permanentes, lors du rapport d'évaluation médicale (REM). En 2008, des travaux effectués par la CSST ont mis en lumière que les travailleurs ayant des limitations fonctionnelles/atteintes permanentes attendent en moyenne 100 jours entre le rapport final qui consolide leur situation médicale et le REM qui décrit leurs limitations/atteintes.

Par ailleurs, nulle part la LATMP n'apporte de précisions sur un processus pour que le médecin se prononce sur les limitations fonctionnelles temporaires. Pourtant, afin d'assurer la continuité du lien entre le travailleur et son milieu de travail, et ultimement de protéger son droit de retour au travail, toute information pouvant favoriser son retour au travail doit parvenir tôt à la CSST.

Or, même si une lésion n'est pas consolidée, il est possible que les limitations fonctionnelles temporaires d'un travailleur ne l'empêchent pas d'exercer son travail.

Force est de constater que les formulaires actuels, bien qu'adaptés aux exigences de facturation, ne répondent que partiellement aux besoins de transmission d'une information médicale de qualité et en temps opportun, à preuve la recommandation de « travail léger » encore trop souvent formulée sur les formulaires médicaux. Pourtant, tous reconnaissent l'importance de connaître au moment opportun l'information médicale, permettant de faciliter le retour au travail, tout comme le fait que c'est au médecin traitant du travailleur que revient la responsabilité de se prononcer sur toute question médicale. Il faut également veiller à ne pas alourdir la tâche du médecin traitant par l'introduction de nouveaux formulaires administratifs, tout comme l'obtention de cette information médicale ne doit pas servir à augmenter le nombre de contestations.

Solution

Modification législative

Modifier la LATMP afin que la CSST puisse obtenir, au moment jugé opportun par le médecin traitant, l'information nécessaire sur les limitations fonctionnelles temporaires.

Élaborer, avec les fédérations médicales, les correctifs à apporter aux formulaires prescrits par la loi pour tenir compte de cette modification. Sensibiliser leurs membres au bien-fondé et à l'importance de communiquer rapidement cette information médicale afin de mettre fin à la pratique de recommandation de retour à un travail léger.

Prévoir expressément que la procédure d'évaluation médicale prévue au chapitre VI de la LATMP ne s'applique pas aux limitations fonctionnelles temporaires et par conséquent que celles-ci ne peuvent faire l'objet d'une contestation.

L'assignation temporaire

Description

Le chapitre IV de la LATMP est venu consacrer le droit à la réadaptation pour le travailleur qui requiert des services d'aide pour sa réinsertion sociale et professionnelle en raison d'une lésion professionnelle.

La section II de ce même chapitre reconnaît à l'employeur le droit d'assigner temporairement un travail au travailleur, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin du travailleur croit que celui-ci est en mesure d'accomplir ce travail, que ce travail ne comporte pas de danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique, et qu'il est favorable à sa réadaptation.

C'est donc le médecin du travailleur qui a la responsabilité de faire l'adéquation entre les exigences du poste de travail, telles que décrites par l'employeur, et les limitations fonctionnelles temporaires du travailleur, qu'il est en mesure d'évaluer au moment de la demande d'assignation. En agissant ainsi, le législateur a clairement voulu donner une grande importance à la relation entre le médecin traitant et son patient lors d'un retour au travail à la suite d'une lésion. L'implication de celui-ci dans le respect des trois conditions énoncées à l'article 179 est donc primordiale.

Afin de favoriser un contact rapide avec le médecin, les employeurs ont développé différentes approches, tels des contacts téléphoniques et des formulaires d'assignation temporaire. Toutefois, comme le souligne la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans son mémoire au Groupe de travail : « Les médecins reçoivent parfois directement des employeurs des formulaires d'évaluation des limitations fonctionnelles de leurs employés pour des fins d'assignation temporaire, qu'ils ont eux-mêmes élaborés. Le médecin se retrouve alors avec la lourde responsabilité de remplir des formulaires tous aussi

différents les uns que les autres, et dont certains ne sont pas conformes à la loi. Pour des raisons d'efficience, les médecins ne devraient remplir que des formulaires standardisés et élaborés par la CSST. »¹

L'utilisation d'un seul formulaire devrait permettre de faciliter le lien entre le traitement médical et le retour au travail, en assurant que les tâches temporairement assignées respectent les conditions prévues par la loi et en uniformisant la démarche auprès des intervenants concernés.

L'assignation temporaire est une question délicate, qui a fait l'objet de nombreux débats depuis son adoption. Toutefois, malgré le fait que plusieurs exemples d'applications maladroites de cette mesure aient suscité des critiques de part et d'autre, de l'avis de tous, une assignation temporaire bien faite présente des avantages tant pour l'employeur que pour le travailleur.

Solution

Modification législative

Modifier la LATMP afin que le formulaire d'assignation temporaire élaboré par la CSST² soit celui prescrit par la loi. Faire en sorte que la section complétée par le médecin du travailleur fasse état des limitations fonctionnelles temporaires observées par le médecin au moment où il remplit le formulaire³.

Note : Ce formulaire fait déjà l'objet d'une tarification spécifique négociée avec les fédérations médicales.

¹ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Mémoire soumis au Groupe de travail sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail, p. 6

² Page suivante : Formulaire d'assignation temporaire

³ Lesquelles limitations fonctionnelles temporaire ne pouvant faire l'objet d'une contestation



ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

Employeur

A - Identification du travailleur ou de la travailleuse			
Nom et prénom		N° de dossier CSST du travailleur	
Adresse		N° de téléphone	
Date de l'événement A A A A M M J J	Emploi occupé au moment de la lésion	N° d'assurance sociale	N° d'assurance maladie
B - Identification de l'employeur			
Nom et adresse		Nom de la personne qui peut fournir des renseignements	
Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire		N° de dossier d'expérience	
		N° de téléphone	
C - Nature de l'assignation temporaire			
Travail proposé		Durée prévue de l'assignation	
		Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J	
Description (positions et mouvements, objets à manipuler, conditions environnantes, horaire de travail : voir le Guide au verso)			
Nom de la personne qui a rédigé la description (en lettres majuscules)		Signature	

Médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse

D - Le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP (voir au verso). Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire.			
1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Commentaires			
Nom du médecin (en lettres majuscules)		N° de corporation	Signature
			Date A A A A M M J J

Les sections A, B, C et D du formulaire doivent être remplies avant de détacher les exemplaires.



2 0 0 1 (2010-03)

Copie blanche :
CSST

Copie verte :
Employeur

Copie jaune :
Médecin qui a charge

Copie rose :
Travailleur/Travailleuse

Comment remplir le formulaire d'assignation temporaire

Les sections A, B et C sont réservées à l'employeur.

Section A • Identification du travailleur ou de la travailleuse

Remplir toutes les cases de cette section. Si le travailleur ou la travailleuse possède un dossier à la CSST se rapportant à l'événement, inscrire le numéro de demande de prestations.

Section B • Identification de l'employeur

Inscrire la raison sociale de votre entreprise ou organisme et donner les coordonnées de l'établissement où est prévue l'assignation. Inscrire également le nom d'une personne auprès de qui des renseignements complémentaires peuvent être obtenus.

Section C • Nature de l'assignation temporaire

Le travail temporaire assigné doit être une activité productive, qui concoure directement aux fins de l'entreprise. Il peut s'agir du même emploi dont on aura allégé l'horaire, réduit la charge et l'intensité, ralenti le rythme et éliminé certaines tâches. Le travail assigné peut également consister en un ensemble de tâches normalement exécutées à différents postes. Il peut être accompli à temps plein ou à temps partiel.

Guide pour la description du travail assigné

Pour fournir au médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse une description juste et précise du travail proposé, il faut préciser les caractéristiques suivantes :

1. Positions et mouvements

a) Colonne cervicale (cou)

Décrire les positions ou les mouvements du cou (flexion, extension, rotation...). Indiquer leur fréquence (nombre de fois par heure) et préciser leur ampleur (flexion modérée ou maximale).

b) Membres supérieurs (épaule, bras, coude, avant-bras, poignet, main)

Indiquer si un seul membre ou si les deux membres sont sollicités simultanément ou alternativement et, selon le cas, préciser la position du ou des membres. Décrire le mouvement et, s'il s'agit de mouvements répétitifs, indiquer leur fréquence (pourcentage de la durée d'une période de travail ou nombre de fois par heure).

c) Colonne lombo-sacrée (bas du dos)

Décrire les positions ou les mouvements (assis, debout, flexion, extension, rotation...) et indiquer leur fréquence (pourcentage de la durée d'une période de travail ou nombre de fois par heure).

d) Membres inférieurs (hanche, cuisse, genou, jambe, cheville, pied)

Décrire la position (debout, assise, accroupie), les mouvements (marcher sur terrain inégal, monter des escaliers ou sur des échelles...) et indiquer leur fréquence (pourcentage de la durée d'une période de travail par heure).

IMPORTANT : Il est également recommandé de décrire les mouvements des membres supérieurs en plus de ceux de la colonne cervicale dans le cas de blessures au cou. Il en est de même pour les membres inférieurs et ceux de la colonne lombo-sacrée dans le cas de blessures au bas du dos.

2. Objet à manipuler

Inscrire le poids en kilos (ou en livres), décrire la manière de manipuler (soulever, tirer, pousser...) et la position qu'exige la manipulation (flexion, rotation, accroupie...). Indiquer aussi la fréquence des manipulations (pourcentage de la durée d'une période de travail ou nombre de fois par heure).

3. Conditions environnantes

Préciser si les conditions suivantes sont présentes toujours, souvent, rarement, jamais : bruit (ex. : 85 dBA), humidité, froid (ex. : travail à proximité des portes d'un garage, ouvertes 6 heures par jour), chaleur, vibrations, autres.

4. Horaire de travail

Préciser l'horaire et le nombre d'heures de travail par semaine.

Exemples :

1. Une infirmière qui occupe un poste à temps plein (35h/sem.) à l'unité des soins orthopédiques se blesse au dos dans l'exercice de ses fonctions. On lui assigne temporairement un travail à l'unité de soins de médecine, où elle sera responsable des patients autonomes hospitalisés pour investigation. Elle s'occupera du suivi des dossiers et donnera les injections et les médicaments prescrits. L'infirmière travaillera 3 jours par semaine à raison de 5 heures par jour.
2. Un travailleur est préposé à une chaîne de fabrication et d'emballage d'enveloppes. Il travaille debout, 40 heures par semaine. Son travail consiste, entre autres, à placer des paquets d'enveloppes sur un convoyeur. Il se blesse au genou en travaillant. On lui assigne temporairement un travail qui consiste à poser des fermetures sur les enveloppes à l'aide d'une machine. Son horaire sera de 40 heures par semaine, à raison de 8 heures par jour. Il pourra travailler en position assise et aura la possibilité d'allonger sa jambe blessée. Il n'aura pas à déplacer de charges.

Section D • Cette partie du formulaire est réservée au médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse.

Pour la remplir, vous référer à l'article 179 de la LATMP.

Pour tout renseignement supplémentaire, n'hésitez pas à téléphoner au bureau de la CSST de votre région: son personnel est là pour vous aider.

Renseignements généraux

Article 179 de la LATMP (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles)

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si la lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

1. le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
2. ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
3. ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

Si le travailleur n'est pas d'accord avec le médecin, il peut se prévaloir de la procédure prévue par les articles 37 et 37.3 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, mais dans ce cas, il n'est pas tenu de faire le travail que lui assigne son employeur tant que le rapport du médecin n'est pas confirmé par une décision finale.

Article 180 de la LATMP (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles)

L'employeur verse au travailleur qui fait le travail qu'il lui assigne temporairement le salaire et les avantages liés à l'emploi que ce travailleur occupait lorsque s'est manifestée sa lésion professionnelle et dont il bénéficierait s'il avait continué à l'exercer.

Note : La personne doit recevoir son plein salaire et les avantages liés à l'emploi qu'elle occupait au moment de la lésion même lorsque le travail qui lui est assigné temporairement est accompli à temps partiel.

La physiothérapie et l'ergothérapie en clinique privée

Description

Un travailleur victime d'un accident du travail a droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de sa lésion. Il a également le choix de son établissement de santé, qu'il soit public, comme un centre hospitalier, ou privé, comme une clinique de physiothérapie. Si son état requiert des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie et qu'ils sont fournis dans un établissement du réseau public, les tarifs remboursés font l'objet d'une entente avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Comme ces soins sont fournis par le réseau public de santé, aucune règle particulière n'encadre l'accès ou la durée des traitements. En cas de litige concernant la pertinence et la durée des soins, comme la CSST est liée par l'avis du médecin qui a charge, ce sont les règles générales déjà prévues par la LATMP qui s'appliquent.

Le travailleur peut également choisir de recevoir ses traitements dans un établissement privé de santé, et ce, sans frais, contrairement à l'ensemble des citoyens du Québec. Dans ce cas, en plus des règles générales déjà prévues par la loi concernant l'accès et la durée des traitements, la LATMP prévoit, par le biais du Règlement sur l'assistance médicale, les tarifs remboursables pour les traitements fournis ainsi que des règles particulières concernant l'accès, la durée et le remboursement des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie fournis par ces cliniques.

Au fil des ans, le recours aux cliniques privées de physiothérapie et d'ergothérapie est devenu la norme pour les travailleurs accidentés. L'offre de service est abondante. Les services sont accessibles sans délai sur l'ensemble du territoire québécois et pallient les difficultés d'accès à ces soins dans le réseau public de santé, comme c'est le cas pour la population en général. En 2008, moins de 5 % de tous les débours relatifs à des traitements de

physiothérapie et d'ergothérapie découlaient de traitements fournis par le réseau public.

Or, différents intervenants s'inquiètent depuis plusieurs années du coût élevé des frais de physiothérapie et d'ergothérapie et du niveau élevé du nombre moyen de traitements.

Au début des années 2000, dans le cadre des travaux de révision du Règlement sur l'assistance médicale, les fédérations médicales (FMOQ¹ et FMSQ²) avaient affirmé qu'il n'y a aucune évidence médicale à prolonger des traitements de physiothérapie en dehors de délais dits raisonnables, qu'il doit y avoir une limite dans le nombre et la durée des traitements pour des lésions dites simples et que poursuivre au-delà de cette limite doit faire l'objet d'une justification de la part du médecin. Cette limite se situe à 8 semaines ou 30 traitements.

Le tableau suivant trace un bilan au 31 décembre 2008 du nombre de traitements dispensés aux travailleurs victimes de lésions professionnelles survenues en 2005. On y observe que plus de 30 traitements ont été dispensés dans près de la moitié des cas (48 %) et que le nombre moyen de traitements a été de 52,5.

¹ Lettre du docteur Renald Dutil, président de la FMOQ, à la directrice des services médicaux de la CSST, dans le cadre des travaux de révision du Règlement sur l'assistance médicale, juin 2003.

² Lettre du docteur Yves Dugré, président de la FMSQ, à la directrice des services médicaux de la CSST, dans le cadre des travaux de révision du Règlement sur l'assistance médicale, mai 2003.

Tableau 5.6**Traitements de physiothérapie et d'ergothérapie dispensés
aux victimes de lésions professionnelles survenues en 2005
Répartition selon le nombre de traitements**

Nombre de traitements	Nombre de dossiers	Nombre moyen de traitements	Nombre de traitements	Nombre de dossiers	Pourcentage des dossiers
1 à 5	3 940	3,4	1 et plus	46 003	100 %
6 à 10	5 406	8,0	6 et plus	42 063	91,4 %
11 à 15	4 809	12,9	11 et plus	36 657	79,7 %
16 à 20	3 947	17,9	16 et plus	31 848	69,2 %
21 à 30	5 991	25,3	21 et plus	27 901	60,7 %
31 à 50	7 284	39,5	31 et plus	21 910	47,6 %
51 à 75	5 001	61,8	51 et plus	14 226	30,9 %
76 à 100	2 959	86,7	76 et plus	9 625	20,9 %
101 et plus	6 666	183,3	101 et plus	6 666	14,5 %
Total	46 003	52,5			

Assez récemment, soit en 2007, après sept ans de travaux, le Règlement sur l'assistance médicale fut modifié. Ces travaux faisaient suite aux préoccupations ci-haut mentionnées et aux demandes répétées des représentants des cliniques privées de voir leurs tarifs augmentés de façon substantielle, après plusieurs années de gel. Les modifications au Règlement exigent que les cliniques privées qui jugent nécessaire la poursuite des traitements au-delà de 8 semaines ou 30 traitements, obtiennent un avis écrit du médecin traitant. Le minimum imposé de trois traitements par semaine fut également aboli, car cela a été identifié par les cliniques privées comme une des principales causes du nombre élevé de traitements.

Près de trois ans après l'introduction de ces modifications, la situation ne s'est pas améliorée. Ainsi, malgré une baisse de 12 % des événements inscrits depuis l'adoption du règlement on constate que¹ :

¹ Source : CSST, DCGI, Service de la statistique

- Le nombre de travailleurs recevant plus de 30 traitements a diminué de 7 %, et il a diminué de 6 % pour les traitements de plus de 8 semaines.
- Le nombre moyen des traitements de physiothérapie demeure inchangé soit 37 en 2009. Cependant, lorsque le travailleur reçoit simultanément des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, le nombre moyen de traitements augmente, passant de 47 en 2003 à 57 en 2009.
- Si 30 % des débours en 2006 concernent des travailleurs qui reçoivent simultanément des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, ce pourcentage passe à 47 % en 2009. Il faut souligner que ce pourcentage était de 11,5 % en 1994. Notons que les débours concernant les traitements en ergothérapie seulement ont augmenté de 6,3 % depuis 2007.
- Les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie totalisent près de 2,5 millions de traitements en 2009, et les débours approchent les 90 M\$. Aucune autre province canadienne ne connaît pareille situation.

Le but recherché par cette nouvelle réglementation n'est pas atteint. L'obligation imposée au médecin traitant de justifier la poursuite des traitements au-delà de 30 traitements ou 8 semaines n'a rien changé à la situation, et il n'y a pas d'indication que la situation observée changera avec la réglementation actuelle.

De plus, le retrait de la fréquence minimale de trois traitements qui était imposée n'aura certainement pas eu l'effet escompté. En effet, 31 % des travailleurs reçoivent encore quatre traitements et plus par semaine en 2009 (ce pourcentage était de 34,5 % en 2007).

Enfin, la question des tarifs payés par la CSST pour un traitement demeure toujours controversée, car les cliniques privées jugeant ceux-ci trop bas, les soins fournis sont alors à l'avenant.

« Comme nous l'avons souligné dans le passé, cet écart entre les tarifs de la CSST et les tarifs privés des cliniques a entraîné progressivement celles-ci à restreindre les plages horaires pour les personnes accidentées du travail, à réduire la durée des traitements en fonction de leur valeur relative... »¹.

Nous sommes confrontés à une pratique à deux vitesses soit une pour l'ensemble des Québécois et l'autre pour les travailleurs accidentés, qui ont un accès illimité et hors contrôle aux soins et traitements dispensés par les cliniques privées de physiothérapie ou d'ergothérapie.

À défaut de prévoir une franchise annuelle et une coassurance, comme l'imposent tous les assureurs lorsqu'il est question de soins fournis par l'entreprise privée, s'il n'y a pas une limite en termes de nombre de traitements, il est illusoire de penser que le marché va se réguler par lui-même. Par ailleurs, malgré ce qui précède, il faut prévoir qu'il existe des situations médicales d'exception, et que certains travailleurs peuvent avoir des besoins particuliers au-delà de cette limite imposée. La solution proposée doit le prévoir.

Solution

Modifications législative et règlementaire

- Modifier la LATMP afin de permettre notamment que la CSST, dans sa réglementation :
 - Limite à 30 le nombre de traitements payables dans le réseau privé de physiothérapie et d'ergothérapie pour des lésions simples. Les cas graves, notamment les amputations, les grands brûlés et les travailleurs ayant subi une chirurgie, ne sont pas visés par cette limite.

¹ Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec, Mémoire soumis au Groupe de travail sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail, janvier 2010, p. 6

- Ajuste en conséquence la tarification pour qu'elle soit conforme aux règles du marché.
- Précise les situations médicales d'exception justifiant qu'un plus grand nombre de traitements que la limite établie puisse être donné par le secteur privé.
- Établir en concertation avec les fédérations médicales concernées des balises strictes précisant dans quelles situations et selon quelles règles de contrôle, des traitements simultanés de physiothérapie et d'ergothérapie peuvent être remboursés.
- En cas d'échec de l'approche traditionnelle de traitement, prévoir pour ces travailleurs qui devraient être l'exception, un processus de prise en charge multidisciplinaire.

Les délais d'attente de chirurgie

Description

La LATMP prévoit que l'assistance médicale est à la charge de la CSST. Les orientations de la CSST sont à l'effet que les tarifs remboursables sont ceux prévus par la Loi sur l'assurance maladie pour des services similaires.

Chaque année, des milliers de travailleurs ont recours à une intervention chirurgicale, la majorité de nature élective et reliée particulièrement à l'orthopédie (membres inférieurs et supérieurs comme les genoux, les épaules, les poignets). En janvier 2010, des analyses préliminaires, effectuées par la CSST, ont permis de dégager les constats suivants : 854 travailleurs étaient en attente de chirurgie et le délai moyen d'attente moyen était de 232 jours (33 semaines), soit nettement plus long que pour la population en général. Ces 854 travailleurs totalisent à eux seuls près de 200 000 jours d'attente, ce qui correspond à environ 10 M\$ en IRR.

Tableau 5.7

Temps moyen d'attente pour certains types de chirurgie (février 2009)¹

Type de chirurgie	Temps moyen d'attente*
Hanche	13
Genou	15
Autres chirurgies d'un jour	10
Autres chirurgies avec hospitalisation	7

* Ensemble du Québec, temps moyen pour toutes les personnes opérées, en nombre de semaines.

¹ Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Accès aux services médicaux spécialisés, chirurgies réalisées, ensemble du Québec.

Pour ces travailleurs, de longs délais peuvent être source de chronicité et également entraîner la perte du droit au retour au travail, considérant qu'il est limité dans le temps. Le fait que les travailleurs soient indemnisés peut inciter le chirurgien à ne pas les prioriser, prolongeant par le fait même les périodes d'attente. Ces délais contribuent à allonger significativement les durées d'indemnisation entraînant un impact sur les coûts du régime.

Cette situation inquiète également la communauté médicale. Le mémoire de la FMOQ le souligne clairement : « Pourquoi alors ne pas diriger les patients vers les lieux permettant un accès plus rapide? C'est le choix qu'a fait le législateur pour certains traitements particuliers comme les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte. En matière d'accident du travail et de lésion professionnelle, nous croyons que nous devrions également faire un choix de société en faveur de l'accessibilité aux soins requis dans les meilleurs délais. »¹

Le contexte social des dernières années a vu l'émergence d'une offre de services de chirurgie dans le secteur privé. Pour cette raison, la CSST subit fréquemment des pressions des travailleurs et des employeurs souhaitant profiter de l'accessibilité sans délai à une chirurgie dans une clinique privée.

L'idée de recourir au secteur privé comme le font tous les assureurs soulève des débats de société depuis des années. On craint notamment une perte des ressources au profit du privé et l'instauration d'une médecine à deux vitesses. Paradoxalement, faute de budget, des salles de chirurgie dans le réseau public sont souvent sous-utilisées. Même si certains doutes demeurent quant à la disponibilité des ressources humaines requises, il y a là une opportunité à saisir pour réduire ces délais et leurs effets néfastes.

¹ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Mémoire soumis au Groupe de travail sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail, p. 7

Cette problématique n'est pas nouvelle. Déjà, en 1994, la CSST soumettait à son conseil d'administration un projet expérimental visant à réduire les délais d'attente d'hospitalisation, mais aucune solution n'a été retenue à ce jour. Par ailleurs, la difficulté d'accès aux chirurgies sans délai n'est pas unique au Québec. Confrontées à des problèmes similaires, certaines provinces, en collaboration avec des centres hospitaliers, ont mis de l'avant des solutions visant la réduction des délais de chirurgie.

Pour résoudre cette problématique et en tenant compte du présent contexte, la solution proposée passe par une optimisation de l'utilisation du réseau public de santé en adoptant des mécanismes qui amélioreront la situation des travailleurs accidentés, sans que cela se fasse au détriment des citoyens en général.

Solution

Modification législative

Dans sa mise en place, la solution retenue devra s'appuyer sur les préalables suivants :

- Mettre à la disposition des médecins, notamment des orthopédistes, l'accès à du temps opératoire additionnel dans le secteur public en utilisant les salles de chirurgie sous-utilisées.
- Financer les centres hospitaliers par une facturation bonifiée à l'extérieur des budgets actuels pour contrer l'effet d'une possible discrimination des clientèles.
- Impliquer tous les acteurs concernés (CSST, MSSS, RAMQ, centres hospitaliers, fédérations médicales, etc.) dans la mise en place d'une solution gagnant-gagnant qui permettrait une utilisation maximale des ressources déjà

en place dans le réseau public de la santé et s'assurer qu'il n'y a pas un effet de vase communicant des ressources au détriment des citoyens.

Modifier la LATMP pour baliser le pouvoir que peut exercer la CSST de prendre entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'assurer la pérennité des solutions mises en place pour réduire les délais d'accès à une chirurgie pour les travailleurs accidentés et favoriser leur retour en emploi.

La juste indemnisation

Description

La majorité des régimes canadiens d'accident du travail ont adopté une approche d'indemnisation en deux temps. D'abord, le remplacement du salaire pour rembourser la perte de revenu liée à son emploi, soit la réalité du travailleur à court terme. Dans un deuxième temps, le remplacement de la perte de capacité de gain pour le long terme, soit les cas d'accidents du travail les plus graves.

La période qualifiée de court terme se situe, dans plusieurs provinces, entre 10 ou 12 semaines, et l'on considère qu'à ce moment, environ 80 % des travailleurs indemnisés sont retournés au travail. Ainsi, le tableau suivant indique que pour les lésions professionnelles survenues au Québec, de 2003 à 2007, 83 % des personnes indemnisées ont cessé de l'être avant le 91^e jour, soit l'équivalent de 13 semaines, et 78 % ont cessé de l'être avant le 61^e jour, soit avant un peu moins de 9 semaines.

Tableau 5.8¹

Répartition des lésions professionnelles acceptées avec IRR selon les strates de jours d'IRR et l'année de l'événement

Année de l'événement						
Strates de jours	2003	2004	2005	2006	2007	Total
	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)	Nombre (%)
1-14	58 262 (54,6)	56 022 (53,9)	51 612 (52,4)	47 960 (51,4)	44 015 (50,9)	257 871 (52,7)
15-30	14 601 (13,7)	14 445 (13,9)	13 726 (13,9)	13 220 (14,2)	12 507 (14,5)	68 499 (14,0)
31-60	11 376 (10,7)	11 212 (10,8)	10 885 (11,0)	10 526 (11,3)	9 568 (11,1)	53 567 (11,0)
61-90	5 385 (5,0)	5 460 (5,3)	5 468 (5,5)	5 206 (5,6)	4 804 (5,6)	26 323 (5,4)
91-180	6 899 (6,5)	6 834 (6,6)	6 642 (6,7)	6 635 (7,1)	6 240 (7,2)	33 250 (6,8)
181-365	3 966 (3,7)	3 893 (3,7)	4 034 (4,1)	3 701 (4,0)	3 908 (4,5)	19 502 (4,0)
366 et +	6 196 (5,8)	6 105 (5,9)	6 160 (6,3)	6 073 (6,5)	5 404 (6,3)	29 938 (6,1)
Total	106 685 (100)	103 971 (100)	98 527 (100)	93 321 (100)	86 446 (100)	488 950 (100)

Au Québec, l'indemnisation se fait également en deux temps, mais selon des modalités fort différentes. Pour le court terme, soit les 14 premiers jours d'absence, l'employeur verse directement au travailleur une IRR correspondant à 90 % de son salaire net, sans être supérieure au maximum annuel assurable. Cette somme sera remboursée à l'employeur par la CSST. Pour le long terme, à partir de la 15^e journée, la CSST verse l'IRR au travailleur; l'indemnité est établie en fonction de la perte de la capacité de gain.

De plus, au Québec, un plancher minimal d'indemnisation s'applique dès la 15^e journée d'absence du travail. Le revenu brut retenu aux fins du calcul des indemnités ne peut être inférieur au salaire minimum annualisé (19 813 \$ en 2010). Toutefois, même si en Ontario et en Colombie-Britannique le concept de

¹ Source : CSST, DCGI, Service de la statistique. Pour les lésions survenues de 2003 à 2005, les données sont observées au 31 décembre de la 3^e année qui suit; pour les lésions de 2006 et 2007, les données sont observées au 31 juillet 2009. La notion de jours d'IRR est une estimation en jours équivalents à temps complet.

revenu brut minimal n'existe pas, sous un certain seuil de revenu, le revenu brut du travailleur est considéré comme étant son revenu net. Cette mesure ne s'applique que si l'absence du travail dépasse 10 ou 12 semaines selon le régime en cause. Le tableau 5.9 illustre les principales différences entre ces régimes.

Tableau 5.9

**Comparaison des principales modalités d'indemnisation
pour les trois principales provinces canadiennes ¹**

Québec	Ontario	Colombie-Britannique
90 % du revenu net	85 % des gains moyens nets *	90 % du revenu net
Perte de revenu lié à l'emploi : court terme		
<ul style="list-style-type: none"> • 14 premiers jours payés par l'employeur et remboursés par la CSST. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 premières semaines versées par l'organisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 premières semaines versées par l'organisme.
Perte de capacité de gain : long terme		
<p>À la 15^e journée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revenu brut prévu au contrat de travail annualisé ou revenu des 12 derniers mois. 	<p>À la 13^e semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emploi régulier : revenu réellement gagné lors de la lésion ou les 12 derniers mois; • Emploi irrégulier : revenus des 12 ou 24 derniers mois. 	<p>À la 11^e semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralement les revenus de l'emploi régulier des 12 derniers mois.
<p>Minimum indemnisable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le revenu brut ne peut être inférieur au salaire minimum annualisé, soit 19 813 \$ en 2010. 	<p>Minimum indemnisable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous un certain seuil, le revenu brut est considéré comme le revenu net. 	<p>Minimum indemnisable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous un certain seuil, le revenu brut est considéré comme le revenu net.

* En Ontario, la perte de revenu est définie comme la différence entre les revenus moyens nets et la capacité de revenu moyen net.

¹ Source : données de l'ACATC

Le monde du travail est en constante évolution. Il y a 30 ans, occuper un emploi à temps plein était la norme, les autres formes de contrat de travail étant plus marginales. Le travail dit « atypique » (travailleurs sur appels, à temps partiel, etc.), les travailleurs occupant plus d'un emploi, les étudiants qui cumulent travail et études de plus en plus jeunes, etc. sont autant de nouvelles réalités dont nous devons tenir compte. Près de 20 % des emplois sont à temps partiel, et il s'agit d'un choix volontaire pour 75 % des travailleurs¹.

Les cas de figure pouvant illustrer que l'indemnisation ne correspond plus dans plusieurs cas à la perte réelle de revenu sont multiples, particulièrement pour l'indemnisation de courte durée des travailleurs atypiques. Ainsi, pour le travailleur ayant un revenu annuel inférieur au salaire minimum annualisé (19 813 \$), on passe trop rapidement du remplacement du salaire perdu pour le court terme (les 14 premiers jours) à un régime de remplacement de la capacité de gain, soit le régime prévu pour les cas les plus graves. Par exemple, un travailleur à temps partiel qui travaille habituellement 15 heures par semaine à 12 \$ l'heure, soit l'équivalent de 9 360 \$ par année, sera indemnisé dès la 15^e journée comme s'il gagnait 19 813 \$, soit le salaire minimum annualisé.

On verse alors systématiquement à tous ces travailleurs une indemnité supérieure au salaire qu'ils auraient reçu s'ils n'avaient pas eu d'accident, créant ainsi des iniquités entre les travailleurs qui subissent un accident du travail et ceux qui demeurent au travail.

¹ Les chiffres clés de l'emploi au Québec, édition 2010. Emploi Québec. www.emploi.quebec.net/publications

Par contre, il est évident que même si ce revenu représente la réalité du travailleur, il ne faut pas perdre de vue que l'indemnisation doit également protéger la capacité de gain des cas les plus graves. Un concept d'indemnisation en deux temps, soit le court terme (10 ou 12 semaines) pour remplacer la perte de salaire (la réalité du travailleur) et la capacité de gain par la suite, constituerait une solution davantage adaptée à la réalité du monde du travail.

De plus, les dispositions prévues par la LATMP pour établir le revenu des travailleurs atypiques qui ont des revenus variables ou cycliques ne reflètent pas toujours la perte de capacité de gain, car seul le revenu gagné durant les 12 mois précédant l'accident est pris en compte, s'il est plus avantageux pour le travailleur. Voilà pourquoi l'Ontario, par exemple, tient compte du revenu des 24 derniers mois pour mieux refléter la réalité de ces travailleurs. De plus, pour faciliter au travailleur la démonstration de ses revenus, il serait plus simple, administrativement, de retenir l'utilisation des deux dernières années fiscales.

Il serait illusoire, compte tenu du nombre de situations d'emploi, de vouloir adopter des modalités d'indemnisation adaptées à chacun des cas. Toutefois, en raison des modalités actuelles, quelques autres situations créent presque systématiquement des iniquités.

Ainsi, le travailleur ayant plus d'un emploi et qui n'est plus en mesure d'occuper plus d'un de ses emplois à la suite d'un accident, sera indemnisé selon l'emploi le plus rémunérateur qu'il n'est plus en mesure d'occuper comme s'il l'occupait à temps plein. On est loin de l'indemniser selon sa réalité, en créant une fiction plutôt que de considérer l'ensemble des revenus perdus. En plus de semer la confusion, cette façon de faire n'assure pas la protection réelle de la perte de sa capacité de gain. Soulignons que, même si la jurisprudence découlant des décisions de la CLP corrige cette problématique, il serait opportun de régulariser la situation en modifiant l'article de loi concerné.

Enfin, l'étudiant de moins de 18 ans qui commence un emploi et qui subit une lésion professionnelle, a droit à une indemnité de 92 \$ par semaine (2010), sans égard à son salaire réel, sauf s'il démontre qu'il a tiré un revenu supérieur pendant les 12 derniers mois. Cette façon de faire ne reflète pas la perte réelle de revenu.

Solution

Modification législative

- Maintenir le paiement par l'employeur des 14 premiers jours selon les modalités actuelles.
- Poursuivre, à compter de la 15^e journée et, le cas échéant, pour les 10 prochaines semaines d'arrêt de travail, le versement de l'indemnité basée sur le salaire qu'il recevait au moment de la lésion. Comme c'est le cas dans les autres provinces, le travailleur recevra alors l'équivalent de son salaire pendant les 12 premières semaines d'arrêt de travail.
- Appliquer la protection de la capacité de gain incluant le plancher d'indemnisation (19 813 \$ en 2010) pour tous les cas, à compter de la 12^e semaine d'arrêt du travail. Les mêmes règles de calcul que celles qui sont en vigueur s'appliquent.
- Porter aux deux dernières années fiscales les revenus de travail retenus pour établir le revenu du travailleur atypique, et non plus le revenu des 12 mois précédant la lésion, si c'est la solution la plus avantageuse pour le travailleur.
- Tenir compte des revenus de tous les emplois qu'il est incapable d'occuper pour le travailleur occupant plus d'un emploi.
- Revoir les dispositions concernant l'étudiant et le travailleur étudiant de moins de 18 ans pour que l'indemnisation reflète la perte réelle à court terme et la perte de capacité de gain à long terme.

L'emploi convenable

Description

Lorsqu'elle détermine un emploi convenable, la CSST doit respecter cinq critères. L'emploi doit : être approprié; permettre au travailleur d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles; présenter une possibilité raisonnable d'embauche; être sans danger pour sa santé et sa sécurité. Chaque année, la CSST rend plus de 4 500 décisions relatives à un emploi convenable.

La détermination d'un emploi convenable a souvent été critiquée, car on semblait y dénoter une tendance, selon les époques, à déterminer des emplois « passe-partout », tels gardien de barrière ou réparateur de petits moteurs. De plus, le fait de déterminer un seul emploi spécifique peut limiter les perspectives de recherche d'emploi et, par conséquent, les possibilités d'embauche. Ce peu de résultats peut engendrer du découragement et même favoriser la contestation.

Pour d'autres, le fait de déterminer un seul emploi est jugé préférable, particulièrement parce que cela exige une démarche rigoureuse de réadaptation et de réinsertion professionnelle, nécessitant des gestes concrets, comme une formation ou un stage, afin de rendre le travailleur apte à occuper cet emploi.

Toutes les provinces canadiennes prévoient la détermination d'un emploi convenable lorsque le travailleur est incapable d'exercer son emploi à la suite d'une lésion professionnelle. Bien que les critères diffèrent d'une province à l'autre, certains se retrouvent plus fréquemment : être sans danger pour la santé et la sécurité; respecter les limitations fonctionnelles et posséder les compétences requises à l'emploi; permettre au travailleur d'avoir le même salaire ou un salaire se rapprochant de l'emploi qu'il occupait avant l'accident. Toutefois,

dans les autres provinces, on ne retrouve pas l'obligation d'exercer l'emploi convenable à plein temps.

La CSST doit démontrer que l'emploi convenable satisfait tous les critères. Or, il semble particulièrement difficile de conjuguer emploi approprié et capacité résiduelle. Conséquemment, ces deux critères font souvent l'objet de contestations devant les tribunaux administratifs.

Au Québec, comme la CSST, la SAAQ est tenue de déterminer l'emploi convenable. Elle doit elle aussi respecter cinq critères : la formation et l'expérience de travail de la personne accidentée, ses capacités physiques et intellectuelles, ses connaissances et habiletés acquises en réadaptation et, finalement, l'emploi doit être normalement disponible en région.

Bien que constatant des différences dans les critères pour déterminer un emploi convenable d'une juridiction à l'autre, elles ne sont pas suffisamment significatives pour justifier une modification législative sur la question. Cependant, une démarche mieux encadrée aurait le mérite de favoriser une meilleure prise de décision.

Rappelons qu'afin de déterminer un emploi convenable, la SAAQ et la CSST utilisent le même outil, à savoir le *Répertoire informatisé des données en information scolaire et professionnelle (Repères)* de la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires (GRICS). Ce répertoire est en fait une banque de données regroupant une liste d'au-delà de 1 000 emplois, mise à jour régulièrement. Bien que fort utile dans sa version actuelle, ce répertoire a été conçu comme un outil pour aider les conseillers en orientation des institutions scolaires.

Devant l'importance que représente pour le travailleur et pour l'employeur la détermination d'un emploi convenable, il convient de revoir la démarche et de systématiser l'utilisation d'un outil adéquat

Solution

Modification législative

Modifier la LATMP afin de conférer à la CSST un pouvoir de réglementation analogue à celui de la SAAQ pour le soutien à la détermination de l'emploi convenable.

Négocier avec les différents partenaires qui ont une expertise dans le domaine (ex. : Emploi Québec, Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires) pour l'élaboration d'outils performants.

Que la CSST négocie une entente avec la Société de gestion du réseau informatique des commissions scolaires (GRICS) pour développer une version améliorée de *Repères*, tenant compte des particularités de sa clientèle. Dans un souci d'harmonisation, à cet égard, elle pourrait s'associer à la SAAQ qui a une mission semblable.

L'année de recherche d'emploi

Description

Un travailleur reconnu capable d'exercer un emploi convenable continue de recevoir une pleine IRR pendant au plus un an, si cet emploi n'est pas disponible (LATMP, art. 49). Il en est de même pour le travailleur redevenu capable d'exercer son emploi après l'expiration de son droit de retour au travail (article 48).

Un travailleur victime d'une lésion professionnelle et qui est absent du travail durant une longue période perd généralement ses droits aux prestations prévues par l'Assurance Emploi. C'est pour pallier cette absence d'harmonisation entre les régimes que les dispositions prévues aux articles 48 et 49 ont été introduites. La période de couverture prévue à la LATMP a été fixée à une année au maximum. Des mesures similaires se retrouvent dans quelques provinces pour des périodes ne dépassant pas 15 semaines.

Or, la LATMP ne prévoit aucune obligation pour la CSST de soutenir le travailleur visé par ces deux articles dans sa recherche d'emploi. En effet, aucun programme structuré d'aide ne vient encadrer la démarche de recherche d'emploi. Toutefois, au cas par cas, et selon l'évaluation faite par la CSST, un soutien peut être accordé au travailleur. Enfin, certaines directions régionales ont mis de l'avant des démarches plus structurées d'accompagnement, mais ces initiatives sont demeurées marginales.

Par ailleurs, aucune obligation n'est imposée au travailleur durant cette année de recherche d'emploi. Sa seule obligation est d'aviser la CSST, s'il occupe un nouvel emploi. Ainsi, le travailleur peut demeurer totalement inactif durant cette période sans que cela entraîne des conséquences sur le versement de ses

indemnités. Il en va de même pour les travailleurs aptes à exercer leur emploi, mais dont le droit de retour au travail est expiré.

Des données fournies par la CSST indiquent qu'en 2008, des indemnités en recherche d'emploi de 69,2 M\$ ont été versées à 7 074 travailleurs en vertu de l'article 49, et des indemnités en recherche d'emploi de 6,5 M\$ ont été versées à 813 travailleurs en vertu de l'article 48. Au-delà de l'importance des sommes impliquées, il est particulièrement frappant de constater qu'au cours des dernières années, parmi les travailleurs capables d'exercer un emploi convenable et indemnisés en vertu de l'article 49, 76 % ne réintègrent pas le marché du travail durant la période de 12 mois, et que la durée moyenne d'indemnisation en vertu de cet article est d'environ 11 mois ¹.

L'absence d'encadrement et de soutien de la CSST pour ces travailleurs et l'absence d'obligations dans leur démarche de recherche d'un emploi durant cette période contribuent à ces mauvais résultats. Pour être véritablement efficaces, la CSST et le travailleur devraient être soumis à une démarche rigoureuse et obligatoire.

Par l'entremise d'Emploi Québec, le gouvernement du Québec possède déjà l'expertise, le réseau et les compétences nécessaires à un meilleur soutien aux travailleurs. La CSST pourrait négocier avec Emploi Québec une offre de services adaptée aux travailleurs accidentés concernant le soutien et l'accompagnement pour la recherche d'emploi.

¹ CSST, DCGI, Service de la statistique

Solution

Modification législative

Modifier la LATMP afin que le travailleur visé par les articles 48 et 49 de la LATMP :

- Ait droit à des services adaptés concernant la réinsertion professionnelle et la recherche d'un emploi, et que la CSST soit tenue d'offrir ces services aux travailleurs visés par ces dispositions.
- Soit tenu de se prévaloir des services adaptés offerts par la CSST concernant sa réinsertion professionnelle et la recherche d'un emploi.

Chapitre 6
Position patronale

Les représentants patronaux ont abordé les travaux du Groupe de travail chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de SST dans un esprit d'ouverture et de volonté de contribuer à la modernisation du régime qui est essentiellement le même depuis près de 30 ans. Après avoir activement contribué aux 21 rencontres du Groupe de travail, nous sommes toujours convaincus que le régime doit être revu, tant du point de vue de la prévention que de la réparation.

Le président du Groupe de travail, supporté par l'équipe de soutien, a préparé son rapport en faisant état de plusieurs problématiques, que nous avons également soulevées et en formulant ses recommandations pour moderniser le régime québécois de SST.

M. Camiré, à plusieurs égards, dresse le même portrait que nous :

- Le régime québécois a connu des baisses importantes de lésions et de décès dans les 30 dernières années, malgré une croissance significative de la main-d'œuvre.
- Le régime québécois est plus généreux et plus coûteux que dans plusieurs provinces.
- Les régimes de tarification réactifs ont contribué à la prise en charge des employeurs en matière de prévention et ont ainsi été un élément dans la baisse du nombre de lésions.
- Il ne peut être démontré que la baisse de lésions est plus importante dans les groupes prioritaires, i.e. là où les mécanismes de prévention ont été promulgués.
- Certaines dispositions de la LATMP sont inéquitables et contribuent à la chronicisation des travailleurs accidentés ou n'incitent pas suffisamment le travailleur à retourner au travail.

- Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) a été dénaturé et son efficacité n'a pas été démontrée lorsqu'on compare les données du Québec à celles des autres provinces où ce programme n'existe pas.
- Certains frais, comme la physiothérapie, sont payés sans limite et le nombre moyen de traitements va au-delà de ce qui est normalement acceptable sur le plan médical.
- Les délais d'attente de chirurgie sont beaucoup trop longs.

De même, certaines recommandations rejoignent celles de la partie patronale :

- Limiter à 30 le nombre de traitements de physiothérapie.
- Favoriser au sein du réseau public de santé l'ajout d'ententes ou de mécanismes pour réduire les délais d'attente de chirurgie.
- Revoir la base de salaire servant au calcul de l'IRR en appliquant le plancher d'indemnisation au-delà de la 15^e journée d'arrêt de travail.
- En matière de prévention, rendre obligatoire pour les groupes prioritaires III-IV-V-VI l'élaboration d'un plan d'action et la constitution d'un comité de santé et de sécurité du travail, pour les employeurs ayant une taille minimale.
- Repositionner le PMSD.

Nous désirons souligner que, dans l'ensemble, le rapport du président a le mérite d'aborder plusieurs enjeux du régime actuel en suggérant certaines pistes de solution constructives. Tenant compte du contexte du paritarisme, il faut saluer l'effort qui a été fait. Si nous sommes d'avis que le rapport de M. Camiré cerne bien les principaux problèmes dont il faut débattre pour moderniser le régime, nous croyons toutefois que ses recommandations sont trop timides.

Le mémoire patronal déposé au Groupe de travail comporte, quant à nous, un ensemble plus complet de solutions par rapport aux problèmes posés. Ces recommandations résultent d'un travail rigoureux réalisé sur plusieurs mois par un comité réunissant des représentants d'associations patronales, d'entreprises,

de groupes d'affaires et de mutuelles de prévention. C'est au nom de 72 000 employeurs de tous les secteurs d'activité économique, du domaine privé et public, que se sont prononcés ces gestionnaires, spécialistes des questions de santé et sécurité du travail.

Ainsi, pour rétablir l'équité du régime de réparation et s'attaquer à l'épineux problème de chronicité, voici les recommandations patronales :

Prévention

- Rendre obligatoire la création d'un comité de SST par employeur pour le secteur public et par établissement pour le secteur privé (plus de 50 travailleurs).
- Exiger l'adoption d'un plan d'action en SST par employeur pour le secteur public et par établissement de plus de 20 travailleurs pour le secteur privé.
- Maintenir le statu quo de la LSST (et de ses règlements) pour les employeurs des groupes prioritaires I et II.
- Modifier la LSST de façon à :
 - exclure le représentant à la prévention dans les groupes III à VI, y compris dans les chantiers de construction.
 - exclure les obligations du programme de santé pour les groupes III à VI.
 - faire les ajustements requis pour tenir compte des deux propositions précédentes.
- Maintenir les incitatifs financiers actuels.
- Maintenir les regroupements et les mutuelles de prévention et en assouplir certains aspects pour favoriser un retour plus rapide sur les investissements afin d'encourager l'adhésion des employeurs à plus faible niveau de personnalisation.

Base de salaire

- Que la LATMP soit modifiée afin de prévoir que l'évaluation de l'IRR du travailleur se fasse en trois étapes :
 - La situation actuelle pour les premiers 14 jours d'invalidité serait maintenue.
 - Pour une incapacité de plus de 14 jours et jusqu'à 180 jours, que l'IRR soit basée sur un historique de la perte de revenu annuel, selon les gains annuels réels ou moyens (en remontant jusqu'à 12 mois en arrière au besoin).
 - Pour une incapacité de plus de 180 jours, indemniser en considérant le salaire minimum annualisé comme montant d'IRR minimum.
- Que la LATMP soit assouplie afin de permettre à la CSST de pouvoir établir une base de calcul plus avantageuse lorsque les circonstances le justifient.

Cumul des prestations de retraite avec l'IRR de la CSST

- À l'instar d'autres régimes, prévoir des dispositions dans la LATMP limitant le montant et la durée de l'IRR versée lorsque le travailleur prend sa retraite.
- Que la CSST poursuive la gestion de ces dossiers comme si le travailleur était toujours au service de l'employeur pour en arriver à déterminer un emploi convenable.
- Confirmer les droits de gérance de l'employeur pour qu'il puisse offrir une assignation temporaire ou offrir un emploi convenable.

Retour au travail

- Modifier les formulaires à remplir par le médecin traitant afin que ce dernier se prononce sur les limitations fonctionnelles temporaires ou permanentes à chaque visite de façon à permettre à l'employeur d'assigner le travailleur en

tenant compte des limitations fonctionnelles inscrites sur le formulaire du médecin traitant.

- Ajouter l'assignation temporaire aux sujets sur lesquels le BEM peut se prononcer sur demande de l'employeur ou de la CSST.
- Que la LATMP soit modifiée afin de :
 - Prévoir que la production des données concernant l'APIPP et les limitations fonctionnelles obéisse à des délais distincts et modifier le rapport final afin que le médecin qui le remplit y inscrive les limitations fonctionnelles permanentes.
 - Prévoir que le REM ne doive porter que sur la détermination de l'APIPP.

Désignation d'un emploi convenable

- Que la LATMP soit modifiée afin de revoir la définition d'« emploi convenable » et pouvoir déterminer plus d'un emploi convenable : catégories d'emplois, emplois repères, etc.

Année de recherche d'emploi

- Que le principe d'un prolongement de l'IRR dans les situations prévues aux articles 48 et 49 LATMP soit maintenu, mais que la portée et les limites en soient précisées, notamment :
 - en limitant la durée du programme à 15 semaines maximum.
 - en harmonisant les conditions du programme avec celles de la Loi sur l'assurance-emploi ou des autres provinces canadiennes et en précisant les règles et les mécanismes de contrôle et de suivi.
 - en permettant à la CSST de mettre fin à l'IRR en tout temps si le travailleur ne se conforme pas aux exigences de son programme.
 - de plus, l'employeur imputable des coûts de la mesure devrait avoir le droit d'intervenir au dossier et de s'assurer que le travailleur respecte les conditions de son programme.

L'attente en chirurgie

- Que la CSST mette en place des mécanismes efficaces afin que les travailleurs accidentés puissent bénéficier des chirurgies dans des délais comparables à ceux de la population du Québec en général.
- Que la CSST analyse les modèles utilisés dans les autres provinces canadiennes afin de réduire les délais d'attente pour les chirurgies.

La physiothérapie

- Que la CSST cesse de rembourser les coûts reliés à la physiothérapie (ergothérapie et autres mesures thérapeutiques autorisées par le régime) après 30 traitements.
- Qu'après ces 30 traitements, une équipe multidisciplinaire prenne alors connaissance du dossier du travailleur et décide des suites à lui donner.
- Que la CSST exerce un contrôle et un suivi serrés en la matière.

Intégration Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et CSST

- Que soit imputé à l'employeur du travailleur victime d'un accident de la route 50 % du coût des prestations, que la SAAQ rembourse à la CSST l'autre 50 % et que des mécanismes de communication soient mis en place pour que la SAAQ dispose de toute l'information nécessaire pour fixer correctement le niveau des contributions assumées par la CSST et du fait que le propriétaire du véhicule est couvert ou non en vertu de la LATMP.

Programme Pour une maternité sans danger (PMSD)

- Peu importe le régime sous lequel sera administré le programme :
 - La liste des dangers justifiant l'application du programme devrait être revue et le niveau de risque acceptable devrait être défini.
 - L'application du programme devrait être uniforme à l'échelle du Québec.
 - Le programme devrait faire l'objet d'audits périodiques, tant dans son application que dans ses objectifs et ses résultats.
 - Que le programme PMSD soit soustrait de la LSST et intégré au régime québécois d'assurance maladie ou bien d'assurance parentale avec ses termes et ses conditions,
ou
 - Qu'à l'instar des autres provinces canadiennes, les retraits préventifs soient couverts par l'assurance-emploi.

Enfin, au niveau de l'administration du régime, des améliorations devraient être apportées en termes d'indicateurs de l'état de santé du régime de même que dans la cohérence et la transparence des décisions et processus de la Commission.

Toutes ces recommandations ont été élaborées avec rigueur et dans un esprit d'équilibre, afin d'améliorer le régime de santé et sécurité du travail pour le bénéfice autant des travailleurs que des employeurs. Elles forment un tout cohérent de mesures et il serait inadéquat de sélectionner seulement certains éléments, touchant notamment la prévention, sans mettre également les autres solutions de l'avant. Il serait d'ailleurs dommage de ne pas bénéficier du travail fait dans le cadre du Comité, dans le but de procéder aux améliorations nécessaires.

Le régime de santé et sécurité du travail au Québec est un bon système qui mérite d'être modernisé pour contribuer davantage à la prospérité du Québec. Ce fut un privilège pour nous de travailler à l'examen des enjeux auxquels il est maintenant confronté et à l'élaboration de propositions constructives à cet égard.

En terminant, nous désirons saluer nos collègues représentant la partie syndicale au sein du Comité et remercier tous ceux qui nous ont aidés dans notre tâche, notamment les organisations patronales, le personnel et la direction de la CSST, les accompagnateurs externes de la CSST auprès du président du Comité ainsi que M. Viateur Camiré lui-même.



Bernard Cliche



Claude Plamondon



Gilles Rousseau

Chapitre 7
Position syndicale

Réduire les coûts ou réduire le nombre de lésions?

Dans le cadre des travaux du groupe de travail, plusieurs propositions ont été soulevées et discutées pour ensuite être abandonnées, faute de consensus. Le président du groupe de travail a élaboré, à la lumière des échanges qui ont eu lieu au cours des 21 rencontres, ses propres recommandations. Nous entendons ici expliciter la position du groupe syndical sur les recommandations du président.

La prévention

D'entrée de jeu, il est important de réaffirmer que pour nos organisations, la prévention doit être au cœur de tout régime de santé et sécurité du travail. C'est ce que nous avons fait valoir au groupe de travail, tant dès le tout début que tout au long des travaux. Nous réitérons ce que nous affirmions dès les premières rencontres, à savoir que la prévention doit être ramenée au cœur du régime québécois de santé et sécurité du travail de manière à respecter et à intégrer les principes d'élimination des dangers dans tous le milieux de travail y associant les partenaires sociaux. Ces principes, rappelons-le, sont inscrits dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) depuis son adoption il y a déjà plus de 30 ans.

En effet, nous considérons que la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles doit se comprendre comme un droit humain inaliénable. Aucune tolérance ne doit être accordée par la législation quant à la violation de ce droit, que ce soit par négligence ou omission. Cette loi ne doit pas non plus être banalisée tant dans ses principes que dans les institutions qu'elle prévoit. Quel que soit le milieu de travail, tous les travailleurs et toutes les travailleuses ont droit au respect intégral de leur personne, aussi bien physique que psychologique. C'est un droit universel et citoyen qui procède de la dignité et du respect de la personne. En conséquence, ce droit fondamental doit guider la

politique publique que l'État doit élaborer et suivre en matière de protection des travailleurs dans le milieu de travail.

À cet égard, nous reprenons les termes de la Déclaration de Séoul¹ adoptée en juin 2008 lors du Congrès mondial sur la santé et sécurité au travail tenu sous l'égide du Bureau international du travail, de l'Association internationale de la sécurité sociale et de l'Agence coréenne pour la santé et la sécurité. S'inspirant de la promotion et de la protection des droits humains, la Déclaration indique notamment que : « La promotion d'un niveau élevé de sécurité et de santé au travail est la responsabilité de la société dans son ensemble, et que tous les membres de la société doivent contribuer à la réalisation de cet objectif en s'assurant que la priorité est donnée à la sécurité et la santé au travail dans les programmes nationaux, tout en établissant et en maintenant une culture de prévention nationale en la matière. »

Malgré les intentions et les principes à la base de la LSST, un constat s'impose, comme nous le révèlent plusieurs travaux de recherche sur la prévention, tels que ceux du professeur Marcel Simard en 1993 et 2000, ceux de 13 chercheurs universitaires québécois de haut niveau qui ont soumis au groupe de travail, en février 2010, un mémoire très étoffé² ainsi qu'un relevé effectué par la FTQ en 2009, à savoir que le Québec accuse un retard considérable quant aux mécanismes légaux et universels de prévention par rapport aux autres provinces du Canada et plusieurs juridictions aux États-Unis, à l'Australie, mais aussi à l'égard d'autres pays industrialisés membres de l'OCDE et de ceux de l'Union européenne.

¹ OIT, ISSA et KOSHA. Déclaration de Séoul sur la sécurité et la santé au travail. WWW.seouldeclaration.org. Consultée le 16 septembre 2010.

² Geneviève Baril-Gingras et autres. *Organiser la prévention de manière systématique dans tous les lieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'emploi*. Mémoire déposé au groupe de travail en février 2010.

C'est dans ce contexte qui nous montre que nous devons revenir à l'esprit et aux principes de prévention de la LSST, que nous avons soumis au groupe la proposition d'étendre à l'ensemble des travailleurs québécois les quatre mécanismes de prévention qui y sont prévus et qui n'ont pas été mis en application depuis 30 ans pour l'immense majorité des travailleurs et des travailleuses du Québec.

Notre proposition découle d'une réalité inacceptable et nous l'avons exprimé tout au long des travaux. Reprenant les termes du mémoire cité à la note 2, on y lit que : « Une faible minorité de travailleurs font partie des groupes I, II et III, couverts par tous (groupes I et II) ou une partie (groupe III) des quatre mécanismes, soit 26,1 % (notre commentaire : à savoir des travailleurs qui sont couverts en tout ou en partie par les mécanismes prévus à la loi) des travailleurs en 2000, dernière année pour laquelle ces données sont disponibles. Or, en 2008, 57,3 % des lésions professionnelles acceptées par la CSST survenaient hors des groupes I, II et III. Les emplois occupés par les femmes se trouvent en majorité hors des secteurs couverts. Les changements dans la structure industrielle augmentent la proportion des travailleurs exclus de ces mécanismes. Des résultats d'enquête indiquent que des secteurs non désignés prioritaires vivent des problèmes importants, rendant inacceptable l'inégalité des efforts de prévention exigés par la LSST. »

Cette situation exige donc un sérieux coup de barre. Nous réfutons l'opinion souvent invoquée par les organisations patronales à l'effet que l'application des mécanismes de prévention impose un fardeau « bureaucratique » aux entreprises. Il s'agit d'un discours réducteur qui ne prend certainement pas en compte les droits fondamentaux que nous évoquions précédemment. Les mécanismes appliqués avec intelligence et dans le respect des principes prévus à la LSST sont tout à fait adaptables aux réalités contemporaines des entreprises et aux valeurs sociales des salariés, que ce soit par exemple en

matière d'inspection ou de participation aux décisions et de formation concernant la santé et la sécurité du travail. De nombreux cas de figure le prouvent.

Nous ne sommes donc pas d'accord avec la recommandation soumise au rapport du président, laquelle veut limiter aux seuls travailleurs et travailleuses des groupes prioritaires I et II le droit aux quatre mécanismes de prévention prévus à la LSST. Nous considérons que la situation doit évoluer. Au cours des prochaines années, la nature des conditions de travail va continuer de changer. Nous pensons ici aux conséquences, tant au plan physique que psychologique, des nanotechnologies, des phénomènes d'épuisement professionnel, de l'intensification de nombreux processus de travail, notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que des services.

Relativement à la recommandation sur l'élaboration d'un plan d'action et la présence d'un comité de santé et de sécurité pour les groupes III, IV, V et VI, nous considérons qu'elle est d'une part très vague et, d'autre part, elle nous inquiète quant au risque de pratiquer un mode de prévention trop axé sur la conformité, même si l'on parle de plan d'action, concept qui n'a fait l'objet d'aucune réflexion en profondeur et dont on peut questionner la rigueur aux plans conceptuel et scientifique. Nous sommes particulièrement inquiets de la « note** » en bas de la page 19, qui indique que les établissements dont l'activité principale est de type « bureau » soient exclus du plan d'action et du comité de santé et de sécurité. Le terme est vague et peut inciter une foule d'établissements à se précipiter pour invoquer ce motif d'exclusion afin de ne rien faire, sans compter qu'au surplus, il prive les salariés d'un droit fondamental. Cette exclusion est un recul majeur. Qu'on le veuille ou non, des lésions et des maladies professionnelles surviennent dans ce « milieu générique » nommé « type bureau » dans le rapport, que ce soit des TMS, des expositions à des contaminants, des conditions de stress et bien d'autres causes mettant en péril la santé des travailleurs et des travailleuses.

Finalement, la recommandation du président évacue complètement l'importance de la désignation d'un représentant à la prévention, alors que cette fonction est déjà prévue à la LSST. La sécurité du travail n'est pas une simple affaire de participation et de consultation des salariés. Elle exige une implication réelle des travailleurs et, en ce sens, elle doit assurer à ces derniers qu'ils soient représentés par un de leurs pairs qui doit prendre en compte leurs intérêts et qui leur est redevable. Nous avons maintenu cette position tout au long des travaux du groupe.

La prévention et la tarification

Le mode de tarification de la CSST s'appuie en définitive sur l'expérience des réclamations associées aux activités des employeurs. Cette expérience est sensée refléter le risque. Cela a pour conséquence de faire varier le taux de prime selon les activités des employeurs. Par des mesures de prévention des lésions professionnelles, les employeurs peuvent faire diminuer cette prime. D'autres moyens sont aussi utilisés par les employeurs, notamment au titre de la gestion des dossiers d'indemnisation. Nous avons observé que cette tendance est privilégiée dans plusieurs entreprises et est poussée à sa limite, comparativement aux efforts de réelle prévention des risques, des conditions et autres facteurs d'accidents et de maladies professionnelles.

Malgré cette réserve, nous sommes d'avis que le mode actuel peut tenir compte des efforts de plusieurs employeurs qui ont mis en place de réelles mesures pour réduire les lésions. Toutefois, le mode permet aussi à d'autres employeurs de se satisfaire du minimum en matière de prévention, au mieux, de se conformer sur papier aux pratiques de prévention et de miser en priorité sur la gestion de l'indemnisation pour réduire la prime comme nous l'avons mentionné précédemment, y compris le camouflage des accidents. Nous considérons que le mode de financement doit favoriser en premier lieu et surtout les employeurs qui consacrent de réels efforts pour prévenir les lésions.

Ce que nous avons proposé visait à inciter les employeurs à améliorer les conditions d'exercice du travail, de manière à influencer directement sur l'incidence des lésions professionnelles, et ce, dans une perspective de garantir aux travailleurs un milieu de travail qui respecte leur intégrité physique et mentale. Nous nous sommes ralliés à cette idée d'étudier un mécanisme de réduction des cotisations, en autant que de véritables activités de prévention axées sur les mécanismes prévus à la LSST soient mises en place dans les établissements.

Le PMSD

Il est primordial de revenir sur l'origine et le but recherché par le Programme pour une maternité sans danger (PMSD) pour remettre les choses en perspective. Le PMSD trouve son origine dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui a pour objectif l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et des travailleuses (article 2).

Une loi doit être lue dans son ensemble et chacun de ses articles doit être interprété par rapport aux autres. Ce n'est pas un hasard si les questions visant le champ d'application de la loi ainsi que son objet se retrouvent parmi les tout premiers articles. La LSST est résolument axée sur la prévention et l'élimination des risques.

Le PMSD est un outil qui sert, entre autres, à identifier les risques dans le but de les éliminer. Il prévoit la réaffectation (40,5 % des cas en 2006) des travailleuses enceintes ou qui allaitent et qui sont exposées à ces risques et, si cela s'avère impossible, leur retrait du travail. Un employeur préoccupé par la santé et la sécurité de son personnel, une fois un risque identifié, devrait chercher à l'éliminer. En 2007, les retraits préventifs avaient pour causes principales la

présence de risques ergonomiques (51,7 %), biologiques (25 %) et chimiques (11,4 %).

Plusieurs personnes s'inquiètent de la hausse des coûts du programme, mais celle-ci s'explique. Depuis le début des années '80, on a été à même de constater une présence accrue des femmes sur le marché du travail. Souhaitable en termes d'avancement de la société, particulièrement en ces temps de besoin de main-d'œuvre, cette hausse ne peut que générer une augmentation des recours au PMSD. Nous tenons aussi à signaler que 91 % des demandes de retrait préventif proviennent des groupes prioritaires III, IV, V et VI, précisément là où les outils de prévention originellement prévus à la loi font cruellement défaut.

Si, 30 ans après l'adoption de la loi et des dispositions du PMSD, les risques identifiés sont encore présents dans les milieux de travail, il est permis de se questionner sur la volonté réelle d'agir en prévention.

La baisse du nombre de lésions professionnelles

Les statistiques démontrent une baisse importante du nombre de lésions professionnelles. Une partie de cette baisse est sûrement attribuable aux activités de prévention mises en place dans les milieux de travail. Mais une autre partie, fort importante, est la conséquence des campagnes de promotion des assignations temporaires. La CSST ne comptabilise que les jours d'indemnisation, ceux où elle doit verser des indemnités. Si la CSST tenait plutôt compte du nombre de jours durant lesquels la personne accidentée n'a pu faire son travail régulier, le portrait serait très différent. Malgré nos demandes répétées, et bien que ces informations sont inscrites au dossier de chaque bénéficiaire, la CSST n'a pu nous fournir les données sur le nombre de jours entre la date de l'accident et la date de retour au travail pré-lésionnel. Une telle lecture nous fournirait un portrait qui, bien qu'imparfait, serait plus près de la

réalité, puisqu'il annulerait l'effet de camouflage créé par les assignations temporaires.

Un autre facteur dont personne ne semble vouloir tenir compte est le nombre effarant de contestations portées devant la CLP et qui se terminent par un désistement. Bien sûr, les travailleurs y trouvent leur compte. Un mauvais arrangement vaut mieux qu'un bon procès, dit l'adage. Mais les employeurs aussi en tirent des avantages, parce que tous les frais reliés à ces réclamations ne sont pas imputés à leur bilan rétrospectif. Dans la réalité, il s'agit plutôt d'une non-déclaration, peut-être légale, mais pas nécessairement morale. Certains tentent de nous faire croire à une baisse du nombre de lésions professionnelles alors qu'ils ne font que jeter un écran de fumée dans le but de bien paraître.

La juste indemnisation

Le principe de base de la LATMP est la réparation des conséquences d'une lésion professionnelle. L'une de ces conséquences pour la personne accidentée est la perte de sa capacité de gagner un salaire. Tenter de corriger certaines iniquités ne peut qu'en créer de nouvelles. À titre d'exemple, avec la méthode actuelle de calcul pour les 14 premiers jours, les travailleurs qui ont un revenu variant de semaine en semaine (sur appel, construction, etc.), doivent se battre pour recevoir une juste indemnisation lorsque leur employeur déclare à la CSST un nombre d'heures en deçà de la réalité, dans le but de réduire ses coûts. Vouloir prolonger de 10 semaines la période durant laquelle ce mode de calcul est appliqué ne ferait qu'encourager cette pratique. Et si l'on souhaite corriger toutes les aberrations systémiques, n'oublions pas que les personnes qui gagnent un revenu dépassant le maximum assurable, vivent elles aussi une injustice.

Peu importe la méthode retenue, il y aura toujours des iniquités lorsque vient le temps de calculer le montant des indemnités à verser à une personne accidentée. La recherche de l'équité absolue est un exercice qui s'apparente au travail de Sisyphe. Bien qu'imparfait, le système actuel répond adéquatement aux besoins.

Le délai d'attente en chirurgie

Il s'agit d'une question très sensible pour nos organisations syndicales. Nos organisations considèrent que l'accès aux soins doit être universel et, en conséquence, nous nous objectons aux initiatives qui ont pour effet de privatiser les soins ou encore de favoriser des pratiques qui s'apparentent ou conduisent à une médecine à « double vitesse ».

Quant à cette recommandation, nous voulons préciser qu'en dépit de son intention d'améliorer l'accès aux soins pour les accidentés du travail, ce qui est tout à fait acceptable, cette ouverture doit être comprise dans l'ensemble de la problématique de l'accès aux soins. Si la CSST peut accélérer l'accès à la chirurgie, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les assureurs privés des grandes entreprises pour qu'elles puissent favoriser l'accès aux soins de leurs employés qui nécessitent de la chirurgie, alors qu'ils sont indemnisés par ces mêmes assureurs.

Il faut donc aborder cette question avec précaution, d'autant plus que l'effet d'une telle mesure de type « vase communicant » n'est pas à écarter. Cette recommandation nécessite d'être prudent et de bien choisir les organisations qui pourraient répondre à une telle demande de la CSST. Une chose est certaine pour nous, une telle mesure ne devra jamais accroître la place du privé. C'est déjà beaucoup trop avancé.

La physiothérapie

Nous partageons le constat à l'effet que la situation dans le dossier de la physiothérapie est préoccupante. C'est la combinaison de plusieurs facteurs qui a mené à la situation actuelle, et chacun a ses hypothèses pour l'expliquer. Nous somme nombreux à nous questionner sur la relation entre les tarifs consentis aux fournisseurs de soins et la qualité de ceux-ci. L'affirmation trop souvent entendue que : « si la CSST paye 36 \$, on va en donner au client pour 36 \$ », nous inquiète. Mais nous ne croyons pas que la solution se limite à une hausse des tarifs consentis.

Un autre facteur qui ajoute au marasme de la physiothérapie est ce que nous nommerons « l'effet business » ou la recherche de profits passe au-devant de la prestation de soins. La CSST est bien intervenue dans les cas extrêmes, les fameux 5-5-5 (5 traitements de physio, 5 d'ergo et 5 d'acuponcture par semaine), mais nous croyons que le mal est beaucoup plus profond. Le peu de disponibilité dans les cliniques de physiothérapie du secteur public (5 %) est un autre facteur important. Notre recherche d'une solution viable et durable s'est avérée infructueuse. Toutefois, nous sommes persuadés que l'imposition d'un maximum de traitements ou d'un barème standardisé n'est pas la solution. On nous suggère un maximum de 30 traitements, mais ce nombre est comme « tombé du ciel », sans justification médicale. Pourquoi pas 28 ou 35 ou 26 ou 33?

La mise en place d'un barème des soins est un exercice périlleux. Appliquons le même barème à une jeune femme âgée de 30 ans qui fait de la natation trois fois par semaine, du vélo et du ski de fond et un homme de 58 ans dont l'unique activité physique, hormis le travail, consiste à promener son chien, nécessiteront-ils le même nombre de traitements s'ils souffrent tous les deux d'une entorse lombaire? Poser la question c'est y répondre.

Quant au rapport Sécor, il arrive à un constat qui nous inquiète. À la page 116 du document présenté au Comité de gouvernance, le 15 mars 2010, on affirme que : « Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ont pour objectif le rétablissement fonctionnel complet et ils poursuivront donc le traitement jusqu'au rétablissement parfait des capacités du travailleur. Parfois ces traitements sont supérieurs à ce qui est nécessaire pour le retour au travail du travailleur; les objectifs ne sont donc pas alignés avec ceux de la CSST. »

Les consultants de Sécor n'ont évidemment pas bien compris le mandat de la CSST qui doit, entre autres, administrer l'application de la LATMP, laquelle a pour objet « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires ». Prenons pour exemple ces mêmes bonnes gens qui endommageraient leurs véhicules lors d'un accrochage. Vont-ils se contenter de le réparer *juste assez* pour pouvoir reprendre la route? Ils tenteront plutôt de le remettre dans l'état antérieur à l'accident. Comment peut-on penser qu'il puisse en être autrement lorsqu'il s'agit d'un travailleur?

L'année de recherche d'emploi et l'emploi convenable

La recherche d'un emploi est un métier en soi. En plus d'apprendre un nouveau métier, les accidentés du travail doivent faire le deuil de certaines capacités physiques ou psychologiques, de leur collectif de travail et de leur ancien emploi, et ce, sans support. Il n'est pas étonnant que bon nombre d'entre eux se retrouvent sans emploi à la fin de la période d'un an. La CSST quant à elle se contente trop souvent d'émettre un chèque aux deux semaines, ce qui bien sûr atténue les conséquences financières, mais ne constitue pas un outil à l'obtention d'un nouvel emploi.

Nous avons appris dans le cadre des travaux du comité que dans la région de Lanaudière, la CSST a mis en place un programme très sommaire mais efficace pour aider les personnes en recherche d'emploi parce que dans l'incapacité de

retourner à leur emploi pré-lésionnel. Nous pouvons difficilement nous expliquer que 25 ans après l'adoption de la LATMP, il demeure exceptionnel que de telles mesures soit mises en place. Nous souhaitons que ce processus d'accompagnement se généralise. Un resserrement des liens entre Emploi-Québec et la CSST serait aussi bénéfique. L'adaptation du programme Repères dans le but d'en faire un outil répondant mieux aux besoins de la CSST est une autre solution. Mais quelle que soit la solution retenue, chaque intervenant doit se rappeler qu'il s'agit ici de personnes fragilisées qui doivent d'abord faire plusieurs deuils avant de plonger dans le métier de chercheur d'emploi.

Les assignations temporaires

D'abord prévues dans le cadre de la réadaptation professionnelle des personnes accidentées et ayant pour objectif leur retour au travail graduel, les dispositions de l'article 179 de la LATMP ont été dénaturées et ont perdu tout leur sens. Elles sont maintenant un outil de gestion utilisé par les employeurs dans le seul et unique but de dissimuler les réclamations et ainsi réduire les coûts qui leur sont imputés. En examinant les formulaires maison utilisés par certains employeurs, il est facile de comprendre la confusion exprimée par les médecins omnipraticiens dans le mémoire qu'ils nous ont présenté. En quoi consiste au juste du « travail général de bureau »? Répondre au téléphone ou passer une journée debout devant un photocopieur? Nous sommes convaincus qu'un formulaire prescrit et, comme celui proposé par la CSST, qui contient une description détaillée du travail proposé, permettrait aux médecins traitant de prendre une décision éclairée et viendrait mettre un terme aux histoires d'horreur régulièrement portées à notre attention. Pour ce qui est de demander au médecin traitant de statuer sur des limitations fonctionnelles temporaires, il s'agit encore une fois d'une tentative pour dénaturer un concept. La question des limitations fonctionnelles temporaires a été réglée par les tribunaux il y a de cela plusieurs années. Les limitations fonctionnelles ne peuvent être définies qu'après consolidation et lorsqu'on les qualifie de temporaires (on pourrait aussi dire

préventives), il s'agit de mesures qui visent à prévenir, au moment de son retour au travail, une rechute, une récidive ou une aggravation chez un travailleur déjà consolidé.

Conclusion

La LATMP et la LSST sont deux lois complémentaires. La LSST vise la prévention par l'élimination à la source des risques présents dans les milieux de travail. Quant à elle, la LATMP vise à indemniser les travailleurs lorsque le système mis en place par la LSST ne réussit pas à atteindre ses objectifs. La LSST met en place des mécanismes de prévention qui, s'ils étaient appliqués partout, viendraient réduire le nombre de lésions mais surtout permettrait aux personnes en emploi d'effectuer leur travail sans se blesser. En fait, lorsqu'on doit se référer aux dispositions de la LATMP pour indemniser une personne accidentée, c'est un constat d'échec. S'attaquer uniquement aux coûts du régime, c'est un coup d'épée dans l'eau. Certains veulent réduire les coûts du régime, d'autres veulent gérer les risques et d'autres encore veulent nous faire croire que tout va bien.

Nous sommes convaincus que la seule solution durable est l'assainissement des milieux de travail en utilisant les outils prévus par la LSST.

Réduire les coûts ou réduire le nombre de lésions professionnelles, pour nous la question ne se pose pas. La réponse est claire.

2010-12-14

Rodrigue Chartier, CSD

Jean Dussault, FTQ

Claude Rioux, CSN

ANNEXES

ANNEXE A

Tableaux

Tableau 1
Constitution des groupes prioritaires

Groupe I	Groupe II	Groupe III
<ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment et travaux publics • Industrie chimique • Forêt et scieries • Mines, carrières et puits de pétrole • Fabrication de produits en métal 	<ul style="list-style-type: none"> • Industrie du bois (sans scierie) • Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique • Fabrication d'équipement de transport • Première transformation des métaux • Fabrication de produits minéraux non métalliques 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration publique • Industrie des aliments et boissons • Industrie du meuble et des articles d'ameublement • Industrie du papier et activités diverses • Transport et entreposage
Groupe IV	Groupe V	Groupe VI
<ul style="list-style-type: none"> • Commerce • Industrie du cuir • Fabrication de machines (sauf électriques) • Industrie du tabac • Industrie textile 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres services commerciaux et personnels • Communications, transport d'énergie et autres services publics • Imprimerie, édition et activités annexes • Fabrication de produits du pétrole et du charbon • Fabrication de produits électriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Agriculture • Bonneterie et habillement • Enseignement et services annexes • Finances, assurances et affaires immobilières • Services médicaux et sociaux • Chasse et pêche • Industries manufacturières diverses

Promulgation par règlement des mécanismes de prévention

Règlements	Groupes prioritaires					
	I	II	III	IV	V	VI
Règlement sur le programme de prévention Entrée en vigueur	1982-07-03	1983-05-14	1985-03-23			
Règlement sur les services de santé au travail Entrée en vigueur	1982-07-03	1983-05-14	1985-03-23			
Règlement sur les comités de santé et de sécurité du travail Entrée en vigueur	1983-10-22	1983-10-22				
Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement Entrée en vigueur	1984-09-08	1984-09-08				

Tableau 2

**Données sur les travailleurs couverts,
les lésions acceptées avec perte de temps et les décès acceptés**

Année de lésion	Estimation des travailleurs couverts ¹	Lésions acceptées avec perte de temps ²	Décès acceptés accidents ³	Décès acceptés maladies ³	Décès acceptés total ³
1982	1 950 400	159 288	n/d	n/d	n/d
1983	2 008 515	160 796	n/d	n/d	n/d
1984	2 032 086	176 001	n/d	n/d	n/d
1985	2 170 499	194 377	n/d	n/d	n/d
1986	2 216 098	213 366	n/d	n/d	n/d
1987	2 412 512	216 724	n/d	n/d	n/d
1988	2 452 161	218 057	n/d	n/d	n/d
1989	2 468 732	218 708	197	66	263
1990	2 401 359	204 734	192	92	284
1991	2 235 610	178 689	162	77	239
1992	2 369 519	146 405	132	91	223
1993	2 365 765	135 411	131	82	213
1994	2 477 480	135 482	142	76	218
1995	2 538 058	129 926	133	93	226
1996	2 597 538	119 633	101	95	196
1997	2 637 932	117 407	108	92	200
1998	2 692 257	116 060	134	74	208
1999	2 730 345	116 797	95	69	164
2000	2 823 366	119 135	107	73	180
2001	2 877 400	112 887	94	86	180
2002	2 950 800	110 244	109	79	188
2003	2 978 100	107 160	87	88	175
2004	3 016 200	104 309	85	91	176
2005	2 043 600	99 067	105	118	223
2006	3 079 400	93 886	113	93	206
2007	3 136 800	87 188	82	125	207
2008	3 158 000	83 900	92	103	195
2009	3 125 700	72 377	62	123	185

¹ Source : Rapports annuels de la CSST

² Lésions entraînant une perte de temps survenues durant l'année de référence (ou diagnostiquées/signalées dans le cas de maladie) et qui ont été admises à l'indemnisation durant l'année de référence ou la période de 3 mois suivant immédiatement l'année de référence.
Source : ACATC

³ Décès reliés à une lésion professionnelle dont la date d'inscription de l'acceptation se situe entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année de référence. Avant 1989, les données n'étaient pas compilées selon cette définition. Source : CSST

Tableau 3

**Taux moyens provisoires de cotisation en 2009
relatifs aux coûts d'indemnisation**

Province	Taux moyens de cotisation (\$) (1)
Alberta	1,00
Ontario	1,01
Saskatchewan	1,24
Colombie-Britannique	1,25
Manitoba	1,32
Nouveau-Brunswick	1,41
Québec	1,41
Territoires du Yukon	1,72
Nouvelle-Écosse	1,72
Terre-Neuve-Labrador	1,86
Île-du-Prince-Édouard	1,89

- 1) Ventilation des taux moyens provisoires de cotisation 2009
Source : ACATC

Annexe B

Bibliographie

Bibliographie

Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST)

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion 2006*, [Montréal], CSST, 2007, 144 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion 2007*, [Montréal], CSST, 2008, 148 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion 2008*, [Montréal], CSST, 2009, 148 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles 2008*, [Montréal], CSST, 2009, 155 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles 2007*, [Montréal], CSST, 2008, 155 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles 2006*, [Montréal], CSST, 2007, 155 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. DIRECTION DE LA COMPTABILITÉ ET DE LA GESTION DE L'INFORMATION. SERVICE DE LA STATISTIQUE. *Pour une maternité sans danger, Statistiques 2005-2008*, [Montréal], CSST, 2010, 56 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC. DIRECTION DE LA COMPTABILITÉ ET DE LA GESTION DE L'INFORMATION. SERVICE DE LA STATISTIQUE. *La CSST en bref 2009*, [Montréal], CSST, 2009, 28 p.

SECOR. *Optimisation de la gestion et de la prévention de la chronicité : rapport*, [Montréal], 2010, 154 p.

Canada

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, ASPC, 2008, 336 p.

ASSOCIATION DES COMMISSIONS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DU CANADA (ACATC). *Une source nationale sur les accidents du travail*, [En ligne]. <http://www.awcbc.org/fr/> (page consultée le 15 novembre 2010).

SANTÉ CANADA. *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2000, 152 p.

ONTARIO. WORKPLACE SAFETY & INSURANCE BOARD. Recommendations for Experience Rating for Discussion with Stakeholders, [Toronto], Morneau Sobeco, 2008, 27 p.

WORKSAFE BC. Partners Program (COR), [En ligne]. http://www.worksafebc.com/insurance/partners_program (page consultée le 15 novembre 2010).

Autres

FROHLICH, KATHERINE, ET AUTRES. Les inégalités sociales en santé au Québec, Montréal, Les presses de l'Université de Montréal, 2008, 408 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL. Santé et sécurité au travail : politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, 289 p.

QUÉBEC. Loi sur la santé et la sécurité du travail : L.R.Q., c. S-2.1, dernière modification : 18 juin 2009, à jour au 15 septembre 2009, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2008, vi, 72, xii p.

QUÉBEC. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles : L.R.Q., c. A-3.001, dernière modification : 18 juin 2009, à jour au 22 septembre 2009, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2009, viii, 149, xviii p.

SIMARD, Marcel. Étude des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada, Montréal, Université de Montréal, 2000, 21 p.

Annexe C

Liste des abréviations

Liste des abréviations

ACATC	Association des commissions des accidents du travail du Canada
ASP	Association sectorielle paritaire
BEM	Bureau d'évaluation médicale
CAT	Commission des accidents du travail
CALP	Commission d'appel en matière de lésions professionnelles
CLP	Commission des lésions professionnelles
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
IRR	Indemnité de remplacement du revenu
LAA	Loi sur l'assurance automobile
LAT	Loi sur les accidents du travail
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
PMSD	Programme Pour une maternité sans danger
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec

