



**Rapport à l'Assemblée nationale
pour l'année 1997-1998**

TOME I

CHAPITRE 5

**Indemnisation et réadaptation
des victimes de lésions professionnelles**

**Vérification menée
auprès de la Commission
de la santé et de la sécurité du travail**

TABLE DES MATIÈRES

	FAITS SAILLANTS	5.1
	VUE D'ENSEMBLE	5.11
	OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	5.18
	RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	
	Admissibilité des réclamations	5.25
	Suivi de l'évolution du travailleur en indemnisation et en réadaptation	
Vérification menée par	Interventions de l'agent d'indemnisation	5.36
Jacques Henrichon	Interventions du médecin en région	5.46
Vérificateur général adjoint	Traitements de physiothérapie	5.51
Laurent Lapointe	Interventions du conseiller en réadaptation	5.55
Directeur de vérification	Données de base servant au calcul des indemnités	5.70
Lise Caron	Protection personnelle	5.78
Dominique Carrier	Travailleurs associés au travail au noir	5.89
Liette Gaudreault	Reddition de comptes	5.93
Carole Gosselin	Reddition de comptes à l'interne	5.94
Michel Harvey	Rapport annuel d'activité	5.95
Jacques Lessard		

Les commentaires de la Commission apparaissent à la fin du présent chapitre.

Faits saillants

5.1 La Commission de la santé et de la sécurité du travail (la Commission) indemnise les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle et elle leur fournit l'assistance médicale et la réadaptation nécessaires afin de viser le retour à l'autonomie ou la réintégration au marché du travail. Pour réaliser son mandat, elle compte sur un effectif total de 3 800 employés. La Commission reçoit annuellement quelque 170 000 nouvelles réclamations et elle verse environ 1 milliard de dollars en indemnités et en frais (remplacement du revenu, assistance médicale, réadaptation, dommages corporels et décès). Pour financer ses activités, elle perçoit des cotisations des employeurs inscrits à son régime de santé et de sécurité du travail.

5.2 Dans le cadre de ce mandat, nous avons vérifié que la Commission gère les activités relatives à l'indemnisation et à la réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles de façon qu'ils puissent, dans la mesure du possible, retourner rapidement au travail. Pour ce faire, nous avons principalement examiné si les gestes posés par les différents agents, médecins ou conseillers sont basés sur une information pertinente, complète et obtenue en temps opportun. Nous avons donc analysé une centaine de dossiers de travailleurs victimes de lésions professionnelles entre le 1^{er} janvier 1996 et le 30 septembre 1997. Étant donné la méthode d'échantillonnage utilisée, nous n'extrapolons pas nos résultats à l'ensemble des réclamations présentées à la Commission. Plus des trois quarts des dossiers examinés touchaient des cas ayant une durée de plus de 100 jours et ils comportaient des facteurs de complexité. Compte tenu de l'importance et des particularités de l'aspect médical, nous avons examiné les dossiers en collaboration avec un consultant du domaine de la médecine du travail. Nous nous sommes également attardés à la reddition de comptes de la Commission afin de nous assurer de sa qualité. Nos travaux ont pris fin le 13 mars 1998.

5.3 Dans un dossier examiné sur deux, l'information consignée est insuffisante pour accepter la réclamation, ce qui rend l'admissibilité discutable dans plusieurs cas. Il va sans dire qu'une investigation supplémentaire n'aurait pas nécessairement entraîné le refus de ces réclamations pour lesquelles la Commission a versé 797 644 dollars en indemnités et en frais d'assistance médicale sur un total échantillonné de 1 847 747 dollars. Pour ce qui est des dossiers de protection personnelle examinés, la Commission n'a pas fait preuve d'assez de vigilance avant de reconnaître l'admissibilité d'une réclamation. Ce sont 126 375 dollars sur un échantillon total de 138 753 dollars qui ont été versés alors que l'admissibilité était douteuse.

5.4 De plus, dans certains cas, l'information consignée au dossier ne permet pas de conclure que les interventions en indemnisation et en réadaptation assurent, dans la mesure du possible, un prompt retour au travail des victimes de lésions professionnelles. En effet, l'agent d'indemnisation n'effectue pas systématiquement un suivi judicieux de la situation du travailleur et il ne réagit pas toujours correctement devant l'information qui lui est accessible. En outre, il ne s'en rapporte pas toujours aux médecins de la Commission quand il le faudrait, faute de critères suffisants qui lui indiqueraient à quel moment consulter.

5.5 Il est également difficile de suivre l'évolution de l'état de santé du travailleur et de juger de sa capacité à retourner au travail à partir des notes médicales, puisque le médecin de la Commission ne réclame pas systématiquement du médecin traitant toutes les informations pertinentes.

5.6 Au chapitre de la physiothérapie, la Commission assume annuellement environ 50 millions de dollars mais les agents d'indemnisation et les médecins de la Commission ne suivent pas d'assez près ce secteur. C'est ainsi que notre échantillonnage a révélé qu'en moyenne 68 traitements étaient administrés aux travailleurs, sans pour autant que leur pertinence soit toujours étayée dans le dossier lorsque la Commission constate un nombre élevé de traitements suivis.

5.7 Par ailleurs, les interventions des conseillers en réadaptation ne mènent pas forcément aux solutions les plus appropriées. En effet, l'évaluation des possibilités professionnelles du travailleur en vue de lui déterminer un emploi convenable manque parfois de rigueur. En outre, il arrive que le choix de cet emploi ne repose pas sur une analyse suffisamment approfondie, y compris l'établissement d'un rapport coûts-bénéfices. Enfin, en certaines occasions, le conseiller tarde trop à traiter le dossier.

5.8 Plusieurs des lacunes relatives à l'admissibilité ainsi qu'au suivi insuffisant en indemnisation et en réadaptation dépendent en partie du manque de supervision des agents, des médecins en région et des conseillers puisque les indicateurs utilisés portent surtout sur le volume des opérations. Par conséquent, outre le manque de rigueur quant à l'admissibilité de certaines réclamations, sans démarches actives en cours de suivi auprès des travailleurs, des employeurs et des médecins traitants, il se peut que le règlement du dossier soit indûment retardé et que le retour en emploi soit compromis. Par voie de conséquence, la Commission assume des frais additionnels en indemnités de remplacement du revenu et en frais d'assistance médicale.

5.9 En outre, certains travailleurs associés au travail au noir de même que les employeurs qui les embauchent échappent au contrôle de la Commission puisque les preuves de rémunération ne sont pas exigées systématiquement. Ainsi, il est possible que la Commission indemnise indûment certains travailleurs. De plus, lorsqu'un travailleur clandestin (au noir) est détecté, la Commission ne transfère pas l'information aux personnes responsables du financement qui s'assureraient que l'employeur a acquitté sa juste cotisation.

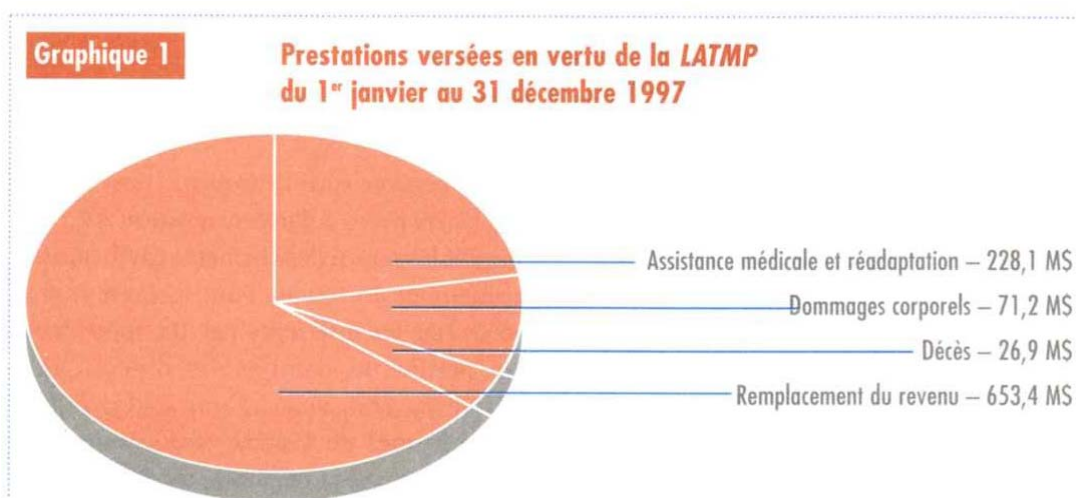
5.10 Enfin, la reddition de comptes, tant à l'interne qu'à l'externe, n'indique pas de façon exhaustive si les interventions en indemnisation et en réadaptation ont été effectuées selon les attentes de la Commission.

Vue d'ensemble

5.11 La Commission de la santé et de la sécurité du travail (la Commission) administre notamment la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* (L.R.Q., c. A-3.001) entrée en vigueur le 19 août 1985. Elle a principalement pour objets l'indemnisation, l'assistance médicale et la réadaptation des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle pour les aider à retrouver leur autonomie ou à réintégrer le marché du travail.

5.12 Pour remplir son mandat, la Commission compte sur un effectif total de 3 800 employés permanents et occasionnels répartis entre le bureau principal de Québec, le centre administratif de Montréal et les 21 directions régionales. Elle relève d'un conseil d'administration dont le président est d'office le chef de la direction générale. Après consultation des associations patronales et syndicales les plus représentatives, les employeurs et les travailleurs délèguent chacun sept membres qui seront désignés par le gouvernement pour former le conseil d'administration.

5.13 Chaque année, la Commission verse, en vertu de la *LATMP*, environ 1 milliard de dollars en indemnités de remplacement du revenu, de dommages corporels et de décès ainsi qu'en frais d'assistance médicale et de réadaptation (graphique 1). La Commission reçoit annuellement quelque 170 000 nouvelles réclamations. Selon les données actuarielles de la Commission, seulement environ 12 p. cent des réclamations portent sur une période d'indemnisation supérieure à 60 jours, mais elles entraînent 85 p. cent des déboursements.



5.14 Pour financer ses activités, la Commission perçoit des cotisations des employeurs inscrits à son régime de santé et de sécurité du travail. De ce côté, elle subit des pressions pour que les coûts du régime soient maintenus le plus bas possible. De l'autre côté, les travailleurs exigent le maximum de services.

5.15 Sur le plan pratique, les demandes d'indemnisation sont traitées par les agents d'indemnisation qui établissent, à partir de critères d'appréciation, l'admissibilité d'une blessure ou d'une maladie professionnelle ainsi que les montants auxquels les réclamants ont droit. Le médecin traitant choisi par le travailleur joue un rôle capital tout au long du processus d'indemnisation puisque la Commission est liée par les recommandations de ce professionnel. La *LATMP* précise d'ailleurs l'information médicale qui doit être transmise à la Commission. Les médecins de la Commission qui travaillent en région agissent à titre de conseillers auprès des agents d'indemnisation et ils interviennent notamment lors du suivi médical et de la validation des rapports d'évaluation médicale. Ce rapport, produit par un médecin extérieur à la Commission, établit le bilan des séquelles et les limitations fonctionnelles du travailleur.

5.16 Dans certains cas, la Commission recourt aux services d'experts médicaux indépendants afin de confirmer des éléments relatifs à la lésion, notamment le diagnostic et la date prévue de consolidation, c'est-à-dire la guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle après laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur n'est prévisible. Par la suite, les agents d'indemnisation dirigent les victimes admissibles vers un conseiller en réadaptation. Celui-ci prépare alors un plan personnalisé qui détermine les activités et les ressources nécessaires à la réadaptation. Il assiste également la personne dans sa démarche de réadaptation.

5.17 Si la décision rendue par la Commission est jugée insatisfaisante par le travailleur ou l'employeur, l'un et l'autre disposent de 30 jours pour la contester. Si l'une des parties est encore insatisfaite, elle peut en appeler devant la Commission des lésions professionnelles auparavant nommée Commission d'appel en matière de lésions professionnelles.

Objectifs et portée de notre vérification

5.18 Notre vérification avait pour but de nous assurer que la Commission de la santé et de la sécurité du travail gère les activités relatives à l'indemnisation et à la réadaptation des travailleurs victimes de lésions professionnelles de façon qu'ils puissent, dans la mesure du possible, retourner rapidement au travail. Pour ce faire, nous avons principalement examiné si les gestes posés par les différents agents, médecins ou conseillers sont basés sur une information pertinente, complète et obtenue en temps opportun, et ce, avec un souci d'économie et d'efficacité. Nous avons donc analysé une centaine de dossiers de travailleurs victimes de lésions professionnelles entre le 1^{er} janvier 1996 et le 30 septembre 1997. Étant donné la méthode d'échantillonnage utilisée, nous n'extrapolons pas nos résultats à l'ensemble des réclamations présentées à la Commission.

5.19 Au cours de la période vérifiée, celle-ci a reçu quelque 300 000 nouveaux dossiers qui ont entraîné des déboursements de l'ordre de 520 millions de dollars en indemnités de remplacement du revenu et de dommages corporels ainsi qu'en frais d'assistance médicale et de réadaptation. Nous avons volontairement exclu de notre vérification les accidents ou maladies ayant entraîné le décès parce que le risque d'erreur est faible dans les circonstances. Compte tenu de l'importance et des particularités de l'aspect médical, l'examen des dossiers a été effectué en collaboration avec un consultant du domaine de la médecine du travail.

5.20 Notre vérification a porté principalement sur l'information consignée dans les dossiers concernant l'admissibilité au régime, l'indemnisation et la réadaptation, y compris le suivi médical. Compte tenu qu'un petit nombre (12 p. cent) de dossiers correspond à un montant élevé (85 p. cent) de dépenses, plus des trois quarts des dossiers examinés touchaient des cas ayant une durée de plus de 100 jours et ils comportaient des facteurs de complexité.

5.21 Nous nous sommes également attardés à la reddition de comptes de la Commission afin de nous assurer de sa qualité. Dans l'exécution de nos travaux qui ont pris fin le 13 mars 1998, nous avons visité trois directions régionales qui représentent à elles seules près de 18 p. cent de la clientèle de la Commission.

Résultats de notre vérification

5.22 Depuis 1993, la Commission a mis en place l'approche du maintien du lien d'emploi. Cette approche se caractérise par une prise en charge rapide du travailleur et par la collaboration entre les différents partenaires qui participent à la recherche de solutions en vue du retour au travail. De plus, les programmes d'amélioration continue en matière médicale et en réadaptation ont permis de préciser différents thèmes jugés prioritaires, telles l'intervention des médecins et des conseillers en réadaptation ainsi que la notion d'emploi convenable. À cela s'ajoutent des travaux de la Direction de la vérification interne, au sein des directions régionales, qui ont surtout porté sur la conformité du traitement des dossiers avec les énoncés de politique et les directives de la Commission.

5.23 Au cours des deux dernières années, la Commission a également effectué une analyse des dossiers complexes et de longue durée. Cet exercice avait principalement pour but d'aider les agents, les médecins et les conseillers à comprendre et à gérer ce type de dossiers. Prenant conscience que ses façons de faire pouvaient prolonger indûment le traitement de certains dossiers, la Commission a amorcé un virage en vertu duquel les réclamations qui risquent d'entraîner des coûts élevés et de longue durée sont traitées selon un mode personnalisé.

5.24 Nos travaux indiquent certaines lacunes dans les activités d'indemnisation et de réadaptation.

Admissibilité des réclamations

5.25 La *LATMP* définit une lésion professionnelle comme une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, y compris la rechute, la récurrence ou l'aggravation. Pour qu'une blessure soit présumée lésion professionnelle, il faut qu'elle se produise sur les lieux du travail au moment où le travailleur exécute son travail. De même, le travailleur atteint d'une maladie professionnelle mentionnée en annexe à la loi n'a qu'à démontrer qu'il a exercé un travail associé à l'une de ces maladies pour bénéficier de la même présomption. Dans tous les autres cas, le travailleur doit, pour être admissible, démontrer que la lésion a été subie par le fait ou à l'occasion du travail. L'admissibilité est donc importante car elle ouvre droit à tous les bénéfices prévus par la loi. En effet, lorsque le travailleur est jugé admissible, il est indemnisé pour la perte de revenus et les frais que lui occasionne sa lésion.

Dans un dossier examiné sur deux, l'information consignée est insuffisante pour accepter la réclamation, ce qui rend l'admissibilité discutable dans plusieurs cas.

5.26 Dans un dossier examiné sur deux, l'information consignée est insuffisante pour accepter la réclamation, ce qui rend l'admissibilité discutable dans plusieurs cas. Il va sans dire qu'une investigation supplémentaire n'aurait pas nécessairement entraîné le refus de ces réclamations pour lesquelles la Commission a versé 797 644 dollars en indemnités et en frais d'assistance médicale sur un total échantillonné de 1 847 747 dollars. Par ailleurs, ces déboursments constituent un minimum puisque certains dossiers ne sont pas fermés.

5.27 Dans certains cas, l'admissibilité est accordée sur la base de la présomption, même si la Commission n'est pas certaine que les conditions pour en bénéficier sont respectées. Dans d'autres cas, cette présomption est confirmée en dépit du fait que toutes les conditions ne sont pas remplies. Par exemple, la Commission accepte un accident du travail comme étant une blessure présumée en ce qui concerne un individu qui glisse sur le plancher de la station-service où il travaille en revenant de la salle d'eau située à l'extérieur de l'établissement. Le principe selon lequel le travailleur doit être en train d'exécuter son travail n'est certes pas respecté et la Commission n'a pas exigé que le travailleur démontre que la lésion était une blessure survenue à l'occasion ou par le fait d'un accident du travail.

5.28 Quand le travailleur doit faire la preuve que sa lésion est d'origine professionnelle, la description du fait accidentel est trop souvent imprécise. Pourtant, la compréhension des circonstances de l'accident est essentielle pour que l'agent d'indemnisation puisse prendre une décision quant à l'admissibilité. De plus, il arrive que l'événement ne soit pas suffisamment corroboré par l'employeur, le travailleur et les témoins. Enfin, si nécessaire, la relation de cause à effet entre l'événement et la lésion n'est pas toujours démontrée par le médecin de la Commission qui travaille en région. Parfois, la pièce au dossier ne porte que la mention « médicalement acceptable », alors que plus de précisions auraient été nécessaires.

5.29 L'exemple qui suit illustre à quel point la description d'un fait accidentel peut être confuse. L'accident est ainsi décrit : « En marchant pour aller à sa machine, ça lui a donné comme un coup. » Plus loin, les notes indiquent : « Il fallait qu'il monte une marche pour mettre le bois dans sa machine. Il était comme débalancé et c'est à ce moment qu'il a ressenti une douleur. » Par la suite, on mentionne : « Il est allé prendre sa pause et en se relevant, il a comme bloqué. » Enfin, l'agent rapporte : « En soulevant un paquet de bois, pas capable... » Ces versions multiples d'un même fait ne peuvent guère aider à comprendre comment s'est réellement produit l'accident.

5.30 Une situation inhabituelle devrait inciter l'agent d'indemnisation à consulter différentes ressources : inspecteur, médecin de la Commission en région, etc. Pourtant, il arrive que l'agent ne demande pas conseil et qu'il accepte une réclamation sans trop s'interroger.

5.31 Certaines maladies professionnelles sont acceptées sans certitude que le mal est caractéristique du travail exercé. Par exemple, un diagnostic d'épicondylite (*tennis elbow*) est établi pour un travailleur qui manipule une caméra à distance à l'aide d'une manette. Le médecin de la Commission a été tenu à l'écart et les renseignements versés au dossier ne permettent pas d'établir que l'apparition de la maladie était due aux facteurs de risque connus, à savoir : force de préhension exagérée des doigts, répétition de mouvements déterminés, posture contraignante et temps de repos insuffisant. Malgré tout, la Commission accepte cette réclamation mais elle convient, après coup, qu'elle aurait pu la refuser. Les coûts relatifs à ce dossier s'élèvent à 30 754 dollars.

5.32 Même lorsque cela s'impose, la Commission ne fait pas toujours une analyse rigoureuse avant d'admettre une lésion professionnelle si l'employeur ne conteste pas la réclamation et s'il s'agit d'une entreprise de grande envergure. Cependant, il ne faudrait pas en déduire d'emblée que la réclamation est effectivement recevable.

5.33 Par ailleurs, il semble que les agents ne consultent pas suffisamment les énoncés de politique et les directives émises sur le sujet, bien qu'il soit très simple de s'y référer. De plus, les notions relatives à l'admissibilité seraient mal comprises. Enfin, la supervision du travail des agents devrait être améliorée. En effet, ce contrôle porte principalement sur des indicateurs quantitatifs (par exemple le taux de refus par équipe) ; de cette manière, il est plus difficile de repérer et de corriger les erreurs de traitement de l'admissibilité.

5.34 De plus, il se peut que les agents d'une même région ou de régions différentes ne s'appuient pas tous sur les mêmes règles pour statuer si un cas est recevable ou non. Une telle souplesse peut avoir un effet d'entraînement sur les travailleurs et faire augmenter le nombre de réclamations discutables. L'équité est donc en jeu entre les victimes.

5.35 Nous avons recommandé à la Commission

- de fournir aux agents la formation nécessaire pour qu'ils assimilent les notions relatives à l'admissibilité ;
- d'améliorer la supervision des agents d'indemnisation afin de s'assurer qu'ils recueillent l'information pertinente pour justifier l'admissibilité.

Suivi de l'évolution du travailleur en indemnisation et en réadaptation

Interventions de l'agent d'indemnisation

5.36 Le contrôle du respect des droits et des obligations de l'employeur, du travailleur et du médecin traitant, ainsi que celui de la qualité de l'information médicale, relève en grande partie de l'agent d'indemnisation. Celui-ci suit le cheminement du dossier et il autorise le versement des indemnités de remplacement du revenu. Ses interventions doivent être effectuées au moment opportun et il lui faut obtenir l'information et l'assistance nécessaires pour mettre en œuvre les mesures de retour en emploi et favoriser la consolidation.

5.37 Tout d'abord, afin d'atteindre l'objectif de la Commission qui est d'« agir... là où ça compte », il est primordial de dresser notamment la liste complète des risques associés à la situation du travailleur. Par exemple, l'agent peut traiter en priorité les dossiers des travailleurs qui risquent davantage de perdre leur emploi, dont les antécédents sont nombreux et chez qui la lésion est vertébrale. Par la suite, pour favoriser le maintien du lien d'emploi, la Commission met l'accent le plus tôt possible sur l'intervention auprès du travailleur. Le rôle de l'agent est de s'assurer que le travailleur, son employeur et son médecin traitant recherchent ensemble le meilleur moyen de favoriser le retour au travail, provisoire ou permanent. En outre, dès que le besoin s'en fait sentir, les agents peuvent faire appel aux compétences des inspecteurs, des médecins en région et des conseillers en réadaptation. Cette mobilisation des ressources peut favoriser l'apport de solutions aux dossiers comportant plus de risques et elle doit prendre la forme d'un plan d'action qui énumère les objectifs poursuivis, les moyens préconisés, les responsabilités de chacun et l'échéancier.

Les informations versées dans plus de la moitié des dossiers examinés ne nous assurent pas que l'agent d'indemnisation effectue un suivi judicieux de la situation du travailleur.

5.38 Toutefois, les informations versées dans plus de la moitié des dossiers examinés ne nous assurent pas que l'agent d'indemnisation effectue un suivi judicieux de la situation du travailleur, tant en ce qui a trait à son état de santé qu'à sa capacité de reprendre le travail.

5.39 L'agent ne fait pas le suivi de tous les dossiers afin de planifier différentes mesures de retour à l'emploi, telle que l'assignation temporaire sous forme de travaux légers, d'horaire modifié ou d'adaptation du poste de travail. En effet, faute de demander l'information nécessaire, il n'a pas une vue d'ensemble de la situation du travailleur qui tiendrait compte des risques, ce qui lui permettrait de s'adapter à chaque cas. Par ailleurs, il arrive que l'agent ne communique pas avec l'employeur ou qu'il le fasse tardivement. Par exemple, au cours d'une conversation téléphonique, l'employeur d'un bûcheron prévient l'agent que des travaux légers ne seront disponibles qu'en mai, après le dégel. Malgré cette information, l'agent ne fait pas d'autre démarche. Aucune solution provisoire de retour au travail n'a donc pris forme.

5.40 Parfois, l'agent se borne à demander au travailleur quelles sont les dates du dernier et du prochain rendez-vous médical. Pourtant, il devrait s'informer des relations que le travailleur entretient avec son employeur, de son moral, de son état de santé, des activités qui lui sont redevenues possibles, etc.

5.41 Dans certains cas, l'agent ne réagit pas correctement devant l'information qui lui est acheminée. Par exemple, la Commission accepte une réclamation pour une blessure à la cheville droite. Par la suite, les diagnostics médicaux alternent entre une entorse à la cheville gauche et à la cheville droite. Mais ce n'est pas tout : selon les rapports de physiothérapie, le travailleur est plutôt traité pour les deux chevilles. Enfin, le rapport médical final consolide la blessure à la cheville gauche. Or, l'agent n'a jamais jugé bon d'éclaircir cet imbroglio.

5.42 Dans le même ordre d'idées, un pilote d'avion qui accepte des contrats d'épandage est indemnisé par la Commission pour une blessure à la main. Il effectue un voyage de pêche en compagnie de ses enfants. Même si l'agent sait qu'ils se transportent en hydravion, il ne cherche pas à savoir si c'est lui qui a piloté l'appareil. Dans l'affirmative, il y aurait lieu de se demander si le travailleur n'aurait pas pu reprendre son travail.

5.43 Par ailleurs, lorsque plusieurs personnes – conseiller en réadaptation, médecin, ergothérapeute, avocat – sont parties prenantes à un dossier, il est davantage nécessaire d'établir un plan d'action, ne serait-ce que pour coordonner les actions. Or, nous n'avons pas trouvé la preuve qu'un tel plan existe dans 55 p. cent des cas où cela s'imposait.

5.44 La Commission n'a pas établi suffisamment de critères qui orienteraient les consultations de l'agent auprès du bureau médical. Il serait pourtant souhaitable de s'interroger lorsque la durée de consolidation est anormale, que la date prévue est dépassée ou modifiée ou que le diagnostic est changé. Par conséquent, les agents ne s'en rapportent pas toujours au médecin quand il le faudrait. Par exemple, nous avons relevé le cas d'une journaliste qui s'est infligé une tendinite au coude et à l'épaule. Bien que ce dossier ait été ouvert neuf mois auparavant, qu'il contienne plusieurs modifications de diagnostic et que l'employeur ait contesté la décision, l'agent n'a pas jugé bon de consulter le bureau médical.

Les agents ne s'en rapportent pas toujours au médecin quand il le faudrait.

5.45 Le rapport d'évaluation médicale sert à établir le montant d'indemnité pour dommages corporels. Ainsi, il faut, lorsque nécessaire, qu'il soit révisé par le bureau médical, ce qui n'est généralement pas le cas dans l'une des trois régions visitées.

Interventions du médecin en région

5.46 Le médecin de la Commission en région doit analyser et gérer l'information médicale versée dans les dossiers qui lui sont soumis. Tout au long du traitement, il veille à ce que cette information soit pertinente et valide. De plus, il doit collaborer avec le médecin traitant du travailleur pour favoriser le retour au travail.

Dans 31 p. cent des dossiers examinés, il est difficile de suivre l'évolution de l'état de santé du travailleur et de juger de sa capacité de retourner au travail à partir des notes médicales.

5.47 Dans 31 p. cent des dossiers examinés, il est difficile de suivre l'évolution de l'état de santé du travailleur et de juger de sa capacité de retourner au travail à partir des notes médicales.

5.48 En effet, particulièrement dans deux régions sur trois, le médecin de la Commission ne réclame pas toujours au médecin traitant toutes les informations qui lui permettraient de bien comprendre l'évolution du dossier. De plus, certains médecins n'expliquent que très peu leurs avis, précisant même qu'ils ne notent pas systématiquement leurs interventions dans le dossier. Par exemple, un travailleur se blesse le 23 avril 1996, ce qui entraîne une section partielle d'un tendon de la main. Une semaine après la consolidation qui survient le 21 mai 1996, un diagnostic de tendinite à l'épaule s'ajoute au premier. Malgré cette nouvelle information, le médecin de la Commission ne communique pas avec le médecin traitant pour obtenir les notes cliniques des premières consultations, ce qui aurait pourtant pu confirmer ce nouveau diagnostic. Selon lui, le travailleur aura, par réflexe, retiré violemment son bras au moment de l'accident, ce qui aura causé le traumatisme à l'épaule. Il se peut fort bien que cette supposition soit exacte mais il n'en demeure pas moins que les deux diagnostics sont séparés dans le temps et que cette déchirure à l'épaule a prolongé l'arrêt de travail de plusieurs mois.

5.49 Par ailleurs, dans les trois régions visitées, la Commission ne consulte pas suffisamment ses médecins quand vient le moment de chercher une solution provisoire de retour au travail qui serait acceptable médicalement. De plus, si le diagnostic est modifié ou si la période de consolidation est anormale, le médecin de la Commission pourrait proposer au médecin traitant de recourir à un expert pour statuer sur l'état du travailleur et sur le choix des traitements à administrer.

5.50 Dans un cas, le travailleur a été déclaré invalide sans que l'information versée au dossier le justifie. Le rapport d'évaluation ne faisait aucunement mention d'invalidité mais seulement de limitations fonctionnelles importantes, ce qui laissait au travailleur des capacités qui lui auraient peut-être permis d'occuper tout de même un emploi. Pourtant, le médecin de la Commission s'est contenté d'une confirmation verbale de l'invalidité de la part du spécialiste, sans en verser les explications au dossier.

Traitement de physiothérapie

5.51 La Commission assume annuellement 50 millions de dollars au chapitre de la physiothérapie offerte aux victimes de lésions professionnelles. D'après les données disponibles, près de 41 000 lésions professionnelles survenues en 1996 ont donné lieu à ce genre de thérapie dont environ 21 p. cent requéraient plus de 50 traitements. Certains médecins en région affirment pourtant qu'un nombre excessif de traitements peut entraver la guérison d'un individu : il faudrait donc s'assurer qu'ils sont tous nécessaires. Fait à noter, la proportion des lésions exigeant plus de 50 traitements varie de 10,1 à 34,5 p. cent selon les régions.

5.52 Les agents d'indemnisation et les médecins de la Commission ne suivent pas d'assez près le secteur de la physiothérapie. Même si les rapports d'étape sont généralement versés au dossier, l'agent devrait se référer au médecin quand il constate un nombre élevé de traitements suivis et lui demander d'en confirmer la pertinence. Or, même quand l'agent le consulte, le médecin s'abstient généralement de tout commentaire à cet égard, en dépit du fait que sa description de tâches comporte expressément cette fonction. C'est ainsi que notre échantillonnage a révélé que, en moyenne, 68 traitements étaient administrés aux travailleurs.

Les agents d'indemnisation et les médecins de la Commission ne suivent pas d'assez près le secteur de la physiothérapie.

5.53 Par ailleurs, l'agent ne vérifie pas que l'absence du travailleur à un traitement de physiothérapie est justifiée, et ce, dans 28 p. cent des cas. Pourtant, en cas d'abstention non motivée, le travailleur ne devrait pas recevoir d'indemnité pour la journée en question.

5.54 Enfin, la Commission s'en remet aux cliniques de physiothérapie pour savoir si les traitements ont été administrés. Comme le travailleur n'est pas appelé à signer un document quelconque lors de sa visite, la Commission pourrait acquitter des frais injustifiés.

Interventions du conseiller en réadaptation

5.55 Si le travailleur subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique ou des limitations fonctionnelles qui l'empêchent en principe de reprendre l'emploi qu'il occupait auparavant tel qu'il était, l'agent d'indemnisation le dirige en réadaptation. L'objectif est alors de faciliter la réintégration au travail en éliminant ou en atténuant l'incapacité physique et en aidant le travailleur à surmonter les conséquences personnelles et sociales de son handicap. Par conséquent, le conseiller cherchera d'abord à réintégrer le travailleur dans son même emploi ou dans un emploi convenable chez le même employeur. Essentiellement, un « emploi convenable » est celui qui permet au travailleur d'utiliser ses capacités résiduelles ainsi que ses compétences professionnelles.

5.56 Si cette solution n'est pas applicable chez le même employeur, on étendra la recherche ailleurs sur le marché du travail. À compter du moment où un emploi convenable est déterminé, le travailleur recevra alors son indemnité de remplacement du revenu jusqu'au moment où il occupera un nouvel emploi, et ce, pendant une période maximale de un an. Si le revenu qui est associé à l'emploi convenable déterminé est inférieur à celui qu'il recevait auparavant, la Commission lui versera alors une indemnité réduite jusqu'à l'âge de 68 ans, pour autant que son salaire n'augmente pas entre-temps.

5.57 Afin d'en arriver à une solution appropriée, le conseiller doit, au moment opportun, analyser rigoureusement les besoins du travailleur. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer jusqu'à quel point les contraintes subies par le travailleur compromettent sa réinsertion sociale et son retour au travail. Par la suite, le conseiller établit, en collaboration avec le travailleur, un plan individualisé de réadaptation, qui peut comporter des mesures de réadaptation physique, professionnelle et sociale. Bien entendu, la solution retenue doit être la plus économique. Comme le conseiller doit regrouper autour du travailleur tous les partenaires (physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) susceptibles de l'aider à se conformer efficacement à ce plan, il doit donc suivre de très près toutes leurs interventions. Au terme de la réadaptation, le conseiller peut fournir au besoin du soutien au travailleur dans sa recherche d'emploi.

Les informations versées dans 45 p. cent des dossiers examinés ne nous permettent pas de conclure que les interventions des conseillers en réadaptation mènent forcément à une solution appropriée pour tous.

5.58 Cependant, les informations versées dans 45 p. cent des dossiers examinés ne nous permettent pas de conclure que les interventions des conseillers en réadaptation mènent forcément à une solution appropriée pour tous.

5.59 En effet, l'évaluation des possibilités professionnelles en vue de trouver un emploi convenable manque parfois de rigueur. La Commission ne tient pas suffisamment compte des capacités résiduelles et des qualifications professionnelles du travailleur quand elle explore les différentes possibilités d'un retour en emploi. En outre, elle n'envisage pas l'adaptation éventuelle du poste de travail. Par exemple, le conseiller a conclu qu'un dévideur n'était plus en mesure d'occuper son emploi, sans même prendre contact avec l'employeur. La Commission a déniché au travailleur un emploi convenable. Par la suite, l'employeur a démontré que le travailleur pouvait reprendre ses tâches antérieures après une modification du poste de travail, annulant du même coup l'indemnité réduite de remplacement du revenu de l'ordre de 37 000 dollars au total.

5.60 Par ailleurs, le choix de l'emploi convenable ne repose pas toujours sur une analyse suffisamment approfondie, y compris l'établissement, lorsque nécessaire, d'un rapport coûts-bénéfices. En effet, plusieurs conseillers ont tendance à retenir trop vite l'emploi proposé par le travailleur sans inventorier d'autres avenues possibles, peut-être plus économiques pour la Commission tout en étant acceptables pour le travailleur.

5.61 Par exemple, le choix de l'emploi convenable s'appuierait sur « la solution la plus économique » selon les notes portées au dossier. Voici les faits. Un travailleur de la construction, indemnisé sur une base salariale de 48 314 dollars par année, se voit octroyer un emploi de pompiste rémunéré à 15 500 dollars. Bien évidemment, l'indemnité réduite à verser sera considérable. Pourtant, huit autres possibilités d'emploi – dont certaines plus rémunératrices – sont mentionnées dans le dossier mais elles n'ont pas été fouillées. Compte tenu de l'âge du travailleur, la Commission s'engage à verser une indemnité durant les 14 prochaines années. Il nous semble bien que « la solution la plus économique » puisse être mise en doute.

5.62 De plus, les conseillers ne s'assurent pas dans tous les cas que l'emploi convenable choisi respecte les critères énoncés dans la *LATMP*, en particulier ceux qui ont trait à la possibilité raisonnable d'embauche et au respect des capacités résiduelles. Par exemple, un bûcheron âgé de plus de 60 ans doit éviter de travailler avec le membre supérieur droit plus haut que les épaules et de garder les bras en position d'élévation et d'abduction de plus de 90 degrés. Selon notre médecin consultant, l'emploi de plongeur attribué par la Commission serait discutable.

5.63 Plusieurs des problèmes décelés découlent du fait que les conseillers ne connaissent pas nécessairement très bien le secteur où ils espèrent trouver l'emploi convenable, bien qu'il existe des banques d'information sur les emplois possibles, assortis des qualifications professionnelles exigées et de renseignements sur l'état du marché quant à l'offre et à la demande.

5.64 En certaines occasions, le conseiller nous semble trop tarder à traiter le dossier. Tel est le cas d'une travailleuse de la restauration qui connaît des problèmes de dermatite aux mains et pour laquelle il est temps de déterminer un emploi convenable. Le conseiller fait des appels téléphoniques, d'abord le 22 octobre 1996, puis seulement le 7 février suivant, toujours sans succès. Comme aucune autre démarche n'a été faite, tout porte à croire que ce dossier a été oublié. Pendant ce temps, l'indemnité de remplacement du revenu est toujours versée et elle équivaut à environ 15 000 dollars par année.

5.65 Les problèmes de suivi insuffisant notés en indemnisation et en réadaptation au sujet du travailleur dépendent en partie du manque de supervision des agents, des médecins en région et des conseillers. En effet, tout comme en admissibilité, ces derniers examinent principalement des données quantitatives telles que les charges de travail, la durée de traitement des dossiers et les indemnités versées. Bien que ces indicateurs puissent fournir des pistes quant aux difficultés qui surgissent au cours du processus, ils ne sont pas suffisants pour apprécier la qualité de toutes les interventions.

Les problèmes de suivi insuffisant notés en indemnisation et en réadaptation au sujet du travailleur dépendent en partie du manque de supervision.

5.66 Par ailleurs, les discussions en comité et les consultations auprès de spécialistes ne sauraient remplacer un mécanisme de supervision efficace, d'autant que la Commission a adopté un mode de gestion surtout axé sur la responsabilisation des employés, la gestion des risques et l'« approche solutions ».

5.67 D'autres consignes manquent également puisque les agents et les conseillers ont quelque difficulté à déterminer quelles informations doivent être versées au dossier. Par ailleurs, notre vérification a révélé que le quart des dossiers ont passé par les mains de plusieurs personnes, surtout des agents d'indemnisation. Pareille rotation exige de chacun qu'il se familiarise avec l'historique du dossier afin d'être en mesure d'effectuer un suivi adéquat.

5.68 En résumé, sans démarches actives auprès des travailleurs, des employeurs et des médecins traitants, il se peut que le règlement d'un cas soit retardé et que le retour en emploi soit compromis. De plus, un suivi médical insuffisamment rigoureux peut prolonger indûment les soins à prodiguer au travailleur. Par voie de conséquence, la Commission assume des frais additionnels en indemnités et en assistance médicale.

5.69 Nous avons recommandé à la Commission

- **d'améliorer la supervision du travail effectué par les agents, les médecins en région et les conseillers en réadaptation afin de s'assurer que**
 - **toute l'information pertinente pour le suivi de l'évolution du travailleur, y compris le plan d'action, est consignée au dossier ;**
 - **qu'une intervention active auprès du travailleur, de l'employeur et du médecin traitant est effectuée afin de susciter un prompt retour en emploi ;**
 - **les conseillers en réadaptation utilisent les outils disponibles pour évaluer les possibilités professionnelles et déterminer des emplois convenables ;**
- **de préciser dans quelles circonstances l'agent d'indemnisation doit consulter le médecin de la Commission.**

Données de base servant au calcul des indemnités

5.70 L'agent d'indemnisation enregistre et il peut, si nécessaire, modifier les données de base servant au calcul des indemnités. Il s'agit essentiellement de la base salariale et de la situation familiale, y compris le nombre de personnes à charge. Toute erreur dans ces données entraîne le versement d'indemnités incorrectes. Par ailleurs, les 14 premiers jours suivant le début de l'incapacité de travailler après un accident ou une maladie

professionnelle sont payés par l'employeur et remboursés par la Commission à raison de 90 p. cent du salaire net. L'agent doit donc s'assurer, lorsqu'il reçoit la demande de remboursement de l'employeur, que le montant a été correctement calculé.

5.71 Or, 17 p. cent des dossiers examinés comportent des erreurs ou des incohérences qui n'ont pas été décelées par l'agent d'indemnisation. Par exemple, le remboursement des 14 premiers jours a été versé à un employeur même si l'information consignée au dossier démontrait que le remboursement demandé correspondait à 90 p. cent du salaire brut plutôt que net. De plus, nous avons relevé plusieurs situations familiales inexactes.

Dix-sept p. cent des dossiers examinés comportent des erreurs ou des incohérences qui n'ont pas été décelées par l'agent d'indemnisation.

5.72 Dans d'autres cas, c'est la base salariale qui est incorrecte. Par exemple, un individu cumule trois emplois ; la *LATMP* stipule que le revenu brut de ce travailleur devrait être celui qu'il tirerait de l'emploi le plus rémunérateur qu'il devient incapable d'exercer, comme s'il exerçait cet emploi à plein temps. Pourtant, la Commission détermine la base salariale de l'indemnité à verser en additionnant les trois revenus plutôt qu'en utilisant celui de l'emploi le plus rémunérateur calculé sur une base annuelle. Étant donné que cet individu a été déclaré invalide par la Commission, un paiement indu se répercutera sur les 17 prochaines années.

5.73 En effet, depuis 1992, la loi permet à la Commission de corriger la plupart des erreurs administratives pour peu qu'elles soient détectées dans les 90 jours de la décision de la Commission. Toutefois, comme la Commission ne vérifie pas suffisamment le montant des prestations versées, elle ne peut profiter pleinement de ce droit.

5.74 Disons en outre, à la décharge des employeurs et des travailleurs, que les formulaires de réclamation de l'employeur et du travailleur comportent certaines ambiguïtés. Par exemple, en ce qui a trait à ce dernier formulaire, on peut confondre le code de situation familiale avec le nombre de personnes à charge.

5.75 Par conséquent, certaines indemnités versées sont incorrectes, ce qui contrevient au principe d'équité entre les travailleurs. Pour remédier à ce problème, la Commission prévoit l'instauration de mécanismes de contrôle, notamment grâce à des validations informatiques et à des listes d'exception. Toutefois, comme le projet en est encore à l'étape d'essai, nous ne pouvons nous prononcer quant à son efficacité réelle.

5.76 Dans un autre ordre d'idées, la *LATMP* prévoit que le travailleur peut exercer son droit de retour au travail durant deux ans à partir du début de la période d'absence continue si l'établissement de l'employeur compte plus de 20 travailleurs et durant un an dans les autres cas. Nous avons noté que la date de prescription du droit de retour au travail n'est pas correctement enregistrée dans 10 p. cent des dossiers examinés. Selon nous, les conséquences d'une telle erreur peuvent être importantes car, si l'agent croit qu'il dispose de deux ans pour organiser le retour en emploi, il se pourrait qu'il se hâte moins et que la prescription survienne sans que la Commission ait eu le temps d'agir.

5.77 Nous avons recommandé à la Commission

- d'achever l'établissement du contrôle des prestations afin de s'assurer que celles-ci sont versées conformément à la *LATMP* ;
- de s'assurer que la date de prescription du droit de retour au travail est correctement inscrite dans le système informatique.

Protection personnelle

5.78 De façon générale, le travailleur autonome doit s'inscrire à la Commission pour bénéficier des avantages consentis par la *LATMP*. C'est le travailleur qui choisit le montant d'assurance relatif à une protection personnelle qui ne peut être inférieur au salaire minimum ni supérieur au maximum assurable (48 500 dollars en 1996 et 49 000 dollars en 1997). Une protection similaire est accessible à l'administrateur d'une corporation.

5.79 Dans deux régions visitées, aucune preuve n'est requise afin de s'assurer que la protection demandée ne dépasse pas les revenus réels ou prévus. Il n'y a là rien d'étonnant puisque la Commission n'a pas statué quant aux preuves de revenus à exiger en pareil cas.

5.80 De plus, dans une région visitée, il arrive que la Commission indemnise en fonction du salaire déclaré plutôt que selon le montant de la protection personnelle, parce que le repérage de ces protections n'est pas fait systématiquement.

Dans presque tous les dossiers de protection personnelle vérifiés, la Commission n'a pas fait preuve d'assez de vigilance avant de reconnaître l'admissibilité d'une réclamation.

5.81 Compte tenu que l'employeur et l'employé ne sont souvent qu'une seule et même personne, il peut être plus difficile de faire corroborer les faits. Ainsi, même si le travailleur peut bénéficier de la présomption, la Commission aurait avantage à toujours procéder à une investigation approfondie. Or, dans presque tous les dossiers de protection personnelle vérifiés, la Commission n'a pas fait preuve d'assez de vigilance avant de reconnaître l'admissibilité d'une réclamation par rapport aux risques qu'elle peut représenter. En outre, même s'il y a eu enquête, la Commission n'utilise pas toujours les résultats à bon escient.

5.82 Par exemple, une décoratrice a pris une protection personnelle de 48 500 dollars le 18 septembre 1996 et elle a fait une réclamation pour un accident survenu le 3 octobre 1996, soit 15 jours plus tard. Comme le salaire déclaré par la travailleuse était de 31 200 dollars, il y avait au départ une couverture excessive. Avant de statuer quant à l'admissibilité de la demande, la Commission a institué une enquête qui a démontré que la mobilité de la travailleuse n'était restreinte d'aucune manière et que la compagnie, propriété de la travailleuse, n'existait plus à l'adresse déclarée. La Commission a tout de même accepté la réclamation sans que nous ayons la preuve qu'elle a utilisé ces renseignements. Au cours de l'année, une nouvelle enquête a été

déclenchée et, malgré le fait qu'elle corrobore les conclusions initiales, la Commission a continué de verser des indemnités et des remboursements de frais d'assistance médicale qui s'élèvent au total à plus de 27 000 dollars.

5.83 En ce qui concerne les dossiers examinés, la Commission a versé 126 375 dollars en indemnités et en assistance médicale sur un échantillon total de 138 753 dollars alors que l'admissibilité était douteuse.

5.84 À notre avis, l'agent ne s'attarde pas suffisamment aux indices que lui donnent certaines réclamations : court délai entre l'entrée en vigueur de la protection personnelle et l'accident, augmentation inexplicite du montant d'assurance, personnes apparentées couvertes par une protection personnelle et accidentées au même moment, etc.

5.85 De plus, lorsqu'un travailleur autonome est couvert par une protection personnelle, la Commission doit lui payer une indemnité selon le montant pour lequel il est inscrit à partir du lendemain du jour où il devient incapable d'exercer son emploi. Toutefois, quand une réclamation est acceptée, la Commission lui rembourse les 14 premiers jours comme s'il s'agissait d'un salarié plutôt qu'en fonction de sa protection personnelle.

5.86 Enfin, la Commission reconnaît le double statut d'administrateur et de travailleur à l'administrateur d'une corporation, s'il démontre qu'il est également un travailleur. Cependant, parce qu'il n'avait pas de protection personnelle, la Commission a refusé la demande d'un entrepreneur qui s'est blessé en exécutant des travaux d'électricité. La Commission aurait dû lui reconnaître son statut de travailleur et accepter sa réclamation. Quant au travailleur autonome à qui le double statut ne peut être reconnu, la Commission ne s'assure pas toujours, lorsqu'il fait une réclamation, qu'il possède une protection personnelle susceptible de lui donner droit aux avantages du régime.

5.87 Toutes ces déficiences nous portent à croire que certaines notions relatives aux protections personnelles sont mal comprises.

5.88 Nous avons recommandé à la Commission

- **d'exiger les preuves des revenus réels ou prévus au moment de la demande d'assurance ;**
- **de repérer les réclamations qui ont trait à des protections personnelles ;**
- **d'examiner de plus près l'admissibilité des réclamations qui comportent des indices négatifs.**

Travailleurs associés au travail au noir

5.89 Les travailleurs associés au travail au noir sont acceptés comme tous les autres. Toutefois, pour être admis, ils doivent démontrer à la Commission l'existence d'un lien d'emploi. Par la suite, ils doivent confirmer leur rémunération, à défaut de quoi ils se verront attribuer un revenu brut annuel établi sur la base du salaire minimum.

Certains travailleurs associés au travail au noir échappent au contrôle puisque la Commission n'exige pas systématiquement les preuves de rémunération.

5.90 Nous avons constaté que des travailleurs associés au travail au noir échappent au contrôle puisque la Commission n'exige pas systématiquement les preuves de rémunération. C'est ainsi que des travailleurs sont indemnisés sur la base du décret de la construction sans que le dossier contienne la preuve qu'ils sont effectivement rémunérés en vertu de ce décret. Nous avons même retracé le cas d'un manoeuvre spécialisé qui n'a pu établir la preuve de sa rémunération. Le dossier comporte la note suivante : « Ne peut produire copie de chèque de paie car il est payé en argent. » D'ailleurs, aucun salaire annuel ne figurait sur le formulaire de réclamation de l'employeur. La Commission a malgré tout indemnisé le travailleur au taux du décret, soit 19,27 dollars l'heure, c'est-à-dire un salaire annuel de 40 457 dollars. On peut estimer le coût de ce dossier, y compris l'indemnité de remplacement du revenu réduite qui sera versée par la suite, à plus de 150 000 dollars au lieu de 29 000 dollars, somme que ce travailleur aurait reçue s'il avait été indemnisé au salaire minimum. La Commission n'a pas émis de politique afin que soient précisées quelles sont les situations les plus à risques et les preuves à exiger pour établir la base salariale. Il se peut donc qu'elle indemnise indûment certains travailleurs.

5.91 De plus, quand elle détecte un travailleur clandestin (au noir), la Commission ne transfère pas l'information aux personnes responsables du financement qui s'assureraient que l'employeur a acquitté sa juste cotisation sur la masse salariale. Comme la Commission n'a pas non plus émis de politique en ce sens, elle se prive de revenus additionnels de cotisations et des pénalités exigibles dans de tels cas. En effet, elle peut exiger d'un employeur une somme égale à 10 p. cent du coût des prestations pour une lésion professionnelle dont l'un de ses travailleurs est victime.

5.92 Nous avons recommandé à la Commission

- **de préciser quelles sont les situations à risques et les preuves de rémunération à exiger afin d'établir correctement la base salariale ;**
- **de transmettre aux responsables du financement toute information relative à un travailleur clandestin, afin que les vérifications appropriées soient effectuées.**

Reddition de comptes

5.93 La reddition de comptes découle de la responsabilité de gestion et sa qualité est tributaire de l'information disponible. Certaines de nos observations ont donc une incidence directe sur la reddition de comptes de la Commission.

Reddition de comptes à l'interne

5.94 La reddition de comptes à la Vice-présidence aux opérations porte principalement sur le volume des opérations et elle inclut notamment de nombreuses données relatives au nombre de dossiers traités, à la durée de leur traitement et à leurs coûts. De plus, les directions régionales ont fourni, au cours de la dernière année, des bilans semestriels et annuels de leurs activités. Toutefois, comme les directeurs régionaux ne disposent pas d'informations suffisantes sur tous les aspects de la qualité des interventions effectuées, la reddition de comptes aux paliers de gestion supérieurs est incomplète ou imprécise quant aux sujets traités précédemment. Par exemple, la Vice-présidence aux opérations supervise la qualité du traitement de l'admissibilité, notamment par l'examen du taux d'acceptation des régions par comparaison à la moyenne provinciale. Bien que cet indicateur puisse aider à repérer les situations extrêmes, il ne permet pas de connaître le degré de conformité du traitement de l'admissibilité.

Rapport annuel d'activité

5.95 Afin d'évaluer l'efficacité d'un organisme, le rapport annuel doit contenir tous les éléments qui en permettent l'analyse et être disponible en temps opportun. Nous constatons que la Commission a déposé son rapport annuel 1996 dans les délais prescrits. Toutefois, son contenu pourrait mieux renseigner quant à sa performance.

5.96 Tout d'abord, bien que la mission et la plupart des orientations de la Commission soient énoncées dans le rapport annuel, les termes utilisés sont vagues et généraux. En effet, ces orientations ne reposent pas sur des objectifs mesurables, ce qui empêche le lecteur d'évaluer à quel point les priorités de la Commission ont été respectées. Par exemple, l'un des rôles de la Commission porte sur l'indemnisation des victimes et la réadaptation visant le retour à l'autonomie et la réintégration au marché du travail. Or, le rapport annuel n'indique pas si les interventions en indemnisation et en réadaptation ont été effectuées selon les attentes de la Commission.

5.97 La Commission a eu recours à près de 3 800 employés pour mener à bien ses travaux. Pour ce faire, il lui en coûte environ 195 millions de dollars par année. Pourtant, le rapport est muet quant à la productivité de ces ressources.

5.98 Enfin, bien que la Direction des relations avec les clientèles s'occupe du traitement des plaintes, le rapport ne présente aucune donnée concernant le nombre et le type de plaintes reçues, ce qui fournirait un complément d'information utile pour juger de la satisfaction de la clientèle desservie.

5.99 Nous avons recommandé à la Commission

- **de prendre les mesures nécessaires afin que la reddition de comptes à l'interne reflète mieux la qualité des interventions des directions régionales en indemnisation et en réadaptation ;**
- **de réviser le contenu de son rapport annuel pour en arriver à fournir une information plus complète sur ses activités et sa performance.**

5.100 Commentaires de la Commission : « *Commentaire général.* La Commission de la santé et de la sécurité du travail a entrepris dès 1993 un réalignement majeur visant à se recentrer sur le service aux clients. Elle a donc revu l'ensemble de ses façons de faire dans tous ses domaines d'affaires. En indemnisation et en réadaptation, elle fait désormais porter ses efforts sur la détection des réclamations susceptibles d'entraîner des conséquences importantes pour ses clients et sur l'intervention personnalisée dans les dossiers qui présentent des enjeux, dans le but de favoriser un prompt et durable retour au travail. Un dossier est considéré comme « à enjeux » quand il présente un potentiel de longue durée, ainsi qu'un aspect humain et financier non proportionnel à l'événement.

« Ce virage a nécessité des changements à bien des égards. Il a fallu délaisser l'approche traditionnelle qui était procédurière et légaliste au profit d'une approche faisant appel à la priorité établie en fonction des risques, à la communication verbale avec les clients et les partenaires, à la recherche de solutions, au travail d'équipe, le tout dans un climat de non-confrontation. Ce sont là des changements qui exigent de miser sur le jugement et la compétence de ses ressources humaines et sur leur responsabilisation.

« Dans ce cadre et afin d'assurer une supervision efficace de ses opérations, la Commission a revu la mission et les objectifs de sa fonction de vérification interne afin de maximiser sa valeur et d'axer ses efforts sur les principaux risques d'affaires. À la demande du Vérificateur général, elle a entrepris de développer des contrôles minimaux de prévention et de détection pour éviter les risques financiers les plus importants.

« Dans ce contexte, le redressement de la Commission repose sur des choix stratégiques qui se distinguent nettement des façons de faire traditionnelles. Par ailleurs, il se concrétise par une plus grande satisfaction des clients et des surplus financiers. Les commentaires de la Commission s'appuient sur ces choix.

« **Admissibilité des réclamations.** En matière d'admissibilité, la Commission admet, de façon générale, que la recherche d'information est un aspect essentiel. Toutefois, il est tout à fait plausible que, dans un certain nombre de cas, bien que l'information versée au dossier semble à première vue restreinte, elle soit suffisante pour justifier l'admissibilité. Il faut prendre en considération la connais

INDEMNISATION ET RÉADAPTATION DES VICTIMES DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES

sance que l'agent d'indemnisation a de l'entreprise et du poste de travail, connaissance qui n'est pas toujours consignée au dossier. Mais, surtout, il faut tenir compte des enjeux que représente la réclamation pour justifier l'effort à consentir dans la documentation d'une réclamation.

« Par ailleurs, comme le souligne le Vérificateur général, même s'il y a constat selon lequel la documentation des dossiers lui apparaît insuffisante dans certains cas, il n'y a pas moyen d'évaluer combien cela représente de décisions d'admissibilité qui auraient pu faire l'objet d'un refus, tant quant au nombre de dossiers que de conséquences financières.

« Or, il est évident que les changements amenés par le réaligement peuvent entraîner une certaine diversité dans le traitement des réclamations. Cela fait partie des préoccupations actuelles de la Commission de rechercher la cohérence de ses décisions.

« C'est pourquoi la Commission a revu l'ensemble de sa formation initiale pour l'adapter aux nouvelles approches. De plus, pour tenir compte de la recommandation du Vérificateur général, elle a l'intention de continuer à s'améliorer notamment dans le domaine de la formation continue de son personnel. Par ailleurs, elle a instauré des mécanismes visant à détecter rapidement les dossiers à enjeux et à mieux encadrer ses intervenants par des comités-solutions par exemple. Bien que ces mécanismes soient perfectibles, il ne peut être question à ce moment-ci de revenir à des méthodes de supervision qui iraient à l'encontre de la philosophie de gestion en place. Toutefois, pour donner suite à la recommandation du Vérificateur général, la Commission verra à s'assurer que toute l'information pertinente est consignée dans les dossiers considérés comme à enjeux.

« **Suivi de l'évolution du travailleur en indemnisation et en réadaptation.** Dans une situation idéale, le suivi de l'évolution du travailleur ferait en sorte que, dans chaque dossier, on retrouverait d'une façon détaillée l'évolution de l'état de santé du travailleur, une vue d'ensemble de sa situation, un plan d'action visant le retour au travail, une démarche de réadaptation qui conviendrait à tous. La réalité étant tout autre, la Commission réserve ce suivi plus rigoureux aux dossiers considérés comme à enjeux.

« Concernant la consultation du médecin régional par l'agent d'indemnisation, elle n'est pas toujours requise. Chaque direction régionale convient d'un mode de fonctionnement qui tient compte de la disponibilité et de l'expérience de ses ressources. Par ailleurs, le médecin régional étant un membre de l'équipe au même titre que l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation, comme le dit le Vérificateur général, il devrait être plus engagé dans la démarche visant le retour au travail.

« En matière de traitements de physiothérapie, la Commission admet qu'elle n'a pas beaucoup de moyens face aux prescriptions et à la durée des traitements qu'on semble croire excessives. Rappelons qu'en vertu de la loi, elle est liée au médecin traitant sur ces points et que le travailleur a le libre choix de son établissement de santé. L'expérience passée ayant démontré l'inutilité de la confrontation avec le médecin, une approche visant à faire des physiothérapeutes des partenaires dans le but de favoriser le retour au travail est actuellement en essai. De plus, la Commission expérimente un processus pour repérer les cas de physiothérapie et d'ergothérapie méritant un suivi.

« En ce qui a trait à la réadaptation, les dossiers complexes font de plus en plus l'objet de discussions en comité : les plans d'action y sont élaborés, les responsabilités partagées et le suivi prévu. Comme le mentionne le Vérificateur général, il est alors impératif de consigner ces éléments ainsi que les actions et leurs résultats dans les dossiers. Pour donner suite à la recommandation touchant cet aspect, voici quelques pistes d'amélioration. La Commission s'active à mettre en place des ateliers et une formation sur la tenue de dossiers. L'utilisation de l'informatique pour consigner les notes évolutives est déjà en expérimentation dans quelques régions. Elle devrait permettre d'améliorer non seulement la structure des notes au dossier, mais également de rendre plus transparente et accessible la démarche de réadaptation.

« Il convient de signaler, par ailleurs, qu'une étude récente de 410 décisions d'emploi convenable portées en appel a démontré une nette amélioration dans la tenue de dossiers. En effet, ces décisions ont été très largement maintenues par la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles qui s'est appuyée sur une démarche documentée et de qualité menant à des solutions gagnantes pour tous.

« Finalement, les conseillers en réadaptation ne disposant pas toujours d'une documentation complète sur le marché du travail, le plus grand défi est celui d'avoir de l'information à jour. Face à la recommandation du Vérificateur général touchant cet élément, il est à signaler qu'une expérimentation visant à donner accès aux banques de données existantes grâce à des liens électroniques est en cours.

« **Données de base servant au calcul des indemnités.** Concernant les indemnités, les problèmes rapportés sont récurrents. L'expérience passée a clairement démontré qu'un contrôle systématique n'était pas rentable et qu'une vérification de tous les cas par les agents d'indemnisation n'était pas efficace. C'est pourquoi, en réponse à la recommandation du Vérificateur général concernant l'établissement du contrôle des prestations, la Commission développe plutôt des listes de contrôle axées sur les risques financiers les plus importants, notamment des listes d'incohérence et d'exception touchant l'indemnité de remplacement du revenu des cas ayant un potentiel de longue durée.

« Concernant la date de prescription du droit de retour au travail saisie dans le système informatique, il s'agit uniquement d'un indicateur. Dans tous les cas où c'est requis, elle fait l'objet d'une vérification auprès de l'employeur.

« **Protections personnelles.** La Commission adhère à la recommandation du Vérificateur général. Les problèmes rapportés concernant les protections personnelles sont actuellement en processus de résolution. La Commission a demandé à un comité d'experts externes de lui faire des recommandations concernant ce problème. Le rapport du comité, déposé après deux ans de travaux, recommande entre autres des changements législatifs. Un groupe de travail interne étudie actuellement les résultats. Toutes les solutions administratives applicables seront implantées rapidement et des recommandations seront faites pour apporter les modifications législatives requises.

« Par ailleurs, le projet touchant l'implantation du service aux employeurs prévoit pour 1998 de solutionner en partie les problèmes signalés.

« **Travailleurs associés au travail au noir.** Concernant le problème du travail au noir, la Commission retient la recommandation du Vérificateur général et compte y donner suite en développant une orientation organisationnelle pour mieux encadrer les intervenants, tant sur le plan de la réparation que du financement.

« **Reddition de comptes. À l'interne.** La qualité des interventions se reflète au niveau provincial par la satisfaction de la clientèle qui se maintient à 87 p. cent d'après des études formelles menées en 1995 et 1997 ainsi que par un bilan financier positif depuis plus de quatre ans. Par ailleurs, la Commission a effectué une refonte majeure de son outil « Tableau de bord » permettant d'effectuer le suivi des résultats des directions régionales par rapport à la moyenne provinciale, relativement aux indicateurs opérationnels jugés essentiels.

« En ce qui a trait à la reddition de comptes exercée au niveau régional, les gestionnaires utilisent un ensemble de moyens pour développer et évaluer la qualité des interventions, par exemple les réunions d'équipe, la révision de dossiers et les comités multidisciplinaires. Finalement, la Commission a développé et va implanter incessamment un ensemble d'indicateurs de gestion établissant un rapport entre les coûts des programmes de réparation et les cotisations des employeurs communément appelé « Loss ratios » par direction régionale, par secteur d'activité et par employeur.

« **Rapport annuel d'activité.** Comme il en a déjà été fait mention par le passé, la Commission s'efforce d'améliorer constamment la présentation et le contenu de son rapport annuel. De plus, l'annexe statistique au rapport annuel permet de fournir plusieurs informations quantitatives sur ses activités et les services offerts aux clientèles.

« La Commission reconnaît qu'il revient au législateur de déterminer ce qu'il juge nécessaire d'obtenir pour exercer une reddition de comptes efficace. Ainsi, le chapitre 35 de la loi du Québec de 1993 (projet de loi 198) et le décret 1488-96 ont prévu des mécanismes d'imputabilité pour les dirigeants et les sous-ministres. Le Conseil du trésor a aussi indiqué aux ministères et organismes par sa directive 182916-93 ce qu'il entendait retrouver dans leur rapport annuel. La Commission croit répondre à l'ensemble de ces exigences et, bien qu'elle considère comme intéressant le cadre de référence retenu par le Vérificateur général, elle attendra une nouvelle position gouvernementale à cet égard avant de l'adopter.

« **Conclusion.** La Commission est toujours en processus de changement. Il est clair qu'il reste des ajustements à faire pour atteindre les objectifs du réalignement. De plus, il est évident que les façons de faire actuelles favorisent une certaine diversité et que la Commission, par souci d'équité envers ses clients, doit poursuivre sa recherche de la cohérence et de la qualité. C'est l'objectif qu'elle s'est fixé dans la phase de consolidation de ses nouvelles approches. »

