



VOTRE GUIDE PRATIQUE EN MATIÈRE **D'ACCIDENT DE TRAVAIL AU QUÉBEC**

NO03

COMPRENEZ ET PROTÉGEZ
VOS DROITS.

Me Martine Desroches
Dr Jean Paul Brutus
Nathalie Brisebois, Ergothérapeute

AVERTISSEMENT AU LECTEUR ET RENONCIATION DE RESPONSABILITÉ :

Ce document se veut un guide utile et pratique qui met en place différents éléments essentiels se retrouvant dans un dossier de lésions professionnelles, pour en faciliter la gestion, comprendre les étapes et procédures et éviter des erreurs qui peuvent être décisives au dossier d'un travailleur accidenté.

Il a été conçu sous forme de questions/réponses relativement à des sujets qui ont été fréquemment discutés dans la pratique de l'un ou l'autre des auteurs. Il en est un d'information et ne constitue pas ni une opinion juridique, ni une opinion médicale pas plus qu'un avis de cet ordre, mais uniquement une compilation d'observations relatives à l'application de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles. En outre, afin de faciliter la lecture du présent document, nous avons décidé d'uniformiser l'usage du masculin.

Assurer le suivi d'un dossier d'accident du travail va bien au-delà de la représentation d'une partie dans un litige ou du dépôt de documents médicaux. Nous espérons que les travailleurs, les associations de travailleurs ainsi que toutes personnes soucieuses du respect des droits des travailleurs y verra également un intérêt.

Bien que les auteurs et éditeurs aient pris le soin d'assurer l'exactitude et le caractère exhaustif de l'information contenue dans le document, il est impossible de garantir que cette information est complète, exacte et exempte d'erreurs ou d'omissions. Le contenu de ce livre est à considérer comme de l'information générale, donnée au meilleur des connaissances des auteurs, et ne constitue pas une recommandation ou instruction.

Les auteurs et le lecteur ne se trouvent donc pas engagés dans une relation patient-médecin ou client-avocat.

Ce document a été réalisé avec la collaboration de madame Marie-Lissa Grenier, technicienne juridique chez Desroches Mongeon avocats, qui a, entre autres, assuré la correction et la mise en page, nous l'en remercions.

Tous droits réservés. Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, archivé ou retransmis sous quelque forme que ce soit, et de quelque manière que ce soit, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre sans l'autorisation préalable des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

- 1 / La Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles
- 2 / La CNESST et son financement
- 3 / Qu'est-ce qu'une lésion professionnelle ?
- 4 / Qu'est-ce qu'un accident du travail ?
- 5 / La présomption d'accident de travail
- 6 / Quand la présomption d'accident de travail ne s'applique pas
- 7 / Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?
- 8 / La présomption de maladie professionnelle
- 9 / Les lésions musculo-squelettiques
- 10 / Quand la présomption de maladie professionnelle ne s'applique pas
- 11 / Les conditions personnelles préexistantes
- 12 / La rechute, récurrence ou aggravation d'une lésion
- 13 / La blessure ou maladie découlant des soins ou de l'omission des soins reçus pour la lésion professionnelle
- 14 / Comment faire une réclamation de lésion professionnelle ?
- 15 / Comment faire une réclamation de rechute, récurrence ou aggravation ?
- 16 / Un travailleur peut-il poursuivre son employeur ?
- 17 / Les obligations de l'employeur
- 18 / Les obligations du travailleur
- 19 / Qui sont les agents impliqués au dossier et quel est leur rôle ?
- 20 / L'indemnité de remplacement du revenu
- 21 / Comment se calcule la base salariale utilisée par la CNESST
- 22 / Droit à l'indemnité de remplacement du revenu
- 23 / Cessation ou extinction du droit à l'indemnité de remplacement du revenu
- 24 / La suspension du droit à l'indemnité de remplacement du revenu
- 25 / Le droit aux vacances
- 26 / Décès d'un travailleur
- 27 / Indemnité pour décès
- 28 / Le médecin qui a charge
- 29 / Le travailleur peut-il se faire soigner en clinique privée ?
- 30 / Le médecin désigné
- 31 / Le médecin membre du bureau d'évaluation médicale (BEM)
- 32 / LA CNESST peut-elle faire corriger les rapports de médecins ?

- 33 / Le cas particulier des maladies pulmonaires
- 34 / Les différents rapports médicaux
- 35 / Le diagnostic
- 36 / La nécessité de traitements et la consolidation
- 37 / L'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique
- 38 / Les limitations fonctionnelles
- 39 / La douleur
- 40 / Le droit de retour au travail
- 41 / La réadaptation
- 42 / Le plan individualisé de réadaptation
- 43 / La réadaptation physique
- 44 / La réadaptation sociale
- 45 / Les services d'intervention psychosociale
- 46 / Le remboursement des frais de garde d'enfants
- 47 / La réadaptation professionnelle
- 48 / L'emploi convenable
- 49 / La capacité de travail
- 50 / L'année de recherche d'emploi
- 51 / L'indemnité de remplacement du revenu réduite
- 52 / L'incapacité totale de travailler
- 53 / Les différents types de décisions
- 54 / Les notes évolutives
- 55 / Le congédiement, les mesures disciplinaires ou discriminatoires
- 56 / Les recours et délais
- 57 / La représentation légale
- 58 / Les différents examens aidant à poser un diagnostic
- 59 / Lexique des mots et abréviations courants du jargon légal
- 60 / Lexique des mots courants du jargon médical

1 /

LA LOI SUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

C'est en 1928 que le législateur québécois a adopté la première Loi régissant les accidents de travail. En 1931, la Loi fut modifiée pour y inclure la Loi concernant la Commission des accidents de travail. Elle demeurera pratiquement inchangée, en fait pour l'essentiel, jusqu'en 1985.

En 1985, la Loi sur les accidents de travail (LAT) a été modifiée radicalement pour devenir la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP)¹. Cette dernière entra en vigueur le 19 août 1985. Les changements importants pour les travailleurs furent la notion de médecin traitant, c'est-à-dire que dans le cadre de l'indemnisation des victimes d'accident, c'est le médecin qui a charge du travailleur qui a le dernier mot et non pas le médecin de la CNESST comme c'était le cas sous la LAT et, également, la reconnaissance du droit à différentes mesures de réadaptation, tant professionnelle, sociale que physique.

Il y a de nombreuses différences entre le droit civil et le droit administratif. La Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles relève du droit administratif. Dans le cadre de l'application d'un régime qui a pour objectif la juste indemnisation des bénéficiaires, les travailleurs qui prétendent avoir droit à des prestations adressent une réclamation aux fonds d'accidents, gérés par la CNESST et non à leur employeur.

2 /

LA CNESST ET SON FINANCEMENT

Depuis le 1er janvier 2016, la Commission des normes du travail (CNT), la Commission de l'équité salariale (CES) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ne font qu'un. De ce regroupement est née la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

La CNESST est l'organisme auquel le gouvernement du Québec a confié la promotion des droits et des obligations en matière de travail. Elle en assure le respect auprès des travailleurs et des employeurs québécois.

Son financement

Une entreprise qui a un établissement au Québec et emploie au moins un travailleur, à temps plein ou à temps partiel, doit obligatoirement s'inscrire à la CNESST.

Elle peut s'inscrire 30 jours avant le début de ses activités et dispose de 60 jours pour s'inscrire à partir de la première journée de travail du premier employé. Au-delà de ce délai, des frais de retard d'inscription s'appliquent. Les travailleurs salariés n'ont pas à s'inscrire ni à déboursier pour la CNESST. Ils sont automatiquement protégés par la loi.

La CNESST est financée par les primes payées par les employeurs. La CNESST établit annuellement, par règlement, des unités de classification qui représentent les secteurs d'activité au Québec. Chaque employeur est ainsi classé dans une unité selon la nature

1 Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, RLRQ, chapitre A-3.001

des activités qu'il exerce. Le taux de la prime est fixé suivant les principes de base de l'assurance. Il varie en fonction du risque associé à l'activité et du coût des accidents. Trois modes existent pour déterminer la prime : la tarification au taux de l'unité, la tarification au taux personnalisé et la tarification rétrospective.

Pour les petites entreprises, la prime est calculée à partir du taux de chacune des unités dans lesquelles les activités de l'entreprise sont classées et par tranche de 100 \$ de masse salariale assurable. Les employeurs au taux de l'unité sont tarifés de façon collective : lorsqu'un accident se produit, c'est l'ensemble du groupe qui en supporte les coûts. Par contre, si chacun fait des efforts pour prévenir les accidents du travail ou en réduire les coûts, tous en bénéficieront à long terme.

Pour les entreprises de taille moyenne, la tarification se fait à partir d'un taux personnalisé. La prime reflète donc la performance de l'entreprise pour prévenir les accidents de travail et encourager la réadaptation et le retour rapide au travail.

Pour les très grandes entreprises, la tarification se fait de manière rétrospective, ce qui a pour effet d'ajuster la cotisation de l'employeur en fonction de l'évolution sur quatre ans du coût des lésions professionnelles survenues au cours d'une année. Le rajustement tient compte de la limite par lésion qui convient le mieux aux besoins d'assurance de l'employeur.

3 /

QU'EST-CE QU'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE ?

La lésion professionnelle est définie par la Loi comme étant «*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, récurrence ou l'aggravation*». On y inclut également une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins. Par exemple, en cours de traitements de physiothérapie donnés pour la région lombaire, vous glissez et vous vous fracturez le poignet. La lésion au poignet sera également considérée comme une lésion professionnelle.

Également, est considérée une lésion professionnelle, une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation. On peut donc également parler d'une blessure qu'on subirait alors qu'on est en formation pour un nouvel emploi, par exemple.

En outre, on peut inclure, à titre de lésion professionnelle, une blessure ou maladie qui survient par l'omission de soin. Par exemple, en physiothérapie, alors que je reçois des traitements au pied, je me coupe un pied sur un morceau de verre laissé au sol par inadvertance, je ne reçois pas de soins immédiats, la plaie s'infecte et je dois être traité. Autre exemple de lésion professionnelle, cette fois qui survient à l'occasion de la réception de soins ; un travailleur, à qui on prescrit des anti-inflammatoires et qui démontre avoir développé un ulcère d'estomac en réaction à ce médicament, verra son ulcère d'estomac reconnu comme lésion professionnelle.

4 /

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ?

La définition de l'accident du travail se retrouve à l'article 2 de la Loi. Il s'agit d'un évènement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraînera pour elle une lésion professionnelle. Il est important de comprendre chacun des trois éléments qui composent cette définition puisque l'un ou l'autre pourra être remis en question par la CNESST qui doit décider de l'acceptation ou du refus d'une réclamation, ou par l'employeur qui peut contester la survenance de l'accident.

5 /

LA PRÉSUMPTION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Il existe toutefois une présomption dans la Loi à l'article 28, ce qui facilite la tâche aux travailleurs. Qu'est-ce qu'une présomption ? Et bien, c'est une opinion fondée sur les apparences. Lorsqu'elle s'applique, le travailleur n'aura pas à prouver les trois composantes de la définition de l'accident de travail énoncées plus haut.

Autrement dit si le travailleur subit une blessure, sur les lieux du travail, alors qu'il travaille, le travailleur a eu un accident du travail.

L'employeur peut par contre renverser la présomption de l'article 28. Toutefois, il ne peut le faire en plaquant tout simplement l'absence d'un évènement imprévu et soudain. Il doit plutôt prouver l'existence d'une autre cause ou démontrer l'absence de relation entre le travail et la blessure, par exemple en démontrant que la lésion est d'origine personnelle et n'a pas de relation avec le travail. Il doit faire une preuve prépondérante et non pas uniquement alléguer l'absence de relation.

La crédibilité du travailleur sera un élément clé pour la reconnaissance d'une lésion par l'application de la présomption de l'article 28. Le délai à obtenir une consultation médicale ou à déclarer un accident est toujours un élément défavorable pour un travailleur. Le délai écoulé entre l'apparition des douleurs et l'établissement du diagnostic pose également des interrogations au décideur. Bien que la notion de délai ne fasse pas partie intégrante de l'article 28, des délais plus longs minent quelque peu la crédibilité du travailleur qui elle, reste primordiale.

Les trois éléments de la présomption:

La blessure :

Le terme blessure peut parfois être interprété de façon restrictive si l'on s'inspire des dictionnaires médicaux. Par exemple, une entorse lombaire, cervicale, dorsale ou aux genoux est une blessure. Autrement, les algies, comme la lombalgie, dorsalgie ou la cervicalgie doivent être analysées plus en profondeur car elles ne constituent pas un diagnostic clair, mais laissent sous-entendre une douleur découlant d'un trouble autre.

Sur les lieux du travail :

Il faut être prudent et ne pas confondre douleur et blessure. En effet, ce n'est pas la douleur qui doit apparaître sur les lieux du travail, mais bien la blessure. Dans les faits, le

fait que le travailleur ne se plaigne pas immédiatement de douleurs alors qu'il les ressent plutôt le soir, chez lui après son quart de travail, ne fait pas échec à la présomption de l'article 28. L'entrepôt et le stationnement, entre autres, sont inclus dans la notion de lieu de travail si on y est dans le cadre du travail, pour le compte et dans l'intérêt de l'employeur.

Alors qu'il travaille :

Cette expression doit recevoir une interprétation large, de façon à inclure tous les éléments et circonstances entourant le travail, y compris les événements environnementaux auxquels le travailleur réagit. Même si le travailleur n'est pas à son poste habituel de travail, il peut être considéré à son travail. Par exemple, un camionneur n'a pas de lieu de travail fixe et permanent. À chaque endroit où il se trouve, par le fait ou à l'occasion de son travail, on doit considérer qu'il est sur les lieux de son travail et la présomption doit s'appliquer.

6 /

QUAND LA PRÉSUMPTION D'ACCIDENT DE TRAVAIL NE S'APPLIQUE PAS

C'est à ce moment que les trois éléments mentionnés dans la définition d'accident de travail (voir point 4) doivent être prouvés. Si un des trois est absent, on ne pourra qualifier l'évènement d'accident du travail. La crédibilité du travailleur, le délai de déclaration et de réclamation ainsi que la présence de témoins sont des atouts considérables pour en faire la preuve.

L'évènement imprévu et soudain :

La description de l'évènement ne doit pas toujours inclure que le tout s'est produit dans un laps de temps très court, ou se restreindre à des gestes isolés ou inhabituels causant une lésion. Il n'est pas non plus nécessaire que la blessure soit causée par un fait extérieur, anormal. Par exemple, un surplus de travail, un faux mouvement, contracter un virus, des efforts successifs ou des microtraumatismes peuvent constituer un évènement imprévu et soudain.

Attribuable à toute cause :

Peu importe la cause de l'accident, la lésion qui en résulte sera reconnue si l'accident est survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Des exemples : un travailleur s'évanouit et se blesse en tombant, un autre se brûle avec son café en embarquant dans son camion.

Par le fait ou à l'occasion du travail :

L'accident qui survient à l'occasion du travail est celui qui survient lors de l'accomplissement d'actes connexes au travail, qui sont reliés à l'exécution du travail, dans les fonctions du travailleur. Le lieu et le moment de l'accident demeurent des critères d'importance. Cela n'exclut pas les accidents survenus pendant une pause, une fête, une activité sportive ou de loisir. L'important, c'est le lien d'autorité qui unit l'employeur et le travailleur. Ce dernier doit, au moment de l'accident, se trouver sous le contrôle, la subordination ou la surveillance de l'employeur.

7 /

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

La maladie professionnelle est définie à l'article 2 comme étant une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail, et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail. Encore une fois, chacun des éléments de la définition doit être bien compris afin d'être bien expliqué pour éviter un refus de la CNESST ou une contestation de la part de l'employeur.

Un élément important à retenir dans le cas des maladies professionnelles, c'est qu'elles sont de nature très particulière en raison de leur caractère évolutif. Effectivement, à un moment de sa vie, un travailleur peut être affecté par l'amiante sans recevoir le diagnostic d'amiantose. Même si la CNESST refuse cette réclamation, le travailleur peut, plus tard, réclamer à nouveau pour le même problème si l'évolution de la maladie nous permet de ne plus avoir de doute sur le diagnostic à poser. Certaines découvertes scientifiques plusieurs années plus tard peuvent nous permettre de conclure au caractère professionnel d'une maladie.

8 /

LA PRÉSUMPTION DE MALADIE PROFESSIONNELLE

La présomption de l'article 29 facilite la tâche aux travailleurs. Lorsqu'elle s'applique, ce dernier n'aura pas à prouver les composantes de la définition de maladie professionnelle.

On doit d'abord se rappeler qu'une présomption est un mode de preuve exceptionnel. L'un des buts de la présomption de l'article 29 est de ne pas imposer au travailleur l'obligation de démontrer le lien de cause à effet entre ses conditions de travail et la maladie dont il est atteint.

Ainsi, le premier paragraphe de l'article 29 nous indique que les maladies énumérées à l'annexe 1 de la LATMP sont caractéristiques du travail et sont reliées directement aux risques particuliers de ce travail. Si un de ces diagnostics est posé par le médecin du travailleur, il bénéficiera de l'indemnisation de la CNESST sans avoir à faire de preuve supplémentaire.

L'employeur aura alors le fardeau de preuve, mais aura l'occasion de renverser la présomption en démontrant que dans le cas particulier du travailleur la maladie n'a pas été contractée par le fait ou à l'occasion de son travail et qu'elle n'est pas d'origine professionnelle.

L'annexe 1 de la LATMP regroupe 5 catégories de maladies professionnelles dont : les maladies causées par des agents infectieux, les maladies causées par des produits ou substances toxiques, les maladies de la peau causées par des agents autres qu'infectieux, les maladies causées par des agents physiques, entre autres, l'atteinte auditive et les maladies pulmonaires.

9 /

LES LÉSIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES

Dans la section des maladies causées par des agents physiques, nous retrouvons également les lésions musculo-squelettiques se manifestant par des signes objectifs (bursite, tendinite, ténosynovite). Il s'agit là probablement du type de lésion le plus discuté au chapitre des maladies professionnelles. Ces maladies sont présumées reliées au travail impliquant des répétitions de mouvements ou des pressions sur des périodes de temps prolongées. Il en va ainsi des cas de tunnel carpien et de doigt à gâchette, considérés comme des lésions musculo-squelettiques, et également acceptées par le biais de la présomption. Les gestes répétitifs, la durée de l'exposition, la force utilisée et le type de mouvements requis seront étudiés.

Les décisions des tribunaux sont complexes et controversées. Il y a une polémique en regard à l'application de l'article 29 et les décideurs, face à une preuve convaincante, appliqueront plutôt directement l'article 30.

10 /

QUAND LA PRÉSUMPTION DE MALADIE PROFESSIONNELLE NE S'APPLIQUE PAS

Quand le diagnostic posé ne se retrouve pas à l'Annexe 1 de la Loi, la preuve doit être faite par le travailleur qui allègue être porteur d'une maladie professionnelle.

Un diagnostic clair facilite l'accès à l'indemnisation. Un diagnostic ambigu, ou s'il s'agit uniquement d'une description de symptômes, sera beaucoup plus difficile à étudier et, évidemment, à faire accepter à titre de maladie professionnelle. L'existence d'une telle maladie doit être probable. Il n'est par contre pas nécessaire que le travailleur démontre une certitude scientifique pour prouver l'origine professionnelle de sa maladie.

La Loi définit la maladie professionnelle comme une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail, qui est, soit caractéristique du travail, soit reliée aux risques particuliers du travail. Les tribunaux sont extrêmement exigeants quant à la preuve à faire pour établir qu'une maladie est caractéristique du travail. Ils requièrent souvent une preuve épidémiologique.

Caractéristique du travail :

Une maladie est considérée comme étant caractéristique d'un travail lorsqu'un nombre significatif de personnes travaillant dans des conditions semblables ont contracté cette maladie et qu'elle est plus présente chez les personnes qui occupent ce type d'emploi que dans la population en général.

Reliée aux risques particuliers du travail :

En regard de la relation directe entre une pathologie et les risques particuliers d'un travail exercé, la preuve doit démontrer l'existence de risques présents dans l'exécution d'un métier ou d'une tâche, qui ne sont pas dus uniquement à la spécificité de la personne qui l'exécute, mais dont l'exécution par elle-même est susceptible de relation de cause à effet avec la pathologie diagnostiquée.

LES CONDITIONS PERSONNELLES PRÉEXISTANTES

Il est maintenant bien établi qu'un travailleur affecté d'une prédisposition ou d'une condition personnelle particulière peut voir sa réclamation d'accident de travail ou de maladie professionnelle acceptée. Il s'agit bien entendu de faire la preuve que l'accident ou la maladie professionnelle a aggravé une condition personnelle qui était asymptomatique avant l'évènement et qui est devenue symptomatique par la suite. On appelle ce principe la « règle du crâne fragile » (Thin Skull Rule). Le fait de ne pas avoir déclaré cette condition personnelle au moment de l'embauche n'empêche absolument pas l'indemnisation.

La durée et le degré de guérison peuvent être affectés par la condition personnelle du travailleur, mais ceci n'empêche pas la réparation des conséquences de la lésion. Cela ouvre toutefois la porte à l'employeur à demander un partage de coûts, ce qui n'affecte en rien les indemnités du travailleur.

Lorsque la lésion est de nature psychique, les mêmes principes s'appliquent. Le cumul d'échecs dans les tentatives de retour à l'emploi, le deuil des capacités, la présence de douleurs chroniques peuvent avoir fait réapparaître ou avoir aggravé une condition psychique fragilisée par une dépression ou un stress post-traumatique et être tout de même admis à titre de lésion professionnelle.

Exemples de conditions personnelles :

Arthrose : Affection articulaire dégénérative faisant partie du groupe des maladies rhumatismales. Ce type de maladie est provoqué par des lésions au niveau du cartilage articulaire. Le cartilage articulaire fait office d'amortisseur, qui évite la friction des extrémités osseuses les unes contre les autres.

Chondromalacie : Pathologie qui se manifeste par un ramollissement cartilagineux du genou généralement associé à des fissures. L'apparition de la chondromalacie signe le commencement de la dégénérescence du cartilage.

Dégénérescence : Phénomène de détérioration complète ou partielle d'une cellule ou d'un tissu de l'organisme. L'élément atteint par la dégénérescence perd progressivement sa capacité à assurer sa fonction normale dans l'organisme, jusqu'à perdre toute utilité.

Discopathie dégénérative : Le terme discopathie désigne les maladies touchant le disque intervertébral, situé entre chaque vertèbre de la colonne vertébrale. Elle correspond à une perte de souplesse et d'élasticité des disques intervertébraux.

Sténose de la colonne : Pathologie causée par le rétrécissement du canal rachidien. Une sténose est un rétrécissement d'un conduit ou d'un passage.

Scoliose : Déviation permanente de la colonne vertébrale, liée à une rotation des vertèbres. Elle survient surtout dans l'enfance et l'adolescence, mais peut aussi se déclarer à l'âge adulte.

Tendinose : Pathologie qui affecte les tendons, souvent confondue avec la tendinite. La tendinose désigne une atteinte chronique du tendon tandis que la tendinite se définit par une inflammation du tendon qui peut être liée à un traumatisme, à la pratique d'un sport ou d'une activité professionnelle.

12 /

LA RECHUTE, RÉCIDIVE OU AGGRAVATION D'UNE LÉSION

Les notions de rechute récidive ou aggravation ne sont pas définies dans la Loi, mais voici les définitions qui ont été retenues au fil des années par les tribunaux. On définit la rechute par un retour ou une réapparition des symptômes d'une lésion, la cause n'étant pas disparue ; la reprise d'une lésion qui était en voie de guérison. Alors qu'on définit la récidive en parlant de réapparition d'une lésion après un temps plus ou moins long de guérison et qu'on qualifie d'aggravation l'augmentation de la gravité de la lésion ou de ses séquelles.

Ceci implique nécessairement qu'il y ait modification de la condition de santé du travailleur par comparaison avec la situation prévalant au moment de la dernière consolidation de la lésion.

Le lieu et le moment où survient une rechute, récidive ou aggravation ne constituent pas, comme dans le cas d'un accident de travail, des facteurs déterminants pour l'admissibilité d'une demande. Une rechute, récidive ou aggravation n'a pas à se manifester au travail. Elle peut se manifester n'importe où.

La présomption de l'article 28 ni celle de l'article 29 ne s'appliquent dans les cas de rechute, récidive ou aggravation.

13 /

LA BLESSURE OU MALADIE DÉCOULANT DES SOINS OU DE L'OMISSION DES SOINS REÇUS POUR LA LÉSION PROFESSIONNELLE.

Est considérée être une lésion professionnelle, une blessure ou maladie qui survient par le fait ou à l'occasion des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou par l'omission de ceux-ci ainsi que par le fait d'une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux ou de son plan individualisé de réadaptation.

La jurisprudence s'appliquant à l'accident du travail survenu « par le fait ou à l'occasion » du travail doit s'appliquer de la même façon à l'accident survenu « par le fait ou à l'occasion des soins ». Par exemple, une chute au centre de physiothérapie entraînant une fracture à un autre site de lésion que celui impliqué dans l'accident initial fera en sorte que la fracture deviendra une lésion professionnelle.

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION DE LÉSION PROFESSIONNELLE ?

On peut retrouver aux articles 265 à 280 de la LATMP, les dispositions concernant la procédure de réclamation lorsqu'un travailleur est victime d'une lésion professionnelle.

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle doit aviser son supérieur immédiat ou, à défaut, un autre représentant de l'employeur de tout accident lui ayant causé une lésion, et ce, dès que possible et avant de quitter son travail s'il en est capable. Tout délai mine la crédibilité du travailleur, tant face aux agents de la CNESST qui auront à étudier la réclamation en vue de l'accepter ou de la refuser, que face à l'employeur qui, évidemment, aura tout le loisir de prétendre que la blessure a été faite ailleurs que sur les lieux du travail.

Parfois, les employeurs ont leurs propres formulaires à remplir dans le cadre d'un accident dans leur entreprise, mais afin d'ouvrir un dossier à la CNESST et bénéficier des indemnités offertes, il est plus prudent de remplir également le formulaire que la CNESST met à la disposition des travailleurs et des employeurs. Si l'employeur n'a pas ce type de copie, n'importe quel bureau de la CNESST, à la réception, peut vous fournir ce type de document qui est également disponible sur le site web de la CNESST.

Le travailleur victime d'un accident de travail ou atteint d'une maladie professionnelle doit produire sa réclamation sur le formulaire prescrit à cette fin dans les six mois de la date où il est porté à sa connaissance qu'il s'est infligée cette lésion dans le cadre du travail. Une copie de cette réclamation doit être transmise à l'employeur. Il existe différentes façons de pallier au fait que la réclamation n'a pas été produite dans le délai de six mois, des explications peuvent être données aux décideurs qui étudieront votre contestation car la CNESST refusera en première instance.

Le formulaire de réclamation prescrit par la CNESST comporte neuf éléments. L'identification du travailleur, l'identification de l'employeur et le lieu de l'évènement sont relativement simples à remplir.

Or, au numéro 4 du formulaire, on doit toujours être prudent car il s'agit de la description de l'évènement. Il est opportun d'écrire sur la réclamation : *« J'ai glissé dans l'entrepôt, fait un faux mouvement par l'arrière et je suis tombé du côté droit, les genoux repliés sous moi. Mal de dos, aux deux genoux, au cou et mal de tête apparaît. J'ai consulté le médecin qui me dirige en physiothérapie ».*

Ainsi le lieu de l'accident : *« dans l'entrepôt »*, le mécanisme de l'accident : *« en glissant, j'ai fait un faux mouvement par l'arrière et je suis tombé du côté droit, les genoux repliés sous moi »*, les lésions possiblement identifiables : *« le dos, le cou, les genoux, ainsi que les maux de tête »*, et le suivi : *« consultation d'un médecin qui, s'il y a lieu, réfère en thérapie »*, sont tous identifiés.

La section 6 du formulaire est également importante pour déterminer le montant de l'indemnité de remplacement du revenu auquel vous aurez droit. La situation familiale que vous déclarez sur vos déclarations fiscales doit être la même que celle indiquée sur votre réclamation du travailleur.

Cette réclamation devra être accompagnée d'une attestation médicale qui vous sera fournie par le premier médecin-examineur que vous rencontrerez. Idéalement, cette attestation devra nous indiquer les éléments suivants, c'est-à-dire : le ou les diagnostic(s), la durée approximative de l'arrêt de travail en cochant dans les cases appropriées si, selon lui, le travailleur sera incapable d'exercer son travail pour moins de 60 jours ou pour plus de 60 jours, dans lequel cas, quelle est la date prévisible où la lésion sera consolidée.

15 /

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION DE RECHUTE, RÉCIDIVE OU AGGRAVATION ?

Une rechute, récidive ou aggravation se réclame de la même façon qu'un évènement initial, c'est-à-dire sur le même formulaire qui doit être rempli de la même façon, dans les mêmes délais en indiquant toutefois, à la description de l'évènement, ce qui nous amène à croire que nous sommes en présence d'une rechute, récidive ou aggravation d'une même lésion.

Notez que s'il y a un fait nouveau, un mécanisme nouveau, dans les faits, un évènement nouveau, nous ne pourrions appeler ce nouvel arrêt de travail une rechute, mais bien un nouvel accident, ce qu'il faut différencier à tout prix.

Au point 4 du formulaire nous invitant à décrire l'évènement, on pourrait par exemple y lire : les résultats abrégés d'un test spécifique scan, résonance magnétique, échographie ou autres, ou par exemple la description de nouveaux malaises comme « *aggravation de mon accident du..., apparition d'engourdissement aux jambes* », ce à quoi nous suggérons d'ajouter « *voit mon médecin le...* » ou « *en attente d'une date pour examen* » ou autres. Il est toutefois important qu'on y lise le mot « *aggravation* » ou « *rechute* » ou « *récidive* » et s'il y a lieu la mention de « *mis en arrêt de travail* », pour orienter l'étude de l'agent qui recevra le document. Nous suggérons d'y inscrire votre numéro de dossier initial.

16 /

UN TRAVAILLEUR PEUT-IL POURSUIVRE SON EMPLOYEUR ?

Non, dans la mesure où l'employeur est assujéti au régime québécois de santé et de sécurité du travail qui assure une protection sans égard à la faute. Ce régime est avantageux pour les 2 parties en cause, car le travailleur victime d'une lésion professionnelle reçoit ses indemnités et l'employeur est à l'abri des poursuites.

Toutefois, si le dommage subi par le travailleur a été causé par un tiers, autre que son employeur ou un collègue de travail bien que ce soit dans le cadre de son travail, le travailleur aura en effet le droit de recouvrer de ce tiers une somme correspondant à la différence entre ce que les tribunaux civils pourraient lui accorder et ce qu'il aura reçu de la CNEST. Une action en responsabilité s'impose. Par exemple, un travailleur installe

des tables et chaises dans une salle louée par l'employeur pour une éventuelle réunion. Il reçoit malheureusement sur la tête un luminaire mal fixé par les responsables de la location de la salle ou un travailleur se blesse sérieusement à l'entrée non déneigée de la clinique de physiothérapie où il reçoit des soins pour sa lésion professionnelle. Il pourra alors réclamer à ce tiers, locateur de salle ou propriétaire de la clinique de physiothérapie, les pertes encourues et non indemnisées par la CNESST.

17 /

LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

L'employeur, tenu de verser un salaire pour les 14 premiers jours, doit aviser la CNESST que le travailleur est incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle il s'est blessé. Il réclame par écrit à la CNESST le montant qui lui est remboursable. Le salaire à verser durant ces 14 jours consiste à 90 % du salaire net qu'il lui aurait versé s'il n'avait pas été victime d'accident.

Son avis est fait sur un formulaire prescrit et identifie les noms et adresses du travailleur et de l'employeur, la date du début de l'incapacité, l'endroit et les circonstances de l'accident, le revenu brut prévu par le contrat de travail du travailleur, le montant qui lui est dû et s'il y a lieu, le nom et l'adresse du professionnel de la santé que l'employeur désigne pour recevoir communication du dossier médical. Ce formulaire doit être transmis à la Commission dans les 2 jours du retour au travail si celui-ci s'effectue à l'intérieur des 14 jours suivants la date de début de l'incapacité. Si tel n'est pas le cas, il doit être transmis dans les 2 jours suivants les 14 jours complets du début de l'incapacité du travailleur. Il doit également en remettre copie au travailleur.

C'est également sur ce formulaire, au verso plus précisément, que l'employeur peut indiquer qu'il n'adhère pas à la version du travailleur relativement à un accident de travail, à une maladie professionnelle, ou à la date prévisible de consolidation. Il doit aussi y inscrire les motifs de son désaccord.

Fait important et qui, devant les tribunaux, a déjà fait gagner des travailleurs en défaut de produire leur réclamation dans les délais ; l'employeur, en vertu de l'article 270 LATMP, doit assister le travailleur dans la rédaction de sa réclamation et lui fournir les informations nécessaires à cette fin.

Si le travailleur continue d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle il s'est blessé, le fait accidentel doit tout de même être consigné dans un registre où le travailleur apposera sa signature confirmant ainsi qu'il a été victime d'un accident de travail. Ce registre doit être en tout temps disponible pour la CNESST.

Dès que le travailleur réintègre son emploi, s'il s'est absenté plus d'une journée, l'employeur doit en aviser sans délai la CNESST.

L'employeur peut demander au travailleur de se soumettre à l'examen du professionnel de la santé qu'il désigne. Dans ce cas, il doit informer le travailleur des raisons qui l'incitent à le faire. Il devra payer les frais requis par le professionnel et payer les coûts qu'engage le travailleur pour s'y rendre.

Lorsqu'un travailleur, victime d'une lésion professionnelle, est de retour au travail, son employeur doit lui verser son salaire net pour chaque journée ou partie de journée où il doit s'absenter pour recevoir des soins ou subir des examens médicaux relativement à sa lésion ou pour accomplir une activité dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Les sommes que l'employeur débourse dans ces cas précis lui seront remboursées sur demande par la CSST, sauf pour la période où le travailleur s'absente de son travail pour subir un examen médical requis par l'employeur.

Finalement, il est interdit à l'employeur à qui l'accès au dossier a été accordé d'utiliser ou de communiquer les informations qu'il a reçues à d'autres fins que l'exercice des droits que la Loi lui confère. Il en est de même pour le professionnel de la santé désigné par l'employeur.

18 / **LES OBLIGATIONS DU TRAVAILLEUR**

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle doit aviser son supérieur immédiat ou, à défaut, un autre représentant de l'employeur de tout accident lui ayant causé une lésion, et ce, dès que possible et avant de quitter son travail s'il en est capable. Tout délai mine la crédibilité du travailleur, tant face aux agents de la CNESST qui auront à étudier la réclamation en vue de l'accepter ou de la refuser, que face à l'employeur qui, évidemment, aura tout le loisir de prétendre que la blessure a été faite ailleurs que sur les lieux du travail.

Le travailleur victime d'un accident de travail ou atteint d'une maladie professionnelle, doit produire sa réclamation sur le formulaire prescrit à cette fin dans les six mois de la date où il est porté à sa connaissance qu'il s'est infligée cette lésion dans le cadre du travail. Une copie de cette réclamation doit être transmise à l'employeur.

Le travailleur doit également soumettre une copie de l'attestation médicale (et de tous les rapports médicaux qui suivront) à son employeur. Cela vaut également pour une réclamation de rechute, récurrence ou aggravation.

Un travailleur qui est informé par son médecin que sa lésion est consolidée, qu'il garde ou non des limitations fonctionnelles ou une atteinte permanente, doit en aviser son employeur sans délai.

Le travailleur doit se présenter à ses séances de traitement et tenir la clinique informée de toute nouvelle information concernant son dossier. Il doit revoir son médecin dans les délais prévus pour l'évaluation de son plan de traitement et le revoir de façon régulière. Tout manquement à ces deux conditions pourrait faire en sorte que la CNESST utilise son droit de suspendre les indemnités puisque le travailleur, selon eux, retarde le moment de sa guérison.

Dans le cas où sa réclamation soit refusée, le travailleur doit payer les services qui lui seront donnés par la clinique et garder les reçus. Il pourra par la suite réclamer le remboursement de ceux-ci à la CNESST s'il obtient gain de cause.

Le travailleur doit se soumettre à l'examen du professionnel de la santé désigné par son employeur ou par la CNESST, et ce, aussi souvent que requis.

Finalement, la Loi oblige le travailleur à informer la CNESST de tout changement pouvant influencer ses droits.

19 /

QUI SONT LES AGENTS IMPLIQUÉS AU DOSSIER ET QUEL EST LEUR RÔLE ?

Différents intervenants sont appelés à travailler au dossier d'un travailleur, chacun d'entre eux à un rôle défini.

L'agent d'indemnisation

L'agent d'indemnisation détermine l'admissibilité des travailleurs accidentés qui ont présenté une demande d'indemnisation et procède au paiement des indemnités. Notamment, il procède au paiement des indemnités de remplacement du revenu tant qu'il reçoit une motivation médicale attestant de l'incapacité du travailleur à occuper un emploi. Il est aussi celui qui pourra interroger le médecin-conseil en interne pour confirmer ou refuser la relation entre les diagnostics émis et l'accident. Il sera celui qui assurera un suivi, au besoin, avec le médecin qui a charge et pourra acheminer le dossier au bureau d'évaluation médicale (BEM) à la demande de l'employeur ou de son propre chef s'il a obtenu une évaluation d'un médecin qu'il aura désigné. L'agent est aussi celui qui rembourse les frais de médicaments, kilométrage, etc. L'agent effectue le suivi des contestations selon les normes législatives et les procédures administratives en vigueur. L'ensemble de ses démarches sont consignées dans les notes évolutives au dossier des travailleurs, lesquelles recèlent d'une tonne d'informations intéressantes lorsque vient le moment de comprendre les motivations de l'organisme et de se défendre.

Le conseiller en réadaptation

Le conseiller en réadaptation assiste le travailleur et l'employeur dans la démarche de maintien du lien d'emploi et pour le retour au travail des travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Il évalue les besoins du travailleur pour favoriser la réadaptation physique et sociale pour le retour au travail. Il élabore et met en œuvre, en collaboration avec le travailleur et l'employeur, un plan individualisé de réadaptation. Il est celui qui verra à l'adaptation du véhicule ou de la maison du travailleur pour faciliter son quotidien. Il évaluera les besoins d'une aide personnelle à domicile pour les convalescents ou les handicapés ainsi que les besoins d'une aide à domicile en vue de rembourser les frais engagés pour différents travaux d'entretien courant que le travailleur n'est plus en mesure de faire. Il accompagnera le travailleur dans ses démarches de scolarisation, et/ou de stage en entreprises. Il pourra allouer des subventions à l'embauche, etc. En fait, son rôle est vaste et particulièrement discrétionnaire.

20 /

L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle, ce qui inclut tant l'accident de travail et la maladie professionnelle que la rechute, récurrence ou aggravation, a droit à une indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison de cette lésion. C'est l'article 44 de la Loi qui expose ce principe. On l'appelle communément l'IRR.

Le statut du travailleur voulant qu'il soit un travailleur saisonnier, à temps partiel ou à temps plein, régira également le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu. Le travailleur étudiant, le travailleur autonome, le travailleur sans emploi, mais bénéficiant de l'assurance emploi, ou celui ayant plus d'un emploi ont tous des statuts différents et des articles de loi traitant spécifiquement de la façon de calculer l'indemnité de remplacement du revenu qui doit leur être versée. L'important à retenir est que la Loi prévoit de maintenir le travailleur ayant subi une lésion professionnelle dans des conditions le plus près possible de celles qu'il avait auparavant. Il est donc possible en vertu de l'article 67 de bonifier le revenu brut en y ajoutant, preuve à l'appui, les bonis, primes, pourboires, commissions, heures supplémentaires, etc.

Les indemnités versées en vertu de la présente Loi sont incessibles, insaisissables et non imposables, sauf l'indemnité de remplacement du revenu qui est saisissable, jusqu'à concurrence de 50 %, pour le paiement d'une dette alimentaire.

21 /

COMMENT SE CALCULE LA BASE SALARIALE UTILISÉE PAR LA CNESST ?

L'employeur paiera le jour de l'accident à 100 % soit le salaire normal qu'aurait reçu le travailleur. Les 14 premiers jours d'absence seront payés par l'employeur à raison de 90 % du salaire net qu'il aurait reçu, n'eût été l'accident. La Commission versera au travailleur l'indemnité de remplacement du revenu à laquelle il a droit à compter du 15^e jour complet suivant le début de l'incapacité à exercer son emploi. Le revenu maximal assurable est fixé annuellement, et le revenu ne peut jamais être moindre que le salaire minimum en vigueur. L'IRR est augmentée chaque année à la date du début de l'incapacité du travailleur à exercer son emploi. L'augmentation annuelle varie d'année en année.

Dans les cas de rechute récurrence ou aggravation, la Loi spécifie que le travailleur qui n'a plus d'emploi lorsque se manifeste sa lésion professionnelle a droit à cette indemnité s'il devient incapable d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement. C'est alors la CNESST qui lui versera son indemnité dès le départ. S'il était au travail alors que se manifeste la rechute, les 14 premiers jours d'absence seront payés par l'employeur.

Dans un cas comme dans l'autre, pour établir le 90 % du salaire net à verser, la CNESST utilisera le salaire brut le plus élevé entre celui qu'il tire de l'emploi qu'il occupe lors de cette récurrence, et le revenu brut qui a servi de base au calcul de son indemnité précédente revalorisée.

22 /

DROIT À L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

Un travailleur a droit :

À une indemnité de remplacement du revenu (IRR) s'il devient incapable d'occuper son emploi, et ce tant que sa lésion n'est pas consolidée;

À la poursuite de l'IRR après la consolidation, tant que la CNESST n'a pas rendu de décision concernant sa capacité de travail;

À la prolongation de l'IRR jusqu'à un an à la suite d'une décision de capacité à occuper son emploi si son droit au retour du travail est échu et qu'il est dans l'impossibilité de retourner chez son employeur;

À la prolongation de l'IRR jusqu'à un an à la suite d'une décision de capacité à occuper un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail, communément appelée la période de recherche d'emploi;

À la poursuite de l'IRR jusqu'à l'âge de 68 ans si le travailleur avait 60 ans au moment de l'accident du travail (ou 55 ans dans le cas d'une maladie professionnelle) et si aucun emploi convenable respectant ses limitations n'est disponible chez son employeur.

À la reprise de l'IRR s'il doit abandonner dans les 2 ans l'emploi convenable qu'il occupait à temps plein sous recommandation médicale. L'article 51 de la Loi qui énonce ce droit est malheureusement peu connu et appliqué.

23 /

CESSATION OU EXTINCTION DU DROIT À L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

La CNESST cesse de verser une indemnité de remplacement du revenu lorsque les dispositions de la Loi lui permettent de cesser de le faire ou lorsque les dispositions de la Loi l'obligent à le faire par l'extinction du droit.

La cessation

La CNESST cesse de verser l'indemnité de remplacement du revenu à la première des dates suivantes :

- Celle où elle est informée par l'employeur ou le travailleur que ce dernier a réintégré son emploi ou un emploi équivalent;
- Celle où elle reçoit du médecin qui a charge du travailleur un rapport indiquant la date de consolidation de la lésion professionnelle dont a été victime le travailleur et le fait que celui-ci n'a pas gardé de limitations fonctionnelles et qu'il n'a pas besoin de réadaptation

L'extinction

Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'éteint au premier des évènements suivants :

- Lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi sous réserve de l'article 48 qui énonce qu'un travailleur aura droit à une année de recherche d'emploi s'il a perdu son emploi suivant l'expiration de son droit de retour au travail ;
- Quatre ans après la date du début de l'incapacité à exercer son emploi pour un travailleur qui est victime d'une lésion professionnelle alors qu'il est âgé d'au moins 64 ans (notez que ce dernier aura droit à 1 an de pleine indemnité et verra son indemnité réduite de 25 % chaque année par la suite).

Aucun autre motif n'est permis dans la Loi pour mettre fin au droit à l'indemnité de remplacement du revenu.

24 /

LA SUSPENSION DU DROIT À L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

La LATMP stipule que, sous certaines conditions, l'indemnité de remplacement de revenu peut être suspendue. Notamment, lorsque le travailleur, sans raison valable, entrave un examen médical, empêche ou retarde sa guérison ou sa réadaptation, lorsqu'il néglige de fournir les renseignements nécessaires ou fournit des renseignements inexacts.

Le travailleur peut également voir son IRR suspendue s'il omet ou refuse de se prévaloir des mesures de réadaptation prévues à son plan individualisé de réadaptation, s'il omet ou refuse de faire le travail que son employeur lui a assigné et qu'il est tenu de faire, puisqu'approuvé par son médecin, ou encore, s'il omet ou refuse d'informer son employeur de la date de consolidation de sa lésion et du fait qu'il en garde ou non une limitation fonctionnelle. L'article 142 de la Loi expose l'ensemble de ces motifs.

Cette mesure en est une temporaire. Elle est une mesure incitative visant à obtenir la collaboration du travailleur ou à l'amener à corriger un comportement proscrit.

La CNESST ne peut suspendre rétroactivement des indemnités et demander à recouvrer une indemnité qu'elle a déjà versée dans le cadre de cet article de Loi.

25 /

LE DROIT AUX VACANCES

La couverture assurée par la CNESST implique assidûment la participation du travailleur dans sa guérison que dans son processus de réadaptation autant que s'il était en emploi. Il peut toutefois se présenter des situations où le travailleur peut faire des choix personnels (vacances, retraite, voyage, etc.).

S'il est appelé à manquer ses traitements pour un déplacement ou des vacances, le travailleur devra obtenir l'autorisation ou même la prescription de son médecin qui attestera

du besoin du travailleur et du fait que son absence ne mettra pas en péril ses traitements. Bien entendu s'il est possible pour le travailleur de choisir une période où il est en attente de traitement, de chirurgie, etc. il est beaucoup plus probable que ses vacances soient autorisées qu'en plein milieu de plan de physiothérapie ou autre. La CNESST pourrait tolérer une courte absence sans suspendre ou mettre fin aux indemnités.

En matière de réadaptation, c'est plus complexe. Lors de la mise en œuvre du plan individualisé de réadaptation, un travailleur qui choisit de prendre des vacances de faire un voyage ou de prendre sa retraite ne verra pas la CNESST intervenir si ce choix n'entrave pas la mise en œuvre du plan et n'entraîne aucun délai sur la prise de décision. Si le choix du travailleur retarde la réalisation du PIR sans toutefois le compromettre, son indemnité de remplacement de revenu sera suspendue jusqu'à ce qu'il soit prêt à s'impliquer à nouveau. Si le travailleur choisit de se déplacer pendant sa période de recherche d'emploi, il y a moins d'impact.

26 / **DÉCÈS D'UN TRAVAILLEUR**

Le décès d'un travailleur en raison d'une lésion professionnelle donne droit aux indemnités prévues par la Loi. Lorsque la balance des probabilités tend à attribuer le décès à la lésion professionnelle, il y a ouverture au droit aux indemnités de décès.

Afin d'établir le droit aux diverses indemnités, on doit connaître la cause du décès. Il n'y a pas toujours une relation directe. Certains travailleurs sont porteurs de condition personnelle connue ou méconnue, certaines de ces conditions peuvent avoir un impact sur les conséquences d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle et dans les faits causer la mort.

Causé par la lésion professionnelle

En vertu de l'article 97, pour obtenir gain de cause, la succession du travailleur doit faire la démonstration, par preuve prépondérante, que le décès du travailleur est survenu à cause de sa lésion professionnelle. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une preuve équivalant à un niveau de certitude médicale, mais il est nécessaire, aux fins de se prononcer sur une telle relation que la preuve la démontre de manière prépondérante à tout le moins un niveau de probabilité qui dépasse la simple possibilité, voire l'hypothèse.

De cause mixte

Par exemple, il est possible de faire la relation entre le décès du travailleur et un accident de travail survenu quelques jours plus tôt si, pendant le processus de soins, celui-ci attrape une bactérie qui entraîne un choc septique menant à son décès. On doit arriver à la conclusion que la lésion professionnelle a contribué de manière considérable au décès.

La Lésion professionnelle aggravant une condition personnelle

Même dans les cas où le travailleur décédé était porteur d'une condition personnelle, le décès en soi peut être reconnu en lien avec la lésion professionnelle si la CNESST reconnaît que la lésion professionnelle a aggravé la condition personnelle du travailleur.

Présomption pour les victimes de maladie professionnelle reconnue

Un travailleur qui décède des suites d'une maladie professionnelle pour laquelle il reçoit une indemnité de remplacement du revenu est présumé être décédé en raison de cette maladie si celle-ci en est une qui peut entraîner le décès. La Loi émet cette présomption favorable au travailleur, ce qui minimise la preuve devant être fournie par la succession pour faire reconnaître que le décès est relié à la lésion professionnelle. Toutefois, l'article 95 qui émet cette présomption nous indique également que la présomption s'appliquera uniquement si la Commission a la possibilité de faire faire l'autopsie du travailleur.

Le suicide

Dans les cas particuliers de suicide du travailleur, la CNESST demandera des preuves qui seront jugées parfois trop exigeantes par le tribunal. Ainsi, souvent le tribunal a déterminé que l'intensité des douleurs, le découragement, la baisse de l'estime de soi, les démêlés juridiques, le manque à gagner, le manque de soutien, etc. sont des éléments reliés à la lésion professionnelle et peuvent donc être reconnus comme des éléments responsables du suicide, rendant celui-là même admissible à titre de lésion professionnelle et donnant ouverture aux bénéfices de la Loi.

27 /

INDEMNITÉ POUR DÉCÈS

La Loi prévoit l'attribution d'indemnités de décès lorsqu'un travailleur décède en raison d'une lésion professionnelle. Ces indemnités peuvent être accordées aux personnes envers lesquelles le travailleur décédé avait une obligation de soutien alimentaire.

Le conjoint

Le conjoint du travailleur décédé a droit de recevoir une indemnité forfaitaire pouvant représenter un montant variant entre une et trois fois le revenu brut annuel d'emploi qui sert au calcul de l'indemnité de remplacement de revenu du travailleur. Ce revenu est revalorisé et soumis au maximum assurable.

Le conjoint du travailleur décédé a droit également à une indemnité équivalente à 55 % de l'indemnité du remplacement du revenu à laquelle avait droit le travailleur à la date de son décès. Cette indemnité est payable mensuellement à compter de la date du décès du travailleur, pendant une période pouvant varier d'un à trois ans.

Le conjoint aura également droit, au décès du travailleur, à une indemnité forfaitaire fixe versée afin de permettre au conjoint de faire face aux dépenses subites causées par le décès du travailleur. S'il n'a pas de conjoint, cette somme fixe sera divisée entre les personnes à charge.

Un enfant du travailleur comprend une personne à qui le travailleur tenait lieu de mère ou de père lors de son décès, en plus des enfants biologiques de celui-ci.

L'enfant

L'enfant mineur à la date du décès du travailleur a droit, et ce jusqu'à sa majorité, de recevoir une rente mensuelle plutôt qu'une indemnité forfaitaire afin de lui assurer une sécurité de revenu dont il est privé par le décès du travailleur. Cela évite également la

gestion d'une somme forfaitaire et des revenus qu'elle génère.

Toutefois, si cet enfant, une fois majeur, fréquente à plein temps un établissement d'enseignement, il a droit alors à une indemnité forfaitaire finale.

Si l'enfant mineur du travailleur, à la date du décès, était invalide et l'est encore à la date de sa majorité, il a droit, à cette dernière date, à une indemnité forfaitaire plutôt qu'à l'indemnité mensuelle prévue.

L'enfant majeur du travailleur qui est âgé de moins de 25 ans à la date du décès de ce dernier et qui, à cette date, fréquente à plein temps un établissement d'enseignement a droit à une indemnité forfaitaire.

L'enfant majeur du travailleur qui est âgé de moins de 25 ans à la date du décès de celui-ci et qui est invalide à cette date a droit à une indemnité forfaitaire calculée différemment.

Les autres

Il s'agit des personnes autres que le conjoint et les enfants du travailleur qui ont droit aux indemnités de décès. Elles sont toutefois divisées, pour le calcul des indemnités, selon qu'elles soient à charge à 50 % et plus ou à 50 % et moins. Elles auront droit à une indemnité forfaitaire variant selon leur statut.

28 / **LE MÉDECIN QUI A CHARGE**

Le médecin qui a charge du travailleur est celui qui l'examine, est choisi par le travailleur par opposition à celui qui lui a été imposé par la CNESST ou l'employeur, ou par opposition à celui qui n'agirait qu'à titre d'expert.

Le médecin qui a charge suit l'évolution médicale, établit un plan de traitement et assure le suivi du dossier d'un patient. Un travailleur ne peut avoir qu'un seul médecin qui a charge à la fois. Toutefois, il lui sera possible d'avoir plus d'un médecin traitant de façon successive. Le travailleur ne peut contester les conclusions de son propre médecin, lesquelles lient la CNESST. C'est pourquoi l'identification du médecin qui a charge est d'une importance primordiale pour le dossier du travailleur.

L'identification du médecin qui a charge est une question qui n'est pas toujours simple à résoudre et ses conséquences peuvent être importantes pour l'une ou l'autre des parties. Il est important que le médecin qui a charge soit le choix du travailleur et qu'il assure un suivi. À ce titre, il faut se garder d'appliquer la loi de manière à ce qu'il devienne possible pour un travailleur de « magasiner » ses opinions médicales jusqu'à ce qu'il obtienne celle qui fasse son affaire.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles accorde un rôle primordial au médecin qui a charge, communément appelé le médecin traitant. La CNESST est liée par les opinions qu'il émet entre autres sur les éléments énoncés à l'article 212, soit :

- Le diagnostic ;
- La date de consolidation ;
- La nature, nécessité, suffisance et/ou durée des soins ;
- L'existence ou non d'un pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ;
- L'existence ou non de limitations fonctionnelles et l'évaluation de celles-ci.

L'opinion du médecin qui a charge constitue un élément extrêmement important dans la méthode d'évaluation médicale de la Loi. Dans ses rapports, l'information qu'il y inscrit doit être complète et appropriée. On souhaite que l'information médicale transmise par le médecin qui a charge en soit une de qualité afin qu'on puisse trouver des solutions appropriées et adaptées au travailleur, sans compter que cela permettra à la Commission d'avoir une bonne compréhension de la lésion et de ses conséquences.

Le médecin référé

En temps normal, le médecin référé au travailleur à la demande de son propre médecin devient le médecin qui en a charge. Souvent, cette situation se produit lorsque dans son rapport final, le médecin du travailleur indique que la lésion entraîne une atteinte permanente et des limitations fonctionnelles, mais qu'il ajoute qu'il ne produira pas le rapport d'évaluation de l'atteinte permanente et qu'il dirige le travailleur vers un autre médecin à cet égard. Certains même écriront sur leur rapport final qu'ils réfèrent le travailleur à la CNESST pour cette évaluation. Ainsi, la CNESST désignera un médecin selon le processus de l'article 204 de la loi. Elle devrait plutôt informer le travailleur de son droit de retenir les services d'un autre médecin pour l'évaluation. Si ce dernier n'en connaît pas et qu'il demande des références, ce serait différent. Le travailleur aura fait un choix, autrement il lui sera permis de contester les conclusions devant le tribunal d'appel.

Dans certaines circonstances, besoin d'intervention chirurgicale ou de soins particuliers, le médecin qui a charge n'aura d'autre choix que de transférer son patient à un autre médecin. Ce dernier prendra alors en charge le travailleur et suivra son évolution en prenant la relève et en établissant un nouveau plan de traitements.

La CNESST n'émettra pas de réticences surtout si le travailleur a donné son accord à ce transfert. Un travailleur peut donc être pris en charge successivement ou en même temps par plusieurs médecins aux spécialités souvent différentes pendant l'évolution de sa lésion professionnelle et des traitements spécifiques rendus nécessaires. Ainsi un travailleur peut être suivi par un orthopédiste et un psychiatre en même temps et les deux seront médecins traitants dans le cadre de leur spécialité.

29 /

LE TRAVAILLEUR PEUT-IL SE FAIRE SOIGNER EN CLINIQUE PRIVÉE ?

Le travailleur a le libre choix absolu du professionnel de la santé. La CNESST ne peut

assujettir ce choix à la proximité du médecin ni au fait que ce médecin fournit ses soins en clinique privée plutôt que dans un centre hospitalier.

Dans certains cas exceptionnels, la CNESST pourrait autoriser des soins en clinique privée au Québec ou ailleurs si le traitement requis, bien que reconnu scientifiquement, ne se donne pas au Québec et/ou dans le système public.

30 /

LE MÉDECIN DÉSIGNÉ

Rappelons-nous qu'il y a trois parties dans un dossier d'accident de travail, soit le travailleur, l'employeur et la CNESST. Tous ont droit, en matière d'assurances, de procéder à un examen médical par le biais de leur médecin désigné.

L'article 204 énonce que la CNESST peut exiger d'un travailleur qu'il se soumette à un examen pour obtenir un rapport, et ce, en tout temps. La CNESST n'est donc pas limitée à demander le rapport d'un médecin désigné uniquement quand elle reçoit un rapport du médecin traitant.

L'article 209 indique que l'employeur peut exiger que le travailleur se soumette à un examen lorsque le médecin qui a charge soumet un rapport. Notez que l'employeur peut faire évaluer un travailleur en tout temps et sans se soucier du délai de 30 jours. Ce délai n'est opposable que si l'employeur veut contester les conclusions du médecin traitant.

Dans un cas comme dans l'autre, le rapport du médecin désigné, s'il infirme une ou des conclusions du médecin traitant, doit être transmis à ce dernier et il aura le choix, puisque les articles 205.1 et 212.1 le lui accordent, de répondre sur un formulaire « *Rapport complémentaire* » dans les 30 jours de la réception du rapport du médecin désigné.

31 /

LE MÉDECIN MEMBRE DU BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE (BEM)

Le conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre soumet annuellement au ministre une liste de professionnels de la santé qui accepteront d'agir comme membres du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Cette liste reste en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit remplacée.

En d'autres mots, le médecin qui devra donner son avis à titre de membre du BEM doit être neutre, disponible et objectif lorsqu'il rencontre un travailleur victime d'une lésion professionnelle

Le membre du BEM étudiera le dossier qui lui a été soumis. L'article 220 indique qu'il peut, s'il le juge à propos, examiner le travailleur ou requérir de la Commission tout renseignement ou document d'ordre médical qu'elle détient ou peut obtenir au sujet du travailleur. Ceci lui donne donc la possibilité de ne pas examiner le travailleur, en l'occurrence s'il ne se présente pas au rendez-vous, et d'émettre une opinion sur dossier. Bien entendu, le travailleur ou son représentant devra soulever le peu de crédibilité du membre

du BEM, tenant compte que cet examen n'a pas été fait. Le travailleur devra toutefois répondre de son absence au rendez-vous qui avait été fixé.

Le membre du BEM par avis écrit, infirme ou confirme le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur et du professionnel de la santé désigné par l'employeur ou par la CNESST, relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 de l'article 212, et, il y substitue les siens s'il y a lieu. Son opinion doit être motivée et liera la CNESST qui devra rendre une décision en conséquence de celle-ci.

Le BEM, s'il l'estime approprié, peut donner son avis relativement à chacun de ces cinq sujets, même si le médecin qui a charge du travailleur ou le médecin désigné par la CNESST ou par l'employeur ne s'est pas prononcé à ce sujet. Le BEM a donc l'occasion de donner son opinion sur l'ensemble du dossier en vertu de l'article 221.

La décision qui entérinera les conclusions du membre du BEM pourra être contestée par le travailleur et par l'employeur, s'ils sont en désaccord.

32 /

LA CNESST PEUT-ELLE FAIRE CORRIGER LES RAPPORTS DE MÉDECINS ?

La CNESST peut demander certaines modifications au BEM. Cependant, bien que la CNESST puisse demander au membre du BEM d'apporter certaines corrections d'ordre technique et non d'ordre médical à son avis pour le rendre conforme au Règlement sur le barème des dommages corporels, elle ne peut intervenir auprès du membre du BEM pour tenter de lui faire modifier son avis, lorsque celui-ci résulte de son opinion médicale.

Dans la pratique, il n'est pas rare qu'un médecin de la CNESST intervienne auprès du médecin d'un travailleur et, le plus souvent, par téléphone. L'intervention du médecin de la CNESST vise à obtenir des informations pertinentes et, dans l'ensemble, tant que cette intervention n'a pas pour but de modifier une opinion médicale, elle pourra être jugée pertinente et autorisée par la Loi.

Toutefois, lorsqu'une intervention a pour but d'amener le médecin qui a charge à modifier le contenu d'un de ses rapports, ces interventions seront jugées illégales. Les interventions doivent s'effectuer dans le respect de l'opinion du médecin qui a charge et doivent être faites sans pression à l'égard de ce dernier. En principe, les interventions sont relatives aux notes évolutives du travailleur, de là l'importance de prêter une attention toute particulière au contenu de celles-ci.

33 /

LE CAS PARTICULIER DES MALADIES PULMONAIRES

La Loi prévoit des dispositions particulières aux maladies professionnelles pulmonaires. En effet, lorsqu'un travailleur produit une réclamation à la CNESST alléguant qu'il est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire, la CNESST doit, dans les dix jours, le référer au Comité des maladies professionnelles pulmonaires.

Le Comité des maladies professionnelles pulmonaires est composé de trois pneumologues, dont un président qui est professeur agrégé ou titulaire dans une université québécoise. Ces pneumologues sont nommés pour quatre ans par le ministre et demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

Le Comité examinera le travailleur dans les 20 jours de la demande de la CNESST et produira un rapport écrit à la Commission de son diagnostic dans les 20 jours de l'examen. Si son diagnostic est positif, le Comité devra écrire ses constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une rechute, récurrence ou aggravation.

On peut donc voir à ce titre que les cas particuliers de maladies professionnelles pulmonaires dérogent de la règle. Ce n'est pas le médecin traitant ou qui a charge qui a le dernier mot, mais bien le Comité des maladies professionnelles pulmonaires.

34 /

LES DIFFÉRENTS RAPPORTS MÉDICAUX

Le suivi médical d'une lésion est la raison même de l'indemnisation. Les rapports d'évolution réguliers assurent la continuité administrative.

L'attestation médicale

Il s'agit d'un formulaire qui doit être rempli par le premier médecin qui prend en charge un travailleur victime d'une lésion professionnelle. Cette attestation doit contenir le diagnostic, indiquer s'il est prévisible que la lésion professionnelle du travailleur sera consolidée dans les 14 jours complets suivant la date de son incapacité ou si la lésion professionnelle sera consolidée plus de 14 jours après le jour où il est devenu incapable d'exercer son emploi.

Le rapport médical

Un médecin qui a pris à sa charge d'un travailleur et qui constate que la lésion professionnelle ne sera pas consolidée dans les 14 jours suivant le début de l'incapacité doit fournir à la CNESST, dans les 6 jours de son premier examen, un rapport médical sommaire indiquant la date de l'accident, le diagnostic principal, la période prévisible de consolidation de plus ou moins 60 jours, le fait que le travailleur soit en attente de traitements ou d'hospitalisation et, s'il y a lieu, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent. Dans la réalité, le médecin qui a charge remplit le même jour de la première visite l'attestation et le rapport médical. Les visites subséquentes, tant et aussi longtemps que la lésion ne sera pas consolidée, devront aussi être notées sur un rapport médical, dont l'information doit être complète et appropriée, et transmise à la CNESST.

Le rapport final

Dès que la consolidation de la lésion est atteinte, le médecin qui a charge doit transmettre un rapport final indiquant la date de consolidation, la présence ou non d'atteinte permanente et de limitations fonctionnelles résultant de la lésion. Le rapport final doit aussi indiquer s'il y a eu une aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion, et si le médecin qui a charge sera en mesure de remplir le rapport d'évaluation médicale ou s'il préfère qu'un autre médecin fasse cette démarche.

Le rapport d'évaluation médicale (REM)

Un rapport d'évaluation médicale devra être fourni par le médecin traitant du travailleur suite à l'émission du rapport final. Ce rapport d'évaluation médicale doit couvrir les cinq points de l'article 212 en précisant le diagnostic, la nécessité ou la suffisance des traitements, la date de consolidation, la présence et l'évaluation du pourcentage de l'atteinte permanente en vertu du barème de la LATMP et les limitations fonctionnelles suggérées.

Comme nous l'avons précisé précédemment, le rapport d'évaluation médicale peut ne pas être rempli par le médecin qui a charge si ce dernier n'effectue pas ce genre d'évaluation. Le médecin qui agira en faisant cette évaluation après que le travailleur lui eut été référé deviendra pour ces conclusions le médecin qui a charge.

Les rapports de médecins désignés

L'employeur et la CNESST peuvent, en vertu des articles 204 et 209 de la loi, exiger qu'un travailleur se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'ils désigneront pour obtenir un rapport écrit sur toute question relative à la lésion. Le médecin désigné devra émettre ses conclusions quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 de l'article 212. Son rapport aura la forme d'une expertise.

Le médecin désigné par l'employeur peut également se prononcer sur la relation entre la blessure ou la maladie du travailleur et l'accident de travail ou le travail qu'il exerce ou a exercé. L'employeur et la Commission doivent transmettre, dès réception, au travailleur et au médecin qui en a charge, copie des rapports qu'ils ont obtenus de leur médecin désigné.

L'information médicale écrite ou le bilan médical téléphonique

Certains éléments inhabituels peuvent survenir en cours de traitement d'une lésion professionnelle. La CNESST a alors tout le loisir de demander des informations additionnelles au médecin qui a charge. Elle peut procéder par bilan téléphonique et colliger le tout dans la section des notes évolutives du dossier ou peut procéder par une demande d'information médicale écrite.

Le rapport complémentaire

Si le rapport du médecin désigné de l'employeur ou de la CNESST infirme certaines ou toutes les conclusions du médecin qui a charge, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception du rapport, fournir à la CNESST un rapport complémentaire pour étayer ses conclusions et y joindre, s'il y a lieu, un rapport de consultation motivé.

L'avis du membre du bureau d'évaluation médicale (BEM)

La Commission peut soumettre au bureau d'évaluation médicale le rapport de son médecin désigné et, le cas échéant, le rapport complémentaire du médecin qui a charge. La Commission doit soumettre le rapport du médecin désigné de l'employeur et, le cas échéant, le rapport complémentaire du médecin qui a charge au bureau d'évaluation médicale.

Elle lui transmettra sans délai le dossier médical complet qu'elle possède au sujet de la lésion professionnelle dont a été victime le travailleur et qui fait objet de la contestation. Le membre du bureau d'évaluation médicale peut, s'il le juge à propos, examiner le tra-

vaille ou requérir de la Commission tout renseignement qu'elle détient au sujet d'un travailleur. Il doit aussi examiner le travailleur si celui-ci le lui demande.

Le membre du bureau d'évaluation médicale, par avis écrit et motivé, infirmera ou confirmera le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge et/ou du médecin désigné par la CNESST ou par l'employeur relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 de l'article 212. Il peut également, s'il l'estime approprié, donner son avis relativement à chacun de ces sujets, même si le médecin qui a charge, ou l'un ou l'autre des médecins désignés, ne s'est pas prononcé relativement à ce sujet. Il doit rendre son avis dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis.

Autres rapports

La section médicale d'un dossier de lésion professionnelle à la CNESST peut comprendre également les rapports périodiques de physiothérapie, de psychothérapie, d'ergothérapie ou tout autre type de traitement autorisé dans le cadre de la lésion professionnelle. Cette section comprendra également les prescriptions médicales et les remboursements qui ont été effectués.

L'expertise médico-légale

L'expertise médico-légale est un document facultatif requis par le travailleur ou l'employeur, et obtenu dans le but de renforcer sa preuve ou de donner des explications plus précises. L'expert médical ne peut être le médecin qui a charge. Très souvent, il s'agit d'un médecin spécialiste.

35 /

LE DIAGNOSTIC

En médecine, le diagnostic intégral inclut le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique. C'est-à-dire qu'un diagnostic se bâtit à partir des renseignements aussi précis que possible et de l'examen clinique. Le diagnostic doit aussi permettre d'identifier la nature de la maladie et d'éliminer d'autres maladies qui ont des symptômes similaires. Finalement, le diagnostic permet de reconnaître les causes de la maladie pour la traiter correctement. La CNESST ou le Tribunal qui aura à discuter d'une question de relation pourra, bien entendu, apprécier l'opinion des médecins ou des experts. Toutefois, elle n'est pas liée par leur opinion.

Lorsque la CNESST doit décider de l'admissibilité d'une réclamation d'accident ou de maladie professionnelle, elle est tenue d'examiner l'attestation médicale du médecin traitant ainsi que le formulaire de réclamation. Elle doit bien entendu y voir une corrélation entre le diagnostic émis et le mécanisme de l'accident rapporté. Cette première notion qu'est le diagnostic l'amènera à analyser la notion de blessure qu'on retrouve à la présomption de l'article 28. Le médecin qui a charge a donc la lourde tâche de diriger l'analyse de la CNESST et permettre ainsi que son patient soit rapidement indemnisé ou pas.

36 /

LA NÉCESSITÉ DE TRAITEMENTS ET LA CONSOLIDATION

Bien que la CNESST soit liée par l'opinion du médecin qui a charge en ce qui a trait aux

soins et aux traitements nécessaires à une lésion, cette dernière a limité dans la Loi et dans ses règlements le remboursement des soins et traitements.

C'est donc dire que tous les soins et traitements prescrits par le médecin ne sont pas remboursables par la CNESST. Par exemple, la massothérapie et l'ostéopathie ne font pas partie des traitements remboursables par la CNESST. La relation entre les traitements prescrits et la lésion professionnelle doit s'appuyer sur les faits au dossier dans leur ensemble.

Il est important de noter qu'un examen médical, soit tomographie, résonance magnétique, ou autre, ne constitue pas un traitement ou un soin.

La notion de consolidation est essentiellement médicale. La date de consolidation se fixe au moment où aucune amélioration de l'état de santé du travailleur n'est prévisible. Le médecin qui détermine cette date doit avoir une certaine objectivité. L'espoir d'amélioration de l'état d'un travailleur doit s'appuyer sur des règles médicales. La simple stabilité de l'état d'un travailleur n'est pas suffisante pour conclure à la consolidation, il est nécessaire de vérifier qu'aucune amélioration n'est prévisible.

On peut établir que tant qu'un médecin procède à une investigation médicale, la lésion n'est pas consolidée puisqu'on ne peut conclure, lorsqu'on est à la recherche d'un élément médical, qu'aucune amélioration de la condition du travailleur n'est prévisible. Le terme consolidation n'est pas synonyme de guérison. On parle plutôt de plateau thérapeutique.

37 /

L'EXISTENCE OU LE POURCENTAGE D'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE

Précisons qu'une atteinte permanente est composée d'un déficit anatomophysiologique (DAP), d'un préjudice esthétique (PE), s'il y a lieu, et d'un pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV). Le pourcentage de DPJV se détermine par le biais d'un tableau et n'est donc pas fixé par le médecin.

Le DAP et le PE, quant à eux, seront évalués par le médecin. Il s'agit d'un indice de mesure des différentes séquelles fonctionnelles ou esthétiques. Les notions d'atteinte permanente et de limitations fonctionnelles sont intimement reliées. Bien qu'elles puissent avoir une influence l'une sur l'autre, la détermination de l'existence d'une atteinte permanente et celle de l'existence de limitations fonctionnelles constituent deux questions distinctes qui doivent s'apprécier selon la preuve au dossier.

Il y a au *Règlement sur le barème des dommages corporels*, des atteintes permanentes pour lesquelles le pourcentage de DAP est établi à zéro. Ceci ne signifie pas que l'atteinte permanente n'existe pas, mais simplement qu'elle ne donne pas droit de recevoir une indemnité pour dommages corporels.

L'examen

L'examen physique réalisé par le médecin sera centré sur la région ou le système atteint. Pour le système musculo-squelettique, le médecin examine les déformations, cicatrices,

désaxations, les limitations des amplitudes articulaires, les forces des groupes musculaires, la sensibilité et la qualité de la vascularisation.

38 /

LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

La limitation fonctionnelle réfère à la limitation de fonctions comme de se pencher, de marcher, d'effectuer des mouvements de rotation ou de torsion, etc. Ces limitations sont évaluées en comparaison avec les mouvements dits normaux.

Les fonctions exercées par un travailleur dans le cadre de son emploi ne constituent pas un facteur à considérer quand on détermine ses limitations fonctionnelles. Cet élément sera évalué lorsqu'on aura à observer la capacité du travailleur à reprendre son emploi. Le médecin-évaluateur doit plutôt, tout comme pour l'évaluation de l'atteinte permanente, évaluer les limitations fonctionnelles en vérifiant l'impossibilité ou la difficulté pour un travailleur de faire certains mouvements, et pas nécessairement ceux qu'il devra accomplir dans le cadre de son travail.

Le médecin interrogera le travailleur sur sa capacité à fonctionner dans ses activités quotidiennes. On doit donc conclure que l'évaluation des limitations fonctionnelles a une partie très subjective. En effet, un examen médical n'implique pas de mises en situation comme certaines activités courantes de la vie peuvent nous amener à en faire. Avant de statuer, le médecin évaluateur devra considérer si les allégations du travailleur sont fiables et compatibles avec la pathologie dont il est affecté.

Limitations fonctionnelles préventives

Il existe également des limitations fonctionnelles qui ont pour but de prévenir les rechutes. Le médecin doit effectivement considérer les allégations d'un travailleur quant à l'impact de l'accomplissement de certains mouvements sur l'évolution de sa condition pour ainsi prévoir et prévenir des rechutes à répétition. Le médecin qui décrit les limitations doit être précis dans les gestes, mouvements ou positions à proscrire.

Le guide

Les médecins-évaluateurs se baseront beaucoup sur les études menées par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST). Ainsi, il n'est pas rare de voir dans les évaluations qu'un évaluateur indique que le travailleur est porteur de limitations de classe 1, ou classe 2, ou classe 3, etc. Parmi ces limitations, on retrouve la réduction de capacité à exécuter certains mouvements, à adopter certaines positions, à subir certaines charges ou certaines contraintes.

39 /

LA DOULEUR

La douleur est une expérience subjective désagréable qui constitue la principale raison pour laquelle les gens consultent un médecin. Une des fonctions principales de la douleur est de nous informer que quelque chose ne tourne pas rond et menace notre intégrité physique. La symptomatologie douloureuse, soit la douleur, pour être indemnifiable, doit correspondre à des séquelles permanentes, c'est-à-dire à des signes cliniques qui se

mesurent. Une seule allégation de douleur n'est pas suffisante pour octroyer une atteinte permanente. Toutefois, la présence de douleur devenue chronique peut constituer une indication de restrictions fonctionnelles.

L'existence de douleurs chroniques peut être considérée dans certaines circonstances comme une atteinte permanente même si les examens objectifs sont tous normaux.

L'attribution de limitations fonctionnelles peut se justifier par la présence de séquelles douloureuses qui ont pour effet de restreindre un travailleur dans l'exercice de son emploi ou de ses activités quotidiennes, ou encore lorsque celui-ci présente un risque de rechute, récidive ou aggravation.

40 /

LE DROIT DE RETOUR AU TRAVAIL

La Loi prévoit qu'un travailleur pourra revendiquer son droit de retour au travail à l'intérieur de l'année qui suit le début de sa période d'absence continue si l'établissement dans lequel il exerce son emploi compte 20 travailleurs ou moins. Le délai passe à deux ans si l'établissement compte plus de 20 employés. Il s'agit de l'établissement, lieu où sont regroupées les activités de l'entreprise, ce qu'il faut distinguer de la notion d'entreprise elle-même.

La période d'absence continue débute au moment où un travailleur subit une lésion professionnelle et que pour cette raison, il devient incapable d'occuper son emploi.

Si le travailleur redevient capable d'exercer son emploi 1 an après le début de la période d'absence continue, alors que son établissement compte 20 travailleurs ou moins, ou lorsqu'un travailleur redevient capable d'exercer son emploi dans les 2 ans suivant le début de la période d'absence, si l'établissement où il travaillait comptait plus de 20 travailleurs et que l'employeur n'est pas en mesure de le reprendre, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pendant au plus 1 an à compter de la date où il est revenu capable d'exercer son travail.

41 /

LA RÉADAPTATION

Pour être admis en réadaptation, le travailleur doit répondre à certaines conditions. La CNESST doit vérifier, en obtenant des renseignements appropriés, comment les conséquences de la lésion professionnelle vont nuire à la réinsertion sociale du travailleur et à son éventuel retour au travail. Ainsi, le conseiller en réadaptation pourra vérifier si le travailleur a besoin d'une réadaptation physique, sociale et professionnelle ou l'une ou l'autre de ces dernières.

L'intervention de la CNESST auprès de l'employeur constitue une action prioritaire liée à l'exercice par le travailleur de son droit au retour au travail. Il s'agit bien évidemment aussi d'une solution plus économique et dans le livre de politiques de réadaptation et d'indemnisation de la CSST, il est clairement établi que «la recherche de solution doit, par ailleurs, favoriser celle clairement énoncée dans la loi et être conforme à la notion de

solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché».

L'article 145 nous indique qu'un travailleur qui a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique a droit à la réadaptation que requiert son état. Le TAT a dû se pencher fréquemment sur des dossiers où la condition d'ouverture inscrite à la loi, c'est-à-dire «avoir subi une atteinte permanente» n'était pas présente au dossier. En effet, certains travailleurs peuvent ne pas avoir d'atteinte permanente, mais avoir des limitations fonctionnelles. De plus, certains travailleurs peuvent avoir une atteinte permanente, mais qui ne se quantifie pas ou dont le DAP au barème est de 0 % et dans certains cas, ils pourront aussi bénéficier de réadaptation.

Notez que tout travailleur, peu importe son statut, qui a subi une telle atteinte a droit à la réadaptation. Ni son statut de retraité ni son statut d'invalidé en vertu d'autres organismes ou compagnies d'assurances privées, ne peuvent l'empêcher d'avoir droit à la réadaptation en vertu de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*.

Rechute, récurrence ou aggravation

À chaque fois qu'un travailleur sera victime de rechute, récurrence ou aggravation, son droit à la réadaptation dépendra du fait qu'il garde ou pas une atteinte permanente ou des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles qui avaient été acceptées à la suite de l'évènement initial. Dans l'affirmative, le travailleur aura droit à l'ensemble des mesures de réadaptation

Condition personnelle préexistante

Lorsqu'un conseiller en réadaptation rencontre un travailleur accidenté ou victime d'une maladie professionnelle, il doit bien entendu prendre la personne dans l'état où elle est, c'est-à-dire avec ses conditions personnelles existantes avant la prise en charge en réadaptation.

Toutefois, le conseiller en réadaptation n'est pas tenu de tenir compte des conditions personnelles qui apparaissent après l'évaluation des capacités résiduelles. Bien entendu, s'il est possible d'éviter des problèmes, le conseiller en réadaptation peut implicitement en tenir compte. Par contre, si cette condition personnelle apparue après l'évaluation de la capacité résiduelle est très sérieuse et minimise grandement toutes les chances de possibilité de détermination d'un emploi convenable, l'agent n'en tiendra pas compte.

42 /

LE PLAN INDIVIDUALISÉ DE RÉADAPTATION

Le plan individualisé de réadaptation (PIR) représente l'exercice du droit à la réadaptation. La décision rendue à cet égard fait en sorte que la CNESST s'engage sur le plan des services et des frais qui en découlent. La Commission prépare et met en œuvre, avec la collaboration du travailleur, le plan de réadaptation. C'est donc dire que la mise en marche, les démarches et décisions ne peuvent se faire de façon unilatérale à moins du refus du travailleur de collaborer.

Toute décision doit être écrite, motivée et notifiée au travailleur et à l'employeur afin de leur permettre de contester les mesures qui sont mises en place.

Le plan individualisé de réadaptation comprend l'évaluation des besoins, la mise en œuvre du plan par la détermination et l'application d'objectifs et d'actions (soit le suivi et les modifications) et la décision qui en découle, s'il y a lieu. Le plan individualisé doit tenir compte de la scolarité du travailleur, de ses limitations physiques et de son passé judiciaire au besoin.

Le plan de réadaptation peut contenir différents programmes. Chacun d'entre eux a pour objet d'éliminer ou d'atténuer les incapacités physiques ou psychiques découlant d'une lésion professionnelle et de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur. Les programmes prévus sont la réadaptation physique, la réadaptation sociale et la réadaptation professionnelle. Chaque programme comporte plusieurs mesures qui ont des objectifs précis. Les différents programmes peuvent être mis de l'avant l'un à la suite de l'autre ou en même temps, selon le cas.

Cette étape, où le travailleur doit penser à se réadapter, est cruciale. Son avenir en dépend. La palette des programmes est relativement vaste et c'est avec une certaine ouverture d'esprit que nous encourageons les travailleurs à s'asseoir en réadaptation pour convaincre leur conseiller qu'ils sont disponibles et intéressés à une réadaptation. Il ne s'agit pas seulement de faire payer l'organisme pour les souffrances et les conséquences d'une lésion professionnelle, mais plutôt de bénéficier, avant que cette possibilité n'existe plus, de toutes les possibilités qui peuvent nous être offertes pour un avenir meilleur. Il s'agira bien entendu d'une longue période de négociation.

Le plan peut être modifié

L'article 146 nous indique que ce plan peut être modifié, avec la collaboration du travailleur, pour tenir compte de circonstances nouvelles. Il peut être modifié en tout temps alors qu'il est en cours et donc avant qu'une décision de capacité à exercer un emploi soit rendue

Le plan peut être suspendu

Dans le cas précis de l'omission du travailleur de se prévaloir des mesures de réadaptation que prévoit son plan individualisé de réadaptation, la CNESST doit d'abord respecter l'article 183 de la Loi qui prévoit qu'elle doit donner au travailleur un avis de cinq jours francs l'informant qu'à défaut par lui de se prévaloir d'une mesure de réadaptation elle appliquera une sanction, c'est-à-dire, qu'elle pourra suspendre ou mettre fin au plan individualisé de réadaptation.

Le plan a une fin

Un plan individualisé de réadaptation a une fin. Quand toutes les mesures ont été prises, quand les objectifs sont atteints, le plan est terminé.

43 /

LA RÉADAPTATION PHYSIQUE

Un programme de réadaptation physique peut comprendre des soins médicaux et infirmiers, des exercices d'adaptation à une prothèse ou une orthèse, tout traitement jugé nécessaire par le médecin traitant, les soins à domicile d'un infirmier, d'un garde-malade auxiliaire ou d'un aide-malade. Parmi les éléments systématiquement acceptés, on trouvera des prothèses auditives numériques ou des adaptateurs de téléphone et de

télévision pour les personnes présentant des troubles de surdité professionnelle. Fréquemment, des abonnements à des centres de conditionnement physique seront réclamés à la CNESST si le médecin a bien motivé sa demande.

44 /

LA RÉADAPTATION SOCIALE

La réadaptation sociale a pour but d'aider le travailleur accidenté à surmonter les conséquences personnelles et sociales de sa lésion. Elle vise aussi à l'aider à s'adapter à sa nouvelle vie et à redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles. Le programme de réadaptation sociale peut notamment comprendre : des services professionnels d'intervention psychosociale ; la mise en œuvre de moyens pour procurer au travailleur un domicile et un véhicule adapté à sa capacité résiduelle ; le paiement de frais d'aide personnelle à domicile ; le remboursement de frais et le remboursement du coût des traitements d'entretien courant du domicile, l'achat ou la location d'un quadriporteur, d'un système d'air conditionné, l'adaptation d'un équipement de loisir, etc.

45 /

LES SERVICES D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

Dans le cadre de la réadaptation, la CNESST peut supporter les coûts d'une psychothérapie pour pallier aux conséquences de la lésion professionnelle. On l'appellera ici la « psychothérapie de support », laquelle en temps normal visera à faire le deuil de ses capacités antérieures, à accepter la nouvelle situation/condition physique altérée et à entrevoir l'avenir avec plus d'objectivité. La durée des services d'intervention psychosociale est limitée. Selon les politiques de la CNESST, si une psychothérapie est nécessaire, elle doit, dans la mesure du possible, être brève ne dépassant pas un délai approximatif de trois mois. Si cette thérapie devait se poursuivre au-delà des trois mois, elle devrait se faire en même temps que les autres mesures prévues au plan individualisé de réadaptation.

On doit à ce stade être extrêmement prudent. Lorsque le besoin d'une psychothérapie est prescrit par notre médecin, à la suite d'un diagnostic psychique posé tel que dépression, trouble d'adaptation, trouble d'anxiété, etc., la CNESST ne peut traiter cette demande par le biais de la réadaptation. Elle doit absolument le faire en étudiant cette demande comme en étant une d'aggravation de la lésion professionnelle initiale. Une fois qu'un diagnostic est posé et que la nécessité de soins est indiquée par le médecin qui a charge, on parle d'indemnisation médicale et non pas de réadaptation sociale.

En acceptant de payer les coûts d'une psychothérapie dite « de support », la CNESST minimise son engagement futur lorsque le médecin avait posé un diagnostic psychique à être traité. En effet, l'acceptation d'un tel diagnostic à titre de rechute récidive ou aggravation repoussera les services de la réadaptation, puisque nous devons attendre la consolidation de la lésion psychique. Ceci donnera possiblement droit à un pourcentage d'atteinte permanente et devra être pris en considération dans le cadre de la réadaptation professionnelle lorsque viendra le temps de déterminer un emploi convenable. Sans compter qu'une telle acceptation ouvrira la porte à d'éventuelles rechutes dans l'avenir.

Nous invitons les travailleurs à être très prudents lorsque la CNESST acceptera de rembourser les coûts d'une psychothérapie et de demander, en fonction de la motivation à cette thérapie, qu'elle soit discutée en indemnisation médicale ou en réadaptation, selon le cas. Bien que la CNESST devrait rendre une décision écrite, motivée et notifiée aux parties dans laquelle elle indiquerait qu'elle paie les coûts de la psychothérapie pour une durée précise, et ce, comme pour toutes les mesures de réadaptation, elle ne le fait que très rarement. On peut croire qu'elle souhaite éviter des débats qui ouvriraient possible-ment la porte à l'acceptation des diagnostics avec toutes les conséquences que cela implique : soins, consolidation, séquelles, etc.

46 /

LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS

Le travailleur qui reçoit de l'aide personnelle à domicile, qui accomplit une activité dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation ou qui, vu sa lésion professionnelle, est hébergé dans un centre d'accueil, peut être remboursé des frais de garde d'enfants jusqu'à concurrence des montants établis par règlement.

Toutefois, les conditions d'ouverture au remboursement de frais de garde d'enfants sont :

Le travailleur assume seul la garde de ses enfants ;

Le conjoint du travailleur est incapable pour cause de maladie ou d'infirmité de prendre soin des enfants vivant sous leur toit ;

Le conjoint doit s'absenter du domicile pour se rendre auprès du travailleur lorsque celui-ci est hébergé dans un centre d'accueil ou hospitalisé ou encore, pour accompagner le travailleur à une activité que celui-ci accomplit dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

47 /

LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Les articles 166 et suivants de la Loi couvrent le programme de réadaptation professionnelle. Elle est décrite dans la Loi comme ayant pour but de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi ou dans un emploi équivalent, ou si ce but ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable.

Dans un premier temps, la CNESST doit d'abord examiner si le travailleur qui a droit à la réadaptation peut exercer son emploi prélesionnel. Dans la négative, elle doit regarder si ce travailleur peut exercer un emploi équivalent ou un emploi convenable chez son employeur et, si cela est toujours impossible, un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail.

Il est bien entendu nécessaire que la CNESST, avant de se prononcer, ait en mains le rapport d'évaluation médicale lui indiquant les limitations fonctionnelles retenues suite à la lésion professionnelle subie par un travailleur.

Différents choix seront proposés au travailleur par le conseiller en réadaptation une fois que celui-ci aura évalué la capacité de gain de son client. La capacité de gain se définit en mots plus simples par le salaire que le travailleur faisait au moment de l'accident. Si un travailleur gagnait le salaire minimum, la CNESST ne mettra pas en œuvre des plans plus complexes ou onéreux de façon à lui donner l'opportunité d'accéder à un emploi plus payant dans l'avenir. Elle n'est pas là pour bonifier les conditions de vie future d'un travailleur blessé, mais pour tenter de le remettre approximativement dans la même situation qu'il avait au moment de l'accident.

48 /

L'EMPLOI CONVENABLE

La détermination de l'emploi convenable a un double objectif, c'est-à-dire maximiser la capacité de travail d'un travailleur et protéger sa capacité de gain. Elle se fait lorsque le travailleur est incapable de reprendre son emploi pré-lésionnel ou un emploi équivalent chez l'employeur.

L'article 2 de la Loi définit l'emploi convenable comme étant un emploi approprié qui permet au travailleur victime d'une lésion professionnelle d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles, qui présente une possibilité raisonnable d'embauche et dont les conditions d'exercice ne comportent pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur, compte tenu de sa lésion.

L'absence de l'une ou l'autre de ces cinq caractéristiques fait en sorte que l'emploi identifié ne peut être déterminé comme emploi convenable. Il est très important alors, pour les travailleurs, de s'assurer du respect des critères et, à défaut, cela lui permettra de faire une demande de révision de la décision qui ira en ce sens.

Comme c'est à la CNESST qu'incombe la responsabilité de mettre en branle le programme de réadaptation et d'établir des mesures de réadaptation appropriées, c'est à elle qu'incombera le fardeau de la preuve devant le Tribunal afin de démontrer que l'emploi déterminé est bel et bien convenable. Toutefois, elle n'a pas à faire une preuve hors de tout doute raisonnable.

Dans la mesure où on peut lire les démarches entreprises par l'agent pour vérifier si les critères légaux et que la démarche est faite avec la collaboration du travailleur, le fardeau de preuve sera transposé sur les épaules du travailleur qui devra lui, faire la preuve du non-respect de certains des éléments nécessaires à la détermination d'un emploi convenable.

L'abandon de l'emploi convenable

La Loi énonce qu'un travailleur qui occupe à temps plein un emploi convenable et qui, dans les 2 ans suivant la date où il a commencé à l'exercer, doit abandonner, selon l'avis du médecin, récupère son droit à l'indemnité de remplacement du revenu. Évidemment, le médecin qui a charge devra indiquer que le travailleur n'est pas raisonnablement en mesure d'occuper cet emploi convenable ou bien que cet emploi convenable comporte un danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur.

49 /

LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

La détermination de la capacité de travail correspond à la fin de la phase principale du processus de réadaptation. Cette décision, motivée et notifiée aux intéressés, est indépendante du plan individualisé de réadaptation et, comme nous l'avons spécifié précédemment, doit préciser l'emploi identifié, le revenu net retenu qui y est rattaché, ainsi que la date à laquelle le travailleur devient capable de l'exercer.

Seule une demande de révision faite dans les délais prévus à la Loi, soit 30 jours, ou d'un appel de l'une ou l'autre des parties de cette décision en révision pourra être appelée à modifier cette décision initiale.

Dans cette décision, on notera habituellement la date de capacité à exercer l'emploi et la date où prendra fin la pleine IRR, c'est-à-dire un an plus tard, à la fin de la période de recherche d'emploi. Après quoi, le travailleur aura possiblement droit à une indemnité réduite de remplacement du revenu dont le calcul sera fait sur une feuille indépendante, mais jointe à la décision qui détermine l'emploi convenable.

Lorsqu'elle rend sa décision, la CNESST doit être certaine d'avoir déterminé un emploi qui respecte les cinq critères légaux et sa démarche doit transparaître au dossier et plus particulièrement aux notes évolutives. On doit également tenir compte de la façon dont cette étude est faite afin de pouvoir identifier qu'elle a été faite avec la collaboration du travailleur. La CNESST utilisera la plupart du temps le site Repères pour faire ses recherches.

50 /

L'ANNÉE DE RECHERCHE D'EMPLOI

Une fois la décision de capacité à exercer un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail rendue, le travailleur aura droit à une pleine indemnité de remplacement du revenu pendant une année, pour se chercher de l'emploi peu importe dans quel domaine. S'il se trouve un emploi à temps partiel ou à temps plein, il doit en aviser la CNESST qui déduira le cas échéant le salaire qu'il reçoit de l'indemnité à laquelle il a droit. Pendant cette année s'il perd ledit emploi, il récupère son droit à sa pleine indemnité jusqu'à concurrence de l'année à laquelle il a droit.

Certaines mesures peuvent permettre de capitaliser cette année de recherche d'emploi pour mettre en branle un projet qui permettra au travailleur d'occuper un emploi qui respecte ses capacités résiduelles.

51 /

L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU RÉDUITE

Lorsqu'un travailleur incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle devient capable d'exercer à plein temps un emploi convenable, son indemnité de remplacement du revenu est réduite du revenu net qu'il tirera de cet emploi convenable après qu'il ait bénéficié de son année de recherche d'emploi.

Une décision déterminant l'emploi convenable est toujours accompagnée du calcul de l'indemnité réduite.

L'indemnité réduite sera révisée une première fois, deux ans après la date où le travailleur est devenu capable d'exercer à plein temps un emploi convenable. La seconde révision se fera trois ans après la première et les suivantes se feront ensuite aux 5 ans.

Si la CNESST constate que le revenu brut annuel que le travailleur tire de l'emploi qu'il occupe est supérieur à celui revalorisé qu'elle a d'abord évalué, elle réduira l'indemnité de remplacement du revenu.

Si le travailleur perd ce nouvel emploi et en retrouve un moins bien rémunéré, la CNESST ne modifiera jamais à la hausse son indemnité réduite.

52 / **L'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAILLER**

L'article 53 de la Loi expose qu'un travailleur victime d'une maladie professionnelle, alors qu'il est âgé d'au moins 55 ans, ou celui victime d'une lésion professionnelle, alors qu'il est âgé d'au moins 60 ans, et qui est porteur d'une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique le rendant incapable d'exercer son emploi a droit à l'indemnité de remplacement du revenu tant qu'il n'occupe pas un nouvel emploi ou un emploi convenable chez son employeur.

Cet article émet plusieurs conditions pour avoir droit à l'indemnité de remplacement du revenu et la voir se poursuivre :

- L'âge au moment de la lésion professionnelle ;
- Une atteinte permanente le rendant incapable de reprendre son emploi ;
- La non-disponibilité d'un emploi convenable chez l'employeur.

Si, toutefois, il n'occupe ni un nouvel emploi ni un emploi convenable chez son employeur, il a droit à la poursuite de sa pleine indemnité de remplacement du revenu sans que d'aucune façon la CNESST entreprenne des procédures de réadaptation ou tente de le recycler d'une quelconque façon. Dans notre jargon, nous appelons ces décisions des décisions « d'inemployabilité ».

« L'inemployabilité » peut également être déclarée dans un dossier où le travailleur ne satisfait pas les critères de la Loi, c'est-à-dire qu'il n'a pas nécessairement l'âge requis, mais toutes les avenues étudiées pour un retour sur le marché du travail s'avèrent un échec pour toutes sortes de raisons, telles que l'âge, la scolarité, les expériences de travail antérieures, la condition psychique, le risque élevé de récurrence ou de danger pour sa santé et sa sécurité. Les conséquences de la lésion et le statut de la victime doivent être très complexes.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉCISIONS

Dans la section administrative d'un dossier à la CNESST, on devrait retrouver au fil du temps plusieurs décisions. En l'occurrence, certaines sont automatiques et d'autres découlent des procédures qui seront entreprises. Par exemple, un dossier qui ne nécessitera aucune intervention du BEM donnera probablement lieu à moins de décisions qu'un autre ayant ces procédures en surplus.

Décision d'admissibilité

La décision d'admissibilité, qu'elle soit consécutive à un évènement initial ou à une rechute, récidive ou aggravation, devrait mentionner le ou les diagnostics reconnus comme étant en lien avec l'accident de travail et, s'il y a lieu, mentionner également ceux qu'elle refusera. Malheureusement, cette décision est souvent absente du dossier. On retrouvera plutôt une décision notant que le diagnostic émis est accepté ou que l'accident est accepté, mais sans spécifications.

Décision traitant de nouveaux diagnostics physiques ou psychiques

La CNESST devrait en principe rendre une décision d'acceptation ou de refus chaque fois qu'apparaît sur un rapport médical du médecin qui a charge un nouveau diagnostic. Nul besoin de remplir un formulaire à cet effet. Toutefois, nous ne pouvons que recommander aux travailleurs d'insister auprès de leur agent pour qu'une décision soit rendue. Ainsi, si elle est négative, ils pourront la contester.

La plupart du temps, l'acceptation d'un nouveau diagnostic obligera la commission à un traitement différent du dossier. Il y aura possiblement des soins, des séquelles ou des limitations reliés à ce nouveau diagnostic qui auront un impact sur sa capacité de travail.

Tout particulièrement, l'ajout d'un diagnostic psychique à une lésion professionnelle « physique » orientera le processus de réadaptation de façon différente.

Décision indiquant la date de consolidation et de fin de traitements

Ces décisions sont présentes presque uniquement au dossier où aura été appelé à se prononcer un membre du BEM. Effectivement, lorsqu'une lésion est consolidée, donc par le fait même que les traitements sont terminés, le médecin traitant l'indiquera sur un rapport final, mais ceci ne donnera pas lieu, si non contesté, à une décision en tant que telle. Lorsqu'il n'y a pas de contestation et donc pas de procédure de bureau d'évaluation médicale, cette décision n'apparaît pas et on retrouve plutôt une décision quantifiant l'atteinte permanente.

Décision quantifiant l'APIPP

Une telle décision peut être rendue à la suite de l'acceptation du rapport d'évaluation médicale du médecin traitant ou à la suite de l'obtention de l'opinion d'un membre du bureau d'évaluation médicale. Il est donc bien important d'identifier sur cette décision la provenance de l'opinion. En effet, cette décision nous indiquera si l'évaluation provient du médecin traitant, dans lequel cas le travailleur ne peut d'aucune façon la contester, ou si elle provient d'un membre du bureau d'évaluation médicale, dans lequel cas le travailleur sera en mesure de la contester. Plus récemment, le tribunal a eu à entendre des

contestations de travailleurs contestant l'avis de leur présumé médecin traitant. En effet, de plus en plus, face à la pénurie de médecins de famille et de médecins acceptant les cas de CNESST, les travailleurs doivent faire évaluer leurs séquelles par un médecin qu'ils n'auront rencontré qu'une seule fois et qui ne peut donc pas avoir le statut de médecin traitant. L'examen aura été rapide, le médecin n'avait pas tous les documents en main, etc., toutes de bonnes raisons pour contester la décision de séquelles même si elle expose que le pourcentage retenu découle de l'opinion de votre médecin.

Décision établissant le droit à la réadaptation

L'article 145 de la Loi prévoit qu'un travailleur qui, en raison de la lésion professionnelle dont il a été victime, subit une atteinte permanente a droit à la réadaptation que requiert son état. Le texte de la Loi précise que le travailleur doit être porteur d'atteinte permanente. La jurisprudence, elle, détermine également que, bien qu'il y ait absence d'atteinte permanente, mais présence de limitations fonctionnelles, le même article s'applique.

Décision établissant le besoin de réadaptation

Ce n'est pas parce qu'un travailleur porteur d'une atteinte permanente et/ou de limitations fonctionnelles a droit à la réadaptation qu'il en a nécessairement besoin. En effet, son travail peut respecter les limitations émises et reconnues par la CNESST. Toutefois, si son travail ne respecte pas ces limitations et qu'un autre emploi équivalent n'est pas disponible chez l'employeur, la CNESST conclura que le travailleur a besoin de réadaptation, laquelle pourra être entreprise chez l'employeur en adaptant un poste ou en ayant accès à un emploi plus léger ou ailleurs sur le marché du travail.

Décision établissant un plan individualisé de réadaptation

Pour assurer au travailleur l'exercice de son droit à la réadaptation, la CNESST, avec la collaboration de ce dernier, met sur pied un plan individualisé de réadaptation qui se traduit, lorsqu'on parle de réadaptation professionnelle, la plupart du temps par une formation dont les coûts sont supportés par la CNESST, ou une subvention allouée à l'employeur ou au travailleur pour lui permettre de réintégrer le marché du travail. Cette mesure est purement discrétionnaire et la Loi n'oblige absolument pas la CNESST à agir en ce sens. Cette période où le travailleur a à travailler avec un agent de réadaptation en est une de négociation et de stratégie.

Décision déterminant un emploi convenable

Dans la majorité des dossiers où il n'y a aucune possibilité pour le travailleur de retourner chez son employeur, la CNESST aura à déterminer un emploi convenable.

Cet emploi convenable peut être déterminé dès que le besoin en réadaptation a été constaté sans que pour autant il y ait un droit à une formation ou à une subvention.

Toutefois, dans un tel cas, une décision déterminant l'emploi convenable devra être rendue à la fin de la formation ou après l'obtention de la subvention. L'emploi convenable est un emploi qui doit respecter certains critères et qui, en grande partie, doit être un travail qui respecte la condition physique du travailleur accidenté. La décision déterminant un emploi convenable est toujours accompagnée d'un calcul établissant l'indemnité de remplacement du revenu réduite à laquelle aura droit le travailleur à la fin de son année de recherche d'emploi.

Décision statuant sur « l'inemployabilité » d'un travailleur

Il s'agit là d'une mesure vraiment exceptionnelle qu'on retrouve rarement au dossier. En effet, la Loi a des critères bien établis sous l'article 53. Cet article détermine qu'une victime de maladie professionnelle âgée de 55 ans ou une victime d'accident de travail âgée de 60 ans qui garde une atteinte permanente la rendant incapable d'exercer son emploi aura droit à son indemnité de remplacement du revenu tant qu'elle n'occupe pas un nouvel emploi ou un emploi convenable chez son même employeur. En pratique, ces travailleurs sont déclarés, dans notre jargon, inemployables à tout emploi ailleurs sur le marché du travail et bénéficient de leur indemnité de remplacement du revenu pleine jusqu'à 65 ans.

Comme nous vous l'avons précisé précédemment, toutes ces décisions ne sont pas toujours rendues, mais, en principe, elles devraient l'être pour qu'un dossier reflète l'esprit de la Loi. L'absence d'une ou l'autre des décisions n'invalide pas un processus. Toutefois, l'absence de certaines d'entre elles créera à court ou moyen terme des problèmes d'interprétation dans le futur.

À chaque fois qu'une nouvelle réclamation de rechute récidive ou aggravation sera formulée dans un dossier d'accident initial, le même suivi et donc les mêmes décisions dans l'ordre établi plus haut devront également être émises.

54 /

LES NOTES ÉVOLUTIVES

Un trésor d'informations est contenu aux notes évolutives, souvent manuscrites, mais de plus en plus « tapuscrites ». En fait, l'ensemble des gestes, opinions médicales reçues de l'interne, discussions avec médecin-conseil ou avec un supérieur devraient s'y retrouver. En prendre connaissance, c'est souvent comprendre la motivation des décisions.

55 /

LE CONGÉDIEMENT, LES MESURES DISCIPLINAIRES OU DISCRIMINATOIRES

Un employeur ne peut congédier, suspendre ou déplacer un travailleur, exercer à son endroit des mesures discriminatoires ou des représailles ou lui imposer toute autre sanction parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou à cause de l'exercice d'un droit que lui confère la présente Loi.

Le travailleur qui croit avoir été l'objet d'une sanction telle que décrite précédemment, peut recourir, à son choix, à la procédure de grief s'il y a lieu, ou soumettre une plainte à la CNESST en vertu de l'article 32, conformément à l'article 253, c'est-à-dire que la plainte doit être faite par écrit dans les 30 jours de la connaissance de l'acte désapprouvé et elle doit être signée par le travailleur et non par son représentant.

La présomption

S'il est établi à la satisfaction de la CNESST que le travailleur a été l'objet d'une sanction ou d'une mesure dans les six mois de la date où il a été victime d'une lésion ou de la date où il a exercé un droit que lui confère la LATMP, il y a présomption en faveur du travailleur

que la sanction lui ait été imposée parce qu'il a été victime d'une lésion ou parce qu'il a exercé son droit. À ce moment, c'est à l'employeur qu'il incombe de prouver qu'il a pris ces mesures pour une autre cause juste et suffisante.

56 /

LES RECOURS ET DÉLAIS

La CNESST rend ses décisions suivant l'équité, d'après le mérite réel et la justice du cas. Ces décisions doivent être écrites et motivées. Au bas de chacune de ces décisions apparaissent les recours possibles pour les parties insatisfaites.

Chaque recours doit être fait par écrit, la maxime « Les paroles s'envolent, les écrits restent » est plus qu'appropriée. Nous vous suggérons de garder copie de tout ce que vous expédiez en notant la date d'expédition.

Demande de reconsidération

La Commission a, par le biais de l'article 365, l'important pouvoir de reconsidérer certaines de ses décisions. De façon générale, la Commission peut reconsidérer sa décision si celle-ci n'a pas fait l'objet d'une décision en révision. Elle pourra aussi le faire, même si sa décision fait l'objet d'une demande de révision, si sa décision a été rendue avant que ne soit connu un fait essentiel.

Délai pour requête en reconsidération

Ce pouvoir de reconsidération doit s'exercer dans un délai de 90 jours de la décision de la Commission ou, lorsqu'un fait essentiel n'était pas connu, de la connaissance de ce fait.

Le délai de 90 jours doit commencer à être calculé à compter de la décision erronée lorsqu'on demande une reconsidération pour toute erreur, alors que le calcul des 90 jours débutera à partir du moment où une partie prend connaissance du fait essentiel dans ces cas précis.

La CNESST doit informer les parties avant de reconsidérer une décision, à défaut de quoi cette reconsidération est illégale. La reconsidération ne doit pas servir à réévaluer une preuve déjà présentée ou encore à présenter une preuve qui existait lorsque la décision a été rendue.

Demande de révision

La Commission, nous l'avons déjà mentionné, rend sa décision suivant l'équité en s'appuyant sur le fond et la justice du cas. Elle doit s'assurer que sa décision est rédigée de façon claire et qu'elle expose le recours disponible en cas de désaccord. Ainsi, une personne qui se croit lésée par une décision de la Commission peut en demander la révision dans un délai de 30 jours. La demande de révision doit, en principe, être faite par écrit et exposer brièvement les principaux motifs sur lesquels elle s'appuie, ainsi que l'objet de la décision sur laquelle elle porte. Il est maintenant possible de déposer une demande de révision via le site web de la CNESST.

La Direction de la révision administrative peut confirmer, infirmer ou modifier la décision, l'ordre ou l'ordonnance rendue initialement et s'il y a lieu, rendre la décision, l'ordre ou

l'ordonnance qui, à son avis, aurait dû être rendue. La décision doit être écrite, motivée et notifiée aux parties avec mention de leur droit de la contester devant le Tribunal administratif du travail (TAT) et du délai pour le faire.

Une partie peut demander la révision d'une décision rendue sur une question d'ordre médical si cette question a fait l'objet de l'avis d'un membre du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Dans ce cas précis, la direction de la révision administrative, bien qu'elle ait la compétence de recevoir une telle demande de révision, n'a pas compétence pour modifier les conclusions du membre du Bureau d'évaluation médicale, elle ne peut que modifier certains termes de la décision s'il y a erreur typographique ou erreur de calcul sur les séquelles. En aucun temps, la Révision administrative ne peut modifier les conclusions et les pourcentages alloués.

Délai de révision

Le délai de 30 jours peut être prolongé s'il y a un motif raisonnable. La direction de la révision, pour relever un travailleur du défaut, va examiner la crédibilité et la diligence du travailleur à agir convenablement. Nous suggérons de garder l'enveloppe dans laquelle la décision vous a été postée, le sceau postal pourrait vous être d'un grand secours.

Les décisions émanant d'un décideur ayant entendu une plainte en vertu de l'article 32

Un travailleur peut déposer une plainte en vertu de l'article 32 s'il juge que l'employeur a pris à son égard des mesures discriminatoires ou de représailles, comme un congédiement, une suspension, un déplacement, etc. parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou à cause de l'exercice d'un droit que lui confère la présente Loi. S'il croit avoir été victime d'une telle mesure, son recours est la plainte en vertu de l'article 32. Une décision du décideur-conciliateur sur une plainte en vertu de l'article 32 ne peut être contestée en révision, mais doit être soumise immédiatement en appel au TAT.

Effet

Tout comme pour le recours en reconsidération, la décision émanant de la Direction de la révision administrative a effet immédiatement. Le recours au tribunal administratif du travail ne suspend pas son application, à moins qu'il s'agisse d'une décision qui porte sur une indemnité pour dommages corporels, ou encore sur certaines indemnités accordées en cas de décès ou d'une décision rendue en matière de financement. Dans ces derniers cas, la décision en révision n'a d'effet qu'au moment où elle devient finale, c'est-à-dire après l'expiration du délai de 45 jours pour la porter en appel, si elle n'a pas été portée en appel ou après l'obtention de la décision du TAT.

Demande d'appel

Un recours au Tribunal administratif du travail est formé par le dépôt d'une requête. La requête doit identifier la décision contestée par la date et, de façon plus précise, par la séquence de numéros identifiant le litige. Par exemple, une décision en révision peut débattre et conclure dans quatre litiges différents dont trois sont favorables au travailleur alors qu'un seul lui est défavorable. Il est donc important à ce stade d'identifier la séquence de numéros correspondant au litige spécifique que l'on souhaite porter en appel et de l'identifier sur la requête.

L'article 429.23 nous indique que la requête doit également exposer sommairement les motifs invoqués au soutien du recours et les conclusions recherchées. Il est de coutume de plutôt inscrire que nous portons en appel la décision de la révision parce que : «le réviseur a erré en faits et en droits».

Toutefois, nous suggérons à la section «témoins» d'être clair sur les témoins que nous pensons faire entendre, plus particulièrement quand nous comptons faire entendre un témoin expert. Par courtoisie, et pour éviter une demande de remise, ils doivent être annoncés au juge et à toutes les parties. Encore une fois, il est préférable, sans nécessairement les nommer, d'indiquer qu'on aura avec nous un médecin expert, même si on n'a pas la confirmation, que de plutôt inscrire qu'il n'y aura pas de témoin et arriver à la dernière minute avec un expert.

Vous constaterez également que sur ce même formulaire, on vous demande si vous souhaitez tenter un règlement à l'amiable, il est habile de toujours répondre «oui».

Délai d'appel

Le délai de 45 jours court à compter de la notification de la décision. Encore une fois, l'idée de conserver l'enveloppe dans laquelle vous avez reçu la décision à contester est un excellent moyen de se défendre.

Ainsi, lorsqu'un travailleur outrepassé les 45 jours pour porter en appel sa décision devant le Tribunal administratif du travail, il doit quand même formuler un appel et il sera convoqué pour être entendu d'abord, uniquement sur la question du délai et si le tribunal accepte ses motifs, il sera convoqué à nouveau à une date ultérieure pour discuter du dossier sur le fond.

L'article 429.19 donne au TAT le pouvoir de prolonger un délai ou de relever une personne des conséquences de son défaut de le respecter, s'il est démontré que celle-ci n'a pu respecter le délai prescrit pour un motif raisonnable et qu'aucun préjudice grave ne peut être fait aux autres parties.

Exemples de motifs raisonnables

Différents motifs au fil des années ont été plaidés avec succès devant les tribunaux, par exemple l'erreur du représentant, une procédure expédiée au mauvais endroit, l'ambiguïté d'une décision ou la méconnaissance de la langue.

Effet

Une décision du TAT est finale et sans appel et doit donc être exécutée dès son obtention. La plupart du temps, c'est la CNESST qui devra exécuter la décision favorable. Elle doit agir promptement et avec diligence. S'il s'agit d'un paiement d'une rétroactivité d'indemnité de remplacement de revenu, elle demandera au travailleur de lui fournir ses avis de cotisation des années précédentes ou ses talons de chèque de paie. S'il s'agit du remboursement de frais, elle exigera l'original des factures à rembourser. Dans tous les cas, des intérêts devront être ajoutés.

Conciliation

Les parties peuvent consentir à avoir recours à la conciliation pour tenter d'arriver à un accord dans un dossier avant que l'audition au TAT ait lieu et dès que l'appel est interjeté. En principe, rien de ce qui a été dit ou écrit dans le cadre des discussions de conciliation n'est recevable en preuve en cas d'échec, et ce malgré l'article 9 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Le conciliateur nommé à un dossier d'appel téléphonera aux parties ou à leurs représentants pour voir quelle ouverture ils ont à concilier au dossier. Vous pouvez également ne pas attendre son appel et communiquer avec lui. Bien souvent, l'ensemble des négociations se fait par téléphone, par téléconférence ou en discussion avec le conciliateur lui-même.

On doit être prudent, car une entente peut être verbale ou écrite. Un travailleur bien informé qui a pris part seul ou avec son représentant au processus de conciliation ne peut donner son accord verbal et ensuite refuser de le signer sous prétexte qu'après y avoir réfléchi, il ne souhaite plus s'entendre avec l'employeur et/ou la CNESST. Il y a lieu d'aviser le conciliateur qu'il souhaite, avant de confirmer son accord, en discuter et de demander un délai avant d'approuver l'ensemble des offres ou le projet d'accord qui lui sont faits.

Il est même possible qu'un règlement dépasse l'objet du litige, en ce cas, il y aura une transaction écrite qui n'a pas à être entérinée par un commissaire, mais qui lie les parties en fonction du Code civil. Effectivement, prenons par exemple un dossier de rechute refusée où les parties s'entendront pour accepter la relation entre les conséquences de la rechute et l'évènement initial il est courant que l'employeur, en échange de l'acceptation de cet élément souhaite également qu'on fixe d'ores et déjà la date de consolidation, les séquelles et limitations afin de rapidement rendre une décision de capacité de travail. Le but étant de faire droit à la demande du travailleur en reconnaissant son problème, mais en minimisant la durée d'indemnisation pour minimiser les coûts à l'employeur

Délai pour la conciliation

Il n'y a aucun délai prévu à la Loi. Dès que la requête d'appel est déposée au TAT, et ce jusqu'à l'audience, il y a possibilité de requérir les services d'un conciliateur et/ou d'approcher la partie adverse pour tenter de concilier.

Requête en révision pour cause

Bien que les décisions du tribunal administratif du travail soient finales, un juge du TAT peut réviser ou révoquer une décision qu'un collègue a rendue lorsqu'il est découvert un fait nouveau qui, s'il avait été connu en temps utile, aurait pu justifier une décision différente ou lorsqu'une partie n'a pu se faire entendre, ainsi que lorsqu'un vice de fond ou de procédure est de nature à invalider la décision. Cette demande doit se faire au moyen d'une requête adressée au TAT, laquelle doit être détaillée et motivée. Le TAT doit aviser les parties qu'il a reçu une telle requête et les autres parties doivent y répondre par écrit dans un délai de 30 jours de sa réception.

La requête doit être motivée, seule la mention qu'il existe un vice de fond ou une erreur ne constitue pas une requête en révision. On parle donc ici d'un recours particulièrement complexe pour lequel nous suggérons fortement au travailleur ou à son représentant non juriste de s'adresser à quelqu'un de compétent en la matière.

Il ne faut surtout pas que le recours en révision pour cause constitue un appel déguisé. En effet, d'aucune façon une des parties ne peut demander une réouverture d'enquête pour ajouter à sa preuve des éléments oubliés ou de les argumenter d'une façon différente. Il s'agit d'un recours extraordinaire qui contrevient à la finalité des décisions. Il s'agit donc d'une mesure d'exception.

Délai pour requête en révision pour cause

Cette demande de révision ou révocation qu'on appelle souvent une révision pour cause doit être demandée dans un délai raisonnable à partir de la décision visée ou à partir de la connaissance du fait nouveau susceptible de justifier une décision différente. Le délai raisonnable s'apparentant au délai d'appel soit de 45 jours approximativement. Toutefois, les 45 jours ne se calculent pas à compter de la date de la notification de ladite décision, mais bien de la date de la décision ou de la connaissance du fait nouveau susceptible de justifier une décision différente.

Effet

La décision qui en émanera a un effet immédiat et la CNESST ou l'employeur devra l'exécuter sans délai

57 /

LA REPRÉSENTATION LÉGALE

Toutes les parties ont le droit d'être représentées devant le TAT. Le travailleur et l'employeur ont la possibilité d'être représentés par avocat à toutes les étapes d'un dossier de lésion professionnelle.

La CNESST peut également être représentée par un avocat si elle le souhaite lorsqu'elle intervient ou fait état de son intention de se présenter et de faire des représentations devant le TAT. Elle peut faire ce choix à n'importe quel moment et doit en aviser les parties.

58 /

LES DIFFÉRENTS EXAMENS AIDANT À POSER UN DIAGNOSTIC

Divers examens complémentaires et tests peuvent aider le médecin à poser un diagnostic. Chose certaine devant les tribunaux les résultats d'un examen, quels qu'ils soient, ne font pas la preuve d'une blessure s'ils ne sont pas corroborés par un examen clinique. Des exemples sont cités ci-dessous.

*La radiographie : Examen radiologique utilisant des rayonnements électromagnétiques n'appartenant pas au spectre visible, dont la longueur d'onde est voisine de l'angström, utilisés en médecine pour leurs propriétés de pénétration de la matière vivante et pour leurs propriétés thérapeutiques.
(Rayons X)*

Le scan ou la tomodensitométrie avec ou sans contraste : Appareil d'imagerie médicale utilisant les rayons X et l'informatique pour produire (point par point ou pixel par pixel) des images en coupes d'une région anatomique, ou scans RX.

La résonance magnétique : Technique d'imagerie radiologique utilisant les propriétés de résonance magnétique nucléaire (R.M.N.) des composants du corps humain (les protons, et en particulier ceux de l'eau).

L'arthrographie : Acte de radiologie explorant l'intérieur d'une articulation à l'aide d'un produit de contraste injecté localement.

La scintigraphie : Technique d'imagerie médicale fondée sur la détection des radiations émises par une substance radioactive (radioélément) introduite dans l'organisme et présentant une affinité particulière pour un organe ou un tissu. [...] La scintigraphie permet de déceler de nombreuses affections, touchant tant la structure que le fonctionnement des organes, et certains processus pathologiques : inflammation, infection, saignement, tumeur.

Le doppler : Examen des vaisseaux et de mesure des flux sanguins utilisant les ultrasons, souvent couplé à l'échographie.

L'arthroscopie : Examen endoscopique de l'intérieur d'une articulation permettant d'établir un diagnostic, généralement par une biopsie dirigée, et de traiter les lésions. L'arthroscopie permet l'examen du cartilage, de la synoviale, des ligaments croisés et des ménisques. Les arthroscopies le plus fréquemment réalisées sont celles du genou et de l'épaule, mais toutes les autres articulations peuvent également être examinées ou opérées ainsi.

L'échographie : Technique d'imagerie médicale utilisant les ultrasons.

L'EMG : Examen consistant à enregistrer l'activité électrique d'un muscle ou d'un nerf. Le tracé obtenu est appelé électro-myogramme. Les neurologues utilisent de plus en plus le terme électro-neuro-myogramme.

La tomographie : Examen radiologique permettant d'obtenir des images sous forme de coupes anatomiques.²

59 /

LEXIQUE DES MOTS ET ABRÉVIATIONS COURANTS DU JARGON LÉGAL

«Aggravation» : augmentation de la gravité de la lésion ou de ses séquelles.

«Assignation temporaire» : poste de travail plus léger dans l'entreprise suggéré à un travailleur accidenté.

«Atteinte permanente» : ce sont les séquelles permanentes qui restent à la fin des traitements ; l'atteinte est quantifiée selon un barème dans la Loi et doit être évaluée par un médecin.

«**Attestation médicale**» : formulaire que remplit le médecin lors de la première visite du travailleur suite à son accident et sur lequel il note le(s) diagnostic(s), la conduite à suivre, les traitements ou autres et la période approximative de consolidation.

«**Barème**» : grille d'évaluation des séquelles utilisée par le médecin évaluateur, laquelle traite de toutes les parties du corps ainsi que des différents troubles psychiques.

«**Base salariale**» : la base salariale est établie en calculant le montant correspondant à 90 % du salaire annuel net déclaré par l'employeur sur l'avis et demande de remboursement.

«**Bureau d'évaluation médicale ou BEM**» : il s'agit d'un professionnel de la santé, médecin indépendant qui agit à titre d'évaluateur-arbitre à la demande de la CSST. Il a d'abord soumis sa candidature au Conseil consultatif du travail et de la main d'œuvre.

«**Capacité de gain**» : la capacité pour un travailleur de gagner un salaire tenant compte de sa condition physique ou psychique.

«**Chose jugée**» : concept de droit civil établissant qu'une personne ne peut faire un recours plus d'une fois sur le même sujet et contre la même personne s'il y a déjà eu une décision de rendue.

«**Chronique**» : se dit des maladies qui durent longtemps et se développent progressivement, qui persistent.

«**Conciliation**» : étape offerte principalement avant l'audition à la Commission des lésions professionnelles (CLP) où les parties et leurs représentants sont appelés à discuter d'une entente possible.

«**Corroborer**» : renforcer et confirmer une opinion ou un témoignage déjà émis.

«**Désistement**» : abandon du recours

«**Diligence**» : faire le nécessaire, s'occuper de.

«**Épidémiologique**» : étude de cas similaire dans la même entreprise ou dans des entreprises qui ont la même vocation.

«**Être en défaut ou être relevé de son défaut**» : être en défaut veut dire avoir omis de faire, dans un délai donné, un acte ou une procédure, donc être relevé du défaut veut dire avoir fourni un motif valable pour expliquer qu'on a agi en retard et que ce motif soit accepté par le décideur.

«**Indemnité de remplacement de revenu (IRR)**» : montant d'argent versé à titre de compensation financière et qui est équivalente à 90 % du revenu annuel net du travailleur divisé en 365 jours.

«**Indemnité de remplacement de revenu réduite (IRRR)**» : il s'agit de l'indemnité de remplacement de revenu citée précédemment, réduite de la somme que le travailleur est présumé être en mesure de gagner selon l'emploi convenable déterminé.

«**Impartialité**» : ne favoriser aucun parti aux dépens d'un autre.

«**Investigation**» : recherche médicale pour confirmer ou infirmer une impression diagnostique soit par scan, résonance magnétique, échographie ou autres.

«**Jurisprudence**» : ensemble des jugements rendus en semblable matière.

«**Libellé**» : manière de rédiger un texte.

«**Limitation fonctionnelle**» : contrainte de mouvements qui se traduit par des gestes à éviter dans le but de ne pas se blesser de nouveau.

«**Mécanisme d'accident**» : ensemble des gestes ou événements séquentiels qui permettent de comprendre que le mouvement a pu causer la blessure.

«**Médecin désigné**» : médecin nommé par l'employeur ou la CNESST pour examiner le travailleur et donner son opinion.

«**Médecin traitant, médecin qui a charge**» : la plupart du temps, c'est le médecin de famille ou l'omnipraticien qui suivra le travailleur tout au long du processus.

«**Omission**» : lacune, manque, absence, oubli, négligence, erreur, inattention.

«**Partage de coût**» : il s'agit d'une diminution de coût demandée par l'employeur qui prétend qu'une partie des blessures est attribuable à une condition personnelle ou non reliée à son emploi actuel ou lorsque la durée de consolidation de la lésion professionnelle reconnue est retardée par une condition personnelle.

«**Parties**» : chacun des individus impliqués dans un dossier, travailleur, employeur et représentant de la CSST.

«**Pécuniaire**» : relatif à l'argent.

«**Plan individualisé de réadaptation (PIR)**» : démarches entreprises entre le conseiller en réadaptation et le travailleur.

«**Plateau thérapeutique**» : équivalent de consolidation, ce qui en fait, ne représente pas nécessairement la guérison, mais bien une obtention maximale de soulagement par le biais de différents traitements.

«**Position statique**» : position stable sur une période donnée, c'est-à-dire, par exemple, rester debout devant une chaîne de montage pendant tout son quart de travail sans réel déplacement.

«**Prescription**» : délai au terme duquel une action devient nulle.

«**Présomption**» : le fait d'avoir un préjugé favorable, donc légalement, position favorable en faveur d'une personne.

«**Preuve prépondérante**» : prépondérance des probabilités, soit 50 % + 1. Le tribunal recherche la prépondérance, c'est-à-dire la preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence, ceci devrait convaincre le tribunal.

«**Rapport d'évaluation médicale (REM)**» : formulaire rempli par le médecin traitant, une fois le rapport final émis et qui fait état de cinq éléments, soit le diagnostic, la durée et suffisance des soins, la date de consolidation, l'atteinte permanente quantifiée à partir du barème et les limitations fonctionnelles découlant de la lésion.

«**Rapport final**» : formulaire bleu rempli par le médecin qui a charge et permettant d'établir la date de consolidation et donc la fin des traitements, la présence ou l'absence de séquelles et de limitations et si le médecin signataire à l'intention de faire le rapport d'évaluation médical (REM).

«**Réadaptation**» : mesures prises en vue de réinsérer le travailleur accidenté socialement et professionnellement.

«**Rechute**» : un retour ou une réapparition des symptômes d'une lésion, la cause n'étant pas disparue; la reprise d'une lésion qui était en voie de guérison.

«**Récidive**» : réapparition d'une lésion après un temps plus ou moins long de guérison.

«**Recours**» : action introduite afin de porter en révision ou en appel une décision non satisfaisante.

«**Recrudescence**» : reprise ou exacerbation temporaire de symptômes physiques ou psychiques.

«**Remise**» : demande de reporter à une date ultérieure l'audition prévue pour des motifs sérieux.

«**Traumatisme**» : ensemble des troubles qui découlent d'une blessure produite par un agent extérieur.

Liste des abréviations fréquemment utilisées

«**ADR**» Avis de l'employeur et demande de remboursement

«**APIPP**» Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique

«**AT**» Accident de travail

«**BEM**» Bureau d'évaluation médicale

« DAP »	Déficit anatomophysiologique (séquelles)
« DPJV »	Douleur et perte de jouissance de la vie
« DRA »	Direction de la révision administrative
« E »	Employeur
« EC »	Emploi convenable
« IRR »	Indemnité de remplacement du revenu
« IRRR »	Indemnité de remplacement du revenu réduite
« LAT »	Loi sur les accidents de travail
« LATMP »	Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles
« LF »	Limitations fonctionnelles
« RAT »	Retour au travail
« RRA »	Rechute, récurrence ou aggravation
« RT »	réclamation du travailleur
« T »	Travailleur
« TAT »	Tribunal administratif du travail

60 /

LEXIQUE DES MOTS COURANTS DU JARGON MÉDICAL

Ankylose : diminution de la mobilité ou dans les cas les plus évolués, la fixité d'une articulation. Elle correspond à une raideur partielle ou totale.

Anxiété : l'anxiété est considérée comme une réaction « normale » dans une situation stressante. Lorsque l'anxiété devient excessive, elle peut être classifiée sous la dénomination de « trouble de l'anxiété ».

Artéfact : phénomène artificiel ou accidentel perturbant les résultats d'une observation.

Atrophie : diminution du volume ou du poids d'un organe ou d'un membre, affaiblissement.

Atteinte bilatérale : atteinte des deux parties du corps.

Atteinte cognitive : ensemble de symptômes incluant des troubles de la mémoire, de la

perception, un ralentissement de la pensée et des difficultés à résoudre des problèmes.

Atteinte motrice : atteinte de la motricité, de la capacité de bouger.

Atteinte sensitive : atteinte de la sensibilité.

Auscultation : manœuvre qui permet d'analyser les bruits provoqués par certains organes ou appareils : le cœur, l'appareil respiratoire, l'appareil digestif et les vaisseaux dans diverses localisations.

Bloc facettaire : injection qui a pour but de diminuer l'inflammation et la douleur provenant de la facette articulaire. Les facettes articulaires sont deux petites articulations localisées de chaque côté de la colonne vertébrale à la région postérieure.

Chiropraxie : méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulations des vertèbres.

Diagnostic : le diagnostic regroupe l'ensemble des examens pratiqués par un professionnel de santé pour comprendre la pathologie dont souffre un patient.

Discopathie dégénérative : le terme discopathie désigne les maladies touchant le disque intervertébral, situé entre chaque vertèbre de la colonne vertébrale. Elle correspond à une perte de souplesse et d'élasticité des disques intervertébraux.

Dégénérescence : processus de dégradation totale ou partielle d'une cellule, d'un tissu, ou d'un organe.

Douleur aiguë : habituellement, une douleur apparaît à cause d'une anomalie, et disparaît lorsque l'anomalie est éliminée. On parle alors de douleur aiguë. Le terme aigu ne signifie pas forcément que la douleur est intense.

Douleur chronique : la douleur est dite chronique lorsqu'elle persiste au-delà de trois mois. La douleur chronique est une maladie, contrairement à la douleur aiguë qui est un symptôme.

Élongation : lésion très proche de la déchirure musculaire. Elle est liée à l'étirement trop important du muscle.

Épidémiologie : science qui étudie, au sein de populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent.

Épidurale : méthode permettant d'injecter des substances médicamenteuses dans l'espace épidual, c'est-à-dire l'espace séparant le canal rachidien de la dure-mère (enveloppe fibreuse entourant et protégeant le tissu nerveux cérébral et rachidien).

Ergonomie : étude des conditions de travail et de l'adaptation des machines à l'homme.

Ergothérapie : l'ergothérapie est une spécialité paramédicale destinée aux personnes

souffrant de handicaps, notamment moteurs et psychomoteurs. Elle est exercée par l'ergothérapeute, un spécialiste en réadaptation.

Facteur de risque : source de risque qui augmente la probabilité pour un individu de développer une maladie ou d'être victime d'un traumatisme. Cette source de risque peut être sociale, physique, environnementale, culturelle, alimentaire, liée à un mode de vie particulier.

Manœuvre : manipulation d'une partie du corps.

Microtraumatisme : un microtraumatisme est un traumatisme de très petite intensité, mais qui à long terme peut être néfaste pour la santé.

Orthèse : appareil orthopédique destiné à soutenir une fonction locomotrice déficiente et fixé contre la partie atteinte (attelle, gouttière, corset, plâtre, etc.)

Ostéopathie : médecine manuelle, s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain.

Palpation : recherche d'éventuels points douloureux, masses anormales, augmentation de volume de certains organes.

Pathologie : condition ou maladie.

Percussion : manœuvre qui cherche à détecter d'éventuelles modifications au sein du thorax ou de l'abdomen (anormalement "mat" ou "tympanique").

Physiothérapie : thérapie dont le but est d'améliorer la santé physique et de rétablir la motricité par des moyens physiques, et sans médicament. Elle est donc préconisée pour traiter des incapacités affectant les systèmes neurologique, sensoriel, moteur et cardiorespiratoire.

Position contraignante : position forcée des articulations. Il s'agit des postures qui comportent des angles extrêmes des articulations et/ou le maintien de positions articulaires durant de longues périodes.

Posture : attitude, position du corps, volontaire ou non.

Pronostic : un pronostic est une prévision de l'évolution probable ou de l'issue d'une maladie. Le pronostic est basé sur la connaissance de l'évolution habituelle de la maladie, qui se combine avec la prise en compte de facteurs pouvant influencer cette évolution.

Prothèse : remplacement d'un membre, d'une partie de membre ou d'un organe par un appareillage approprié ou dispositif qui est implanté dans l'organisme pour suppléer un organe défaillant ou manquant permettant de restaurer une fonction qui est compromise.

Sensibilité cutanée : fonction sensorielle qui met la personne en rapport avec le monde extérieur par l'intermédiaire du contact cutané, fonction d'alarme de protection.

Signes cliniques : signes observés par le médecin lors d'un examen médical par exemple spasmes, accrochage, craquement, faiblesse, etc.

Signes objectifs : ce sont des signes cliniques, c'est-à-dire observés, par le médecin et qui correspondent aux résultats d'examen ou au type de traumatisme subi.

Stabilisation : aux fins de l'indemnisation, une blessure est considérée comme étant stabilisée lorsque son évolution atteint un plateau au niveau stationnaire, il n'est pas permis de prévoir une progression notable, amélioration ou détérioration à court ou moyen terme.

Syndrome : ensemble de signes, de symptômes, de modifications morphologiques, fonctionnelles ou biochimiques de l'organisme, d'apparence parfois disparate, mais formant une entité reconnaissable qui, sans présager obligatoirement des causes de ces manifestations, permet d'orienter le diagnostic.

Symptôme : le symptôme est le terme médical qui désigne un "signe", c'est-à-dire ce que ressent ou présente le malade.

Traumatisme : un traumatisme est un choc violent responsable d'une blessure ou de dommages affectant les tissus ou les organes. Un traumatisme peut être physique (par exemple suite à un accident de travail ou de voiture) ou psychologique/émotionnel (en cas de licenciement abusif par exemple), on parle parfois de psychotraumatisme.

Trouble d'adaptation : le trouble de l'adaptation est une réponse psychologique à un ou plusieurs groupes de situations stressantes, causant des symptômes émotionnels et psychologiques significatifs, ne satisfaisant pas les critères du trouble anxieux ou du TPST.

Trouble de stress post-traumatique : trouble consécutif à une expérience à la fois si inattendue et si éprouvante que la victime continue d'en subir les séquelles longtemps après l'évènement. Le trouble de stress post-traumatique est classifié parmi les troubles anxieux.

Trouble somatoforme : trouble mental caractérisé par des symptômes physiques évoquant une blessure ou une maladie physique — les symptômes ne peuvent être pleinement expliqués par une condition médicale générale. Chez les individus souffrant de trouble somatoforme, les résultats à des tests médicaux n'indiquent rien d'anormal et n'expliquent aucunement les symptômes dont souffrent les patients.

Unité fonctionnelle : ensemble de structures interdépendantes pour leur fonction permettant d'évaluer l'impact au quotidien.

POUR JOINDRE LES AUTEURS :

Maitre Martine Desroches : desrochesmongeonavocats.com

Dr Jean Paul Brutus, chirurgien de la main : drbrutus.com

Nathalie Brisebois, ergothérapeute : cpergothérapie.ca