

Prévention de la chronicité : comment le droit pourrait-il mieux contribuer à diminuer les incapacités au travail?\*

Katherine Lippel\*\* et Vicky Sabourin\*\*\*

La version originale de ce texte est publiée : K. Lippel et Vicky Sabourin, « Prévention de la chronicité : comment le droit pourrait-il mieux contribuer à diminuer les incapacités au travail? », *Développements récents en droit de la santé et de la sécurité au travail 2020*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2020, 81-117.

« Le régime québécois se distingue par son haut niveau de contestation, ce qui s'est traduit également dans le temps par des délais de traitement des appels qui sont de plus en plus longs. La présence de décisions changées au niveau de la CLP contribue à un très grand nombre de dossiers de plus de 1 000 jours d'IRR et nourrit par le fait même la problématique de la chronicité. »<sup>1</sup>

## Introduction

De quoi parle-t-on lorsqu'on veut « prévenir la chronicité »? Dès 1986, le Rapport Spitzer<sup>2</sup> a introduit l'idée qu'un retour au travail pouvait être envisagé pour les travailleurs souffrant de maux de dos, principalement les lombalgies, dorsalgies et cervicalgies, même s'ils souffraient encore de douleurs qui pourraient devenir chroniques, notamment si le traitement prescrit impliquait des longues périodes de repos au lit. Le groupe de travail recommandait alors ce qui suit : « La CSST doit favoriser l'utilisation des formulaires professionnels pour les médecins, en particulier au bout de 7 semaines d'absence et pour la détermination des conditions de retour au

---

\* Les auteures sont reconnaissantes au CRSH et aux IRSC pour leur financement dans le cadre du programme de recherche en partenariat Santé et productivité au travail, qui finance notre équipe de recherche *Politiques et pratiques en matière de retour au travail après une lésion professionnelle : Défis de taille et solutions innovatrices*, subvention 895-2018-4009. Elles remercient également la professeure Ellen MacEachen pour ses ajouts et commentaires concernant la revue de la littérature scientifique pertinente au retour travail, ainsi que plusieurs collègues qui ont relu et commenté des versions précédentes de ce texte.

\*\* Professeure titulaire et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail à la Section du droit civil de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa.

\*\*\* Candidate à la maîtrise en droit à l'Université d'Ottawa.

<sup>1</sup> Secor, Optimisation de la gestion et de la prévention de la chronicité : Rapport présenté au Comité de gouvernance de la CSST, mars 2010, p. 12

<sup>2</sup> Walter O. Spitzer, *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs* (1986), en ligne (pdf) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/E-017.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/E-017.pdf) >.

travail »<sup>3</sup>. Cette première référence à la chronicité visait explicitement la chronicité de la douleur associée aux maux de dos, douleur chronique qui pouvait mener à une longue absence du travail.

L'équipe de recherche clinique Prévicap et ensuite celle du Caprit, pilotées initialement par le Dr Patrick Loisel<sup>4</sup>, ont regardé de plus près la chronicité de *l'incapacité au travail*, tout d'abord en s'attardant spécifiquement aux maux de dos, avant d'inclure par la suite d'autres troubles musculo-squelettiques et d'autres incapacités découlant d'une lésion physique. L'équipe du Dr Loisel prônait une approche bio-psycho-sociale qui intégrait non seulement un regard biomédical sur l'incapacité en lien avec la lésion, mais aussi un regard sur l'environnement du travail, le système de santé, le système d'indemnisation et l'environnement personnel du travailleur. L'objectif était de favoriser un retour au travail durable et d'éviter par conséquent l'incapacité chronique au travail, soit l'invalidité professionnelle.

Les problèmes de santé mentale liés au travail ou liés à une lésion professionnelle physique sont abordés autrement par les spécialistes de la réadaptation<sup>5</sup>. Par exemple, le retour au travail précoce n'est pas prôné en l'absence de traitements ciblés pour agir sur la dépression associée à la douleur chronique ou sur les facteurs de risque ayant mené à une dépression en lien avec le travail. Il en est ainsi pour d'autres problèmes comme le cancer professionnel, qui sont abordés sans perspective de retour au travail rapide.

Parallèlement aux études visant les travailleurs susceptibles de développer une incapacité chronique au travail, certaines études ont ciblé le comportement organisationnel à l'égard de toutes les personnes absentes en raison d'une lésion professionnelle, abstraction faite de la nature de la lésion. Ces études ciblent les modalités qui

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. xxxvii

<sup>4</sup> Patrick Loisel et al. « Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study ». (1994) 51 (9) *Occupational and Environmental Medicine* 597; Patrick Loisel et al., « Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study », (2002) 59 *Occupational and Environmental Medicine* 807; Patrick Loisel et al., *Évolution comparée de la douleur et du statut de travail à la suite d'un programme de réadaptation pour des travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques*, (2012), en ligne : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100661/n/evolution-comparee-de-la-douleur-et-du-statut-de-travail-a-la-suite-d-un-programme-readaptation-pour-des-travailleurs-ayant-des-troubles-musculo-squelettiques-r-744/redirected/1](http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100661/n/evolution-comparee-de-la-douleur-et-du-statut-de-travail-a-la-suite-d-un-programme-readaptation-pour-des-travailleurs-ayant-des-troubles-musculo-squelettiques-r-744/redirected/1) >.

<sup>5</sup> Louise St-Arnaud et Mariève Pelletier, *Guide pour soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi : Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique* (2013), en ligne (pdf) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-758.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-758.pdf) >; Michael J.L. Sullivan, Maureen Simmonds et Ana Velly, *Réadaptation au travail. Études et recherches : Douleur, dépression, incapacité et résultats de la réadaptation* (2011), en ligne (pdf) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-686.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-686.pdf) > [ci-après Sullivan et al Réadaptation]; Michael J.L. Sullivan, Timothy Wideman, & Alik Thomas, *Dépression et douleurs musculosquelettiques: Évaluation préliminaire d'une approche de réadaptation axée sur la promotion du retour au travail*. (2019) en ligne (pdf) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101049/n/depression-douleurs-musculosquelettiques](http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101049/n/depression-douleurs-musculosquelettiques)>.

pourraient assurer le succès d'un retour précoce de nature thérapeutique, pouvant contribuer à un retour au travail saine et durable<sup>6</sup>.

La notion de prévention de la chronicité fait surface également dans les publications administratives, mais le sens qui y est donné est différent : on cherche à réduire les jours d'indemnisation en IRR, sans cibler explicitement la question de la douleur chronique ou de l'incapacité au travail chronique – objectifs de la littérature scientifique. Du côté administratif, la réduction des jours d'indemnisation devient l'objectif de la prévention de la chronicité. Ainsi, dans le Plan stratégique 2010-2014<sup>7</sup> de la CSST<sup>8</sup>, on énonce une série de mesures portant sur « l'optimisation de la gestion et de la prévention de la chronicité », associées à cinq objectifs et des sous-objectifs visant essentiellement à réduire les coûts (IRR, services de santé), à améliorer la qualité des décisions sur le plan de « l'efficacité » et aussi à promouvoir le retour au travail par « l'implantation d'une approche d'encadrement et de suivi des dossiers à risque de chronicité ». Le rapport ne définit pas cette catégorie, mais on sait<sup>9</sup> qu'elle comprend la situation au travail et les croyances du travailleur concernant sa capacité de retour au travail, critères qui peuvent affecter de manière disproportionnelle les travailleurs ayant un lien d'emploi précaire. La CNESTT rapporte ses progrès à l'égard de la « prévention de la chronicité » en mesurant la durée moyenne d'incapacité (déterminée par le nombre de jours pour lesquels une IRR a été versée entre la date de l'événement et celle de la décision quant à la capacité de retour au travail ou à la capacité à exercer un emploi convenable).<sup>10</sup>

Il existe donc au moins trois sens courants de l'expression « prévenir la chronicité » : prévenir la douleur chronique, prévenir l'invalidité, c'est-à-dire l'incapacité de travail chronique, et prévenir les coûts

---

<sup>6</sup> Raymond Baril, Diane Berthelette et Paul Massicotte, « Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors » (2003) 41:4 *Safety Science* 277.

<sup>7</sup> Québec, *Plan stratégique 2010-2014* (9 novembre 2010), en ligne (pdf) : Commission de la santé et de la sécurité du travail < [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300\\_1020web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300_1020web.pdf) > à la p. 5, [ci-après CSST, Plan stratégique].

<sup>8</sup> La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a été remplacée par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESTT) en date du 1<sup>er</sup> janvier 2016 en vertu de la *Loi instituant le Tribunal administratif du travail*, RLRQ c. T-15.1, art. 111. Dans ce texte si nous parlons de façon générique du décideur de première instance nous allons désigner les deux organisations en utilisant le terme « la Commission ». La même loi a institué le Tribunal administratif du travail (TAT) qui a remplacé la Commission des lésions professionnelles (CLP). Nous allons désigner le tribunal d'appel de manière générique par le terme « le Tribunal ».

<sup>9</sup> Odetas Jaseliunas, directeur de la Direction des services médicaux, CSST – Québec, « La réorganisation des services aux travailleurs accidentés pour mieux prévenir la chronicité », présentée aux JASP 2006, Montréal, le 24 octobre 2006.

<sup>10</sup> Québec, *Une porte d'entrée unique en matière de travail : Rapport annuel de gestion 2017* (juin 2018), en ligne (pdf) : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail < [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/DC-400-2032-11.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/400/Documents/DC-400-2032-11.pdf) > Note 24.

d'indemnisation. Dans le présent texte, nous abordons le problème de l'incapacité de travail chronique en lien avec les règles applicables au régime d'indemnisation.

Dans un premier temps, nous allons faire un survol de connaissances récentes tirées des sciences de la réadaptation. Ensuite, à la lumière des résultats de trois de nos projets de recherche, nous allons illustrer la manière dont les règles juridiques au Québec contribuent ou nuisent à la prévention de l'incapacité de travail chronique.

### L'évolution des connaissances scientifiques sur les bonnes pratiques pour prévenir les incapacités chroniques

En 2008, nous avons présenté l'état des connaissances scientifiques sur les conditions optimales de prévention des incapacités dans le but de mieux comprendre les forces et les faiblesses de la législation québécoise en matière de réparation professionnelle, ainsi que les pratiques juridiques québécoises en lien avec le retour au travail des victimes de lésions professionnelles<sup>11</sup>. Après un survol des principes de base, présentés de manière plus détaillée dans notre texte de 2008, nous allons examiner quelques nouveautés dans la littérature scientifique et nous terminerons cette section avec une synthèse des éléments les plus importants tirés des connaissances des spécialistes en retour au travail.

Une revue récente de la littérature scientifique portant sur les meilleures pratiques à mettre en œuvre pour assurer un retour au travail durable et une prévention de l'incapacité prolongée, a identifié une variété de mesures comme étant les meilleures pratiques en vue de promouvoir un retour au travail durable de travailleurs souffrant de problèmes musculo-squelettiques<sup>12</sup>.

Les auteurs ont également étudié les pratiques de plusieurs entreprises québécoises dans le cadre du retour au travail. Si l'on a rapporté certaines conditions gagnantes aux fins d'un « retour au travail sain et durable », selon les acteurs clés, comprenant « la collaboration, la communication, l'information au travailleur et un superviseur facilitant », on a signalé en revanche des conditions défavorables identifiées par les participants, notamment les limites de l'externalisation du processus à un firme qui « n'a pas les mêmes valeurs ni les mêmes capacités que

---

<sup>11</sup> Voir notre revue de la littérature scientifique dans Katherine Lippel, « L'intervention précoce pour éviter la chronicité: enjeux juridiques », dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* (2008), Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2008, EYB2008DEV1428, 284 *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 137.

<sup>12</sup> Iuliana Nastasia et al, *Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable* (2017), en ligne : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail < [www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100950/n/pratiques-milieux-travail-retour-emploi-sain-durable](http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100950/n/pratiques-milieux-travail-retour-emploi-sain-durable) >.

l'employeur à l'égard de la proximité relationnelle avec les travailleurs [...] »<sup>13</sup>, et « toute forme de contestation, la consultation d'un médecin expert de l'employeur, la non-collaboration du médecin traitant dans le choix d'un travail à réaliser en assignation temporaire ainsi que des difficultés relationnelles avec les autres membres de l'équipe ou avec le superviseur »<sup>14</sup>.

Outre ce survol, dans ce présent texte, nous allons mettre l'accent sur les connaissances scientifiques qui ont émergé depuis la publication de notre texte en 2008. Rappelons simplement que les études dominantes prônaient alors l'importance de la prise en charge rapide, idéalement de manière interdisciplinaire, d'une personne blessée<sup>15</sup>. Par ailleurs, plusieurs autres études démontraient qu'une application à l'aveugle d'une politique de retour au travail précoce pouvait avoir des effets pervers et même mener à des situations d'invalidité attribuables aux effets « toxiques » du processus de gestion d'une réclamation et des pratiques de retour au travail<sup>16</sup>.

Une certaine littérature scientifique suggérait que les victimes de blessures engagées dans un processus de demande d'indemnisation, ou qui étaient en contact avec un avocat, étaient plus susceptibles de souffrir d'un niveau élevé de douleurs et d'une plus grande incapacité au travail<sup>17</sup>. Ces études ont été vivement critiquées par plusieurs chercheurs, notamment Genevieve Grant et David Studdert<sup>18</sup>, qui ont démontré que les études épidémiologiques utilisant soit l'enjeu de l'indemnisation, soit le contact avec un avocat comme variable associé à la durée de l'incapacité ou au niveau de la douleur, faisaient abstraction des contextes du processus d'indemnisation. D'autres ont souligné que, devant l'existence d'une association statistique entre une demande

---

<sup>13</sup> *Ibid.* p. 57.

<sup>14</sup> *Ibid.* p. 71. Les contacts avec les experts payés par le régime d'indemnisation ou par l'employeur ont été identifiés comme étant particulièrement dommageables pour la santé des personnes réclamantes dans une série d'études australiennes : Elizabeth Kilgour et al., « Procedural Justice and the Use of Independent Medical Evaluations in Workers' Compensation », (2015) 8 (2) *Psychological Injury and Law*, 153; Elizabeth Kilgour et al., « Healing or Harming? Healthcare Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems », (2015) 25 (1) *Journal of Occupational Rehabilitation*, 220; Elizabeth Kilgour et al., « Interactions Between Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems: A Systematic Review of Qualitative Research Literature », (2015) 25(1) *Journal of Occupational Rehabilitation*, 160, [ci-après Kilgour, Interactions].

<sup>15</sup> Voir notamment Spitzer, *supra* note 2 et Loisel et al. *supra* note 4.

<sup>16</sup> Voir notamment Ellen MacEachen et al., « The "Toxic Dose" of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected » (2010) 20 (3) *Journal of Occupational Rehabilitation* 349 et la littérature analysée dans Lippel, *supra* note 11,

<sup>17</sup> Voir notamment les études discutées dans Lippel, 2008 *supra* note 11 ainsi que Katherine Lippel, « Regulatory contexts affecting work reintegration of people with chronic disease and disabilities: an international perspective », In Ute Bültmann and Johannes Siegrist, *Disability, Work and Health*, Springer Nature (sous presse).

<sup>18</sup> Genevieve Grant et David M. Studdert, « Poisoned chalice? A critical analysis of the evidence linking personal injury compensation processes with adverse health outcomes » (2009) 33 (3) *Melbourne UL Rev* 865.

d'indemnisation ou un contact avec un avocat et une durée prolongée d'inaptitude, aucune étude n'avait démontré le sens de la relation<sup>19</sup> : est-ce que les personnes en contact avec un avocat ou engagées dans un processus d'indemnisation sont incitées à prolonger leur incapacité, ou est-ce que les personnes qui ne guérissent pas de leur lésion dans le temps prévisible ont besoin de consulter un avocat, possiblement parce que leurs prestations ont été remises en question par le régime d'indemnisation?

Enfin, une étude importante publiée à l'intention des scientifiques spécialisés en retour au travail a souligné l'importance, pour les auteurs, de décrire le contexte juridico-politique de leur étude. Clay et collègues ont constaté que la vaste majorité des études sur le retour au travail et la réadaptation professionnelle ne mentionnaient pas l'existence même de régimes d'indemnisation, ou si un régime était mentionné, les paramètres du régime n'étaient pas décrits. Ils ont ainsi souligné l'importance de décrire le régime d'indemnisation applicable aux participants à une étude sur les enjeux affectant le retour au travail afin de mieux comprendre les influences des caractéristiques du système (ou de l'absence du système) de réparation sur les résultats des études épidémiologiques<sup>20</sup>.

Nous allons maintenant nous attarder sur quelques nouveautés dans la littérature scientifique : comment se mesure le retour au travail dans la littérature scientifique? Quel impact la perception d'injustice peut-elle avoir sur la santé des personnes blessées? Quels mécanismes expliquent l'association entre le processus d'indemnisation et les effets négatifs sur la santé?

Comment mesure-t-on le retour au travail dans les études scientifiques?

Plusieurs études scientifiques importantes qui ont influencé le développement de politiques publiques au Québec, au Canada et ailleurs ont été conduites au début du siècle actuel et se basaient sur la fin des prestations d'indemnité de remplacement du revenu pour mesurer le retour au travail<sup>21</sup>. Évidemment, les juristes sont bien conscients du fait que la fin des prestations n'est pas synonyme de retour au travail. Par exemple, un travailleur qui réclame pour plusieurs lésions physiques dont certaines ne seront pas reconnues par la Commission pourrait voir son dossier d'indemnisation fermé; pourtant, cela n'implique aucunement un retour au travail. Il en est ainsi des réclamations déposées à la suite d'un événement de violence au travail : en 2015, la Commission a accepté 98 %

---

<sup>19</sup> Natalie M. Spearing et al, « Does injury compensation lead to worse health after whiplash? A systematic review » (2012) 153(6) *Pain* 1274.

<sup>20</sup> Fiona Clay, Janneke Berecki-Gisolf et Alex Collie, « How Well Do We Report on Compensation Systems in Studies of Return to Work: A Systematic Review » (2014) 24:1 *Journal of Occupational Rehabilitation* 111.

<sup>21</sup> Voir notamment les études décrites dans Lippel, *supra* note 11.

des réclamations pour les lésions physiques et 53 %<sup>22</sup> des réclamations pour les lésions psychologiques associées à la violence au travail. Par ailleurs, la fin de l'IRR après la fin de la période d'indemnité à la suite de la détermination d'un emploi convenable ailleurs que chez l'employeur n'est pas synonyme d'un retour au travail réel. Il en est ainsi dans les cas où la condition du travailleur est consolidée sans limitations fonctionnelles après l'expiration de son contrat à durée déterminée. Même en présumant que le travailleur est dorénavant apte au travail, ce qui n'est pas toujours le cas, l'aptitude au travail n'est pas synonyme d'un retour au travail.

Face à des nombreuses critiques liées à cette mesure plutôt réductrice, des chercheurs ont développé de nouveaux outils pour mesurer le retour au travail, notamment des questionnaires destinés aux travailleurs eux-mêmes. Ainsi, Boyle et collègues, chercheurs canadiens spécialisés en réadaptation et retour au travail, ont développé un questionnaire qui permet d'identifier avec nuance le retour au travail réel du travailleur; ils constatent en même temps que les données administratives tirées des commissions d'accidents du travail ne reflètent pas le statut du travailleur<sup>23</sup>. D'autres approches, au lieu d'utiliser la cessation des prestations comme mesure, regardent les revenus des travailleurs victimes de lésions professionnelles<sup>24</sup>, ce qui permet tout au moins de savoir si le travailleur reçoit un salaire après la fin des indemnités.

Un autre défi associé aux outils de mesure du retour au travail dans les études scientifiques porte sur la nature même du concept de retour au travail à mesurer. Est-ce qu'un individu est considéré de retour au travail après une journée de travail? Faut-il exiger une certaine continuité dans le temps avant de conclure que l'individu est maintenant retourné au travail? Comme MacEachen<sup>25</sup> a constaté, les études scientifiques sont variables à cet égard, certaines faisant référence au jour même de retour au travail comme preuve de retour, alors que d'autres ne concluent en ce sens qu'après un retour au travail soutenu pendant plusieurs mois. Par ailleurs, faut-il tenir compte des gains réels équivalant au salaire gagné avant la lésion professionnelle? Si le travailleur occupe maintenant un emploi qui génère un revenu beaucoup moins élevé, peut-on conclure qu'il est de retour au travail? Encore une fois, les études entre elles diffèrent; alors que certaines mesurent le nombre d'heures travaillées avant et après la lésion professionnelle, d'autres cherchent à déterminer si les revenus avant ou après la lésion s'équivalent. Ainsi, la littérature sur le retour au travail n'utilise pas des mesures comparables pour conclure que

---

<sup>22</sup> CNESST, *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail 2012-2015*, Québec, 2017, Tableau 2, Tableau 3 Tableau 10, Tableau 17.

<sup>23</sup> Eleanor Boyle, David J Cassidy et Pierre Côté, « Determining the reliability and convergent validity of a return-to-work status questionnaire » (2019) 63(1) *Work* 69.

<sup>24</sup> Sarah Crichton, Steven Stillman et Dean Hyslop, « Returning to Work from Injury: Longitudinal Evidence on Employment and Earnings » (2011) 64 (4) *ILR review* 765.

<sup>25</sup> Ces exemples sont tirés de MacEachen, E. *Measuring return to work*. Work, Wellness and Disability Prevention Institute Webinar, Canada, le 8 février 2018.

le sujet de l'étude est « retourné au travail », ce qui prive de sens des analyses synthèses et des études comparatives.

Enfin, l'absence de précisions sur les contextes juridiques dans lesquels des études sont effectuées, comme documenté par Clay et collègues<sup>26</sup>, rend difficile toute comparaison du retour au travail entre des provinces ou des pays où des régimes de réparation sont fort différents. Par exemple, une comparaison statistique entre le Québec et l'Ontario pour ce qui concerne le retour au travail donnerait l'impression que le système d'indemnisation en Ontario est plus performant que celui du Québec parce que le nombre de réclamations sans perte de temps est plus important en Ontario<sup>27</sup>. Cela dit, les tableaux statistiques ne permettent pas de voir que l'employeur ontarien peut être condamné à une pénalité importante s'il ne coopère pas avec la Commission ontarienne, la CSPAAT,<sup>28</sup> afin d'offrir un retour au travail précoce, avant consolidation, alors qu'au Québec, l'employeur a la possibilité, mais non l'obligation, de proposer une assignation temporaire<sup>29</sup>. Par contre, rien ne nous dit que les travailleurs ontariens qui cessent de recevoir des indemnités, dans un contexte de contrainte de retour au travail précoce imposée aux employeurs et aux travailleurs, sont engagés dans un processus de retour au travail durable<sup>30</sup>.

### Les effets des perceptions d'injustice sur la santé et la réadaptation

---

<sup>26</sup> Clay et al, *supra* note 20.

<sup>27</sup> Association des commissions des accidents du travail du Canada, Statistiques nationales des accidents, maladies et décès professionnels, 2015-2017. Alors que l'Ontario rapporte moins d'accidents avec perte de temps que le Québec, il y a plus de décès liés au travail en Ontario qu'au Québec.

<sup>28</sup> *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, LO 1997, c. 16, ann A, Art. 40 et 41 (13); Katherine Lippel, « Strengths and Weaknesses of Regulatory Systems Designed to Prevent Work Disability After Injury or Illness: An Overview of Mechanisms in a Selection of Canadian Compensation Systems » in Ellen MacEachen (ed.), *The science and politics of work disability prevention*, Routledge, Taylor & Francis, 2019, 50-71.

<sup>29</sup> L'affaire *Supervac* nous rappelle que l'assignation temporaire découle du droit à la réadaptation du travail, mais, selon la Cour d'appel du Québec, elle n'est pas un droit de l'employeur : *Commission de la santé et de la sécurité du travail c. 9069-4654 inc.*, 2018 QCCA 95. Par contre, l'employeur n'est pas obligé de proposer une assignation temporaire au travailleur : Jean-Sébastien Noiseux, *Assignation temporaire*, dans *JurisClasseur Québec*, coll. « Droit du Travail », *Santé et sécurité du travail*, fasc. 12, Montréal, LexisNexis Canada, mise à jour en février 2019, paragr. 3.

<sup>30</sup> Katherine Lippel, et al, « The Structure and Process of Workers' Compensation Systems and the Role of Doctors : A Comparison of Ontario and Québec », (2016) 59 (11) *American Journal of Industrial Medicine* 1070-1086; K. Lippel, « La transdisciplinarité et le droit comparé : essai sur une méthode permettant de documenter certains effets du droit dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail », dans Stéphane Bernatchez et Louise Lalonde (dirs), *Approches et fondements du droit*, Cowansville, Volume III, Les Éditions Yvon Blais, Cowansville, Québec, 2019, pp.33-63

La littérature en prévention d'incapacités associée à la science de la réadaptation regarde de près, depuis les dernières années, la perception d'injustice comme facteur de chronicité des lésions. Michael Sullivan, qui a été l'un des premiers à promouvoir des outils pour détecter les pensées catastrophiques et la crainte de mouvement chez les travailleurs<sup>31</sup>, a plus récemment mis l'accent sur l'importance de prévenir un sentiment d'injustice chez les accidentés (du travail ou de la route), puisque ce dernier est associé à une augmentation des conditions de douleur chronique et à une absence du travail prolongée, en raison non seulement de douleurs mais aussi de problèmes psychiatriques.

Sullivan et collègues ont développé un outil pour mesurer la perception d'injustice en lien avec la chronicité de la douleur et la durée d'absence avant le retour au travail. Ils ont constaté que les personnes victimes d'un traumatisme qui percevaient un niveau élevé d'injustice étaient moins susceptibles de retourner rapidement au travail, tout en étant plus susceptibles de souffrir d'un niveau élevé de douleur et d'une détérioration de la santé mentale<sup>32</sup>. Alors que les études antérieures de ces auteurs ont alimenté la réflexion institutionnelle sur l'importance de gérer les attitudes et perceptions du travailleur individuel, leurs plus récentes recherches appellent à un changement de paradigme : ils suggèrent d'explorer les *raisons* des perceptions d'injustice chez les travailleurs accidentés, en incluant des considérations quant aux sources potentielles d'injustice comme l'employeur, l'assureur et les professionnels de la santé<sup>33</sup>. Les auteurs soulignent l'importance de tenir compte des sources de ces perceptions :

« It is important to consider that perceptions of injustice are not merely mental constructions of the injured individual but might emerge from a reality that is characterized by justice violations. Reckless drivers and unsafe work environments do exist, as do unfair, disrespectful, or adversarial insurer practices. Injured individuals might face legitimate and continuing inequities in access to services and resources in medical, insurer, and employment systems. If we accept that perceptions of injustice can emerge as a mental construction of the individual, and as a reaction to objective injustices characterizing the environments within which injuries occur, are adjudicated and related, then it becomes less surprising that interventions that focus only on the injured individual often have limited impact. » (p. 331)

---

<sup>31</sup> Sullivan et al., Réadaptation, *supra* note 5.

<sup>32</sup> Michael Sullivan et al, « The Role of Perceived Injustice in the Experience of Chronic Pain and Disability: Scale Development and Validation » (2008) 18(3) *Journal of Occupational Rehabilitation* 249; Michael Sullivan, Whitney Scott et Zina Trost, « Perceived Injustice: A Risk Factor for Problematic Pain Outcomes » (2012) 28 (6) *The Clinical Journal of Pain* 484. Des études australiennes abordent également ces problématiques : Linda Kennedy et Debra Dunstan, « Confirmatory Factor Analysis of the Injustice Experience Questionnaire in an Australian Compensable Population » (2014) 24(3) *Journal of Occupational Rehabilitation* 385.

<sup>33</sup> Michael Sullivan et al., « Perceived Injustice and Adverse Recovery Outcomes », (2014) 7 *Psychological Injury and Law* 325.

Travaillant dans le contexte ontarien, Renée-Louise Franche et collègues ont produit une échelle conçue pour mesurer la perception de justice ou d'injustice lors du processus de retour au travail, échelle qui comportait notamment des questions sur la perception du travailleur à l'égard du retour au travail trop précoce<sup>34</sup>. D'autres études canadiennes<sup>35</sup> ont montré que les travailleurs qui percevaient avoir été exposés à un processus juste et équitable rapportaient avoir des meilleurs résultats sur le plan de la santé, notamment par rapport aux symptômes de dépression. Ces auteurs rapportent que la perception de la « justice interactionnelle », c'est-à-dire la perception des travailleurs accidentés du caractère équitable du comportement de la personne la plus responsable de leur processus de retour au travail, avait un impact sur leurs symptômes de dépression et le nombre de jours d'absence du travail.

Sur la scène internationale, des chercheurs en Australie ont essayé de mieux comprendre les raisons pour lesquelles certaines études concluaient que les personnes indemnisées avaient une incapacité au travail de plus longue durée que les personnes qui ne recevaient pas d'indemnisation, mais souffraient de lésions similaires. Contrairement aux stéréotypes voulant que les personnes indemnisées chercheraient à profiter du système, leurs études ont démontré que la perception d'injustice comme variable épidémiologique expliquait la différence de durée d'absence du travailleur, une fois d'autres variables prises en compte : la sévérité du traumatisme, l'âge et l'intensité de la douleur<sup>36</sup>. En comparant les régimes d'indemnisation dans deux États australiens, les chercheurs ont constaté que les personnes qui étaient régies par le régime sans égard à la faute, lequel impliquait moins de procédés de nature contentieuse, avaient des meilleurs résultats sur le plan de la santé<sup>37</sup>

Les travaux antérieurs de ces équipes de recherche québécoises, canadiennes et australiennes avaient mis l'accent sur l'individu, ses inquiétudes et sa perception quant aux chances de retourner au travail à la suite d'une lésion musculo-squelettique. Sullivan et collègues<sup>38</sup> avaient développé des échelles pour mesurer, d'une part, la peur du

---

<sup>34</sup> Renée-Louise Franche et al, « Perceived Justice of Compensation Process for Return-to-Work: Development and Validation of a Scale » (2009) 2(3) *Psychological Injury and Law* 225

<sup>35</sup> C. Gail Hepburn, Renée-Louise Franche and Lori Francis, « Successful return to work: the role of fairness and workplace-based strategies » (2010) 3(1) *International Journal of Workplace Health Management* 2; C. Gail Hepburn, Kevin Kelloway & Renée-Louise Franche, « Early Employer Response to Workplace Injury: What Injured Workers Perceive as Fair and Why These Perceptions Matter », (2010) 15 (4) *Journal of Occupational Health Psychology* 409.

<sup>36</sup> Melita Giummarra et al, « Return to Work After Traumatic Injury: Increased Work-Related Disability in Injured Persons Receiving Financial Compensation is Mediated by Perceived Injustice » (2017) 27(2) *Journal of Occupational Rehabilitation* 173.

<sup>37</sup> Nieke Elbers et al, « Differences in perceived fairness and health outcomes in two injury compensation systems: a comparative study » (2016) 16 *BMC Public Health* 658.

<sup>38</sup> Timothy H. Wideman & Michael Sullivan, « Development of a Cumulative Psychosocial Factor Index for Problematic Recovery Following Work-Related Musculoskeletal Injuries », (2011) 92 (1) *Physical Therapy* 58.

travailleur d'effectuer des gestes susceptibles de provoquer la douleur (*fear avoidance scale*) et, d'autre part, sa perception de la gravité des conséquences de la lésion (*catastrophizing scale*). Ces connaissances ont été avalisées par plusieurs organisations assurantielles qui avaient notamment utilisé certains éléments de ces échelles dans le but de trier des personnes davantage susceptibles de développer des incapacités chroniques et de les diriger ensuite vers des conseillers en réadaptation aux fins d'un traitement plus personnalisé. Ainsi, le régime d'indemnisation québécois réservait un traitement particulier aux travailleurs perçus comme étant à risque de chronicité<sup>39</sup>. Des études plus récentes conduites par des équipes multidisciplinaires qui incluaient des ergonomes et intégraient l'évaluation par des ergothérapeutes, ont permis de constater que les travailleurs exprimant des inquiétudes étaient plus nombreux en proportion à avoir été blessés dans un emploi où ils avaient des marges de manœuvre faibles et où les conditions de travail inchangées après le retour à l'emploi pré-lésionnel ne leur permettraient pas davantage de se protéger d'une nouvelle blessure<sup>40</sup>. Les auteurs déduisent que les travailleurs inquiets avaient des raisons de l'être; il ne s'agissait pas simplement d'un trait de leur personnalité.

#### Un nouveau concept scientifique : un outil pour mesurer le stress associé au processus d'indemnisation (*compensation stress*)

Plusieurs chercheurs en Australie ont étudié l'impact du processus d'indemnisation, dans le contexte d'accidents du travail ou d'accidents de la route, sur la santé des personnes qui présentent une demande d'indemnisation. Afin d'essayer d'élucider la relation entre l'implication dans un processus d'indemnisation et l'état de santé, une équipe a étudié l'expérience de 1 010 patients hospitalisés en vue de documenter leurs sources de stress en lien avec le processus d'indemnisation. Six ans plus tard, les chercheurs ont interviewé 332 de ces participants qui avaient présenté une demande d'indemnisation (accidents du travail ou accidents de la route) dans le but d'explorer les liens entre l'exposition aux stressseurs associés au processus d'indemnisation et leur condition actuelle. Parmi ces participants, ceux qui affichaient des niveaux de stress élevés associaient leur stress avec : la compréhension de ce qu'il fallait faire dans le cadre de leur réclamation (33,9 %); les délais (30,4 %); les multiples expertises médicales (26,9 %); et le montant de leur indemnisation (26,1 %). Lors des entrevues (six ans après le questionnaire initial), ceux qui présentaient un niveau élevé de stress lié à l'indemnisation avaient un niveau plus élevé d'incapacité, d'anxiété et de dépression, ainsi qu'une qualité de vie diminuée comparativement aux autres personnes ayant fait des réclamations. Les auteurs recommandent une intervention précoce pour améliorer la

---

<sup>39</sup> Voir CSST, *Plan stratégique*, supra note 7.

<sup>40</sup> Marie-France Coutu et al, « Workers on Prolonged Work Disability for Musculoskeletal Disorders Do Not Worry for Nothing », événement *Work Disability Prevention and Integration 2019* communication par affiche présentée à Odense, Denmark, 2019 [non publié]; <https://10times.com/wdpi-odense>.

résilience des personnes réclamantes, mais aussi une révision du processus d'indemnisation afin de réduire le stress associé au processus<sup>41</sup>. Cette équipe a également constaté que la présence de dépression ou du syndrome de stress post-traumatique trois mois après le traumatisme augmentait la perception de stress associé au processus<sup>42</sup>.

Une autre étude australienne a constaté, en 2019, que la détresse psychologique chez les accidentés du travail est élevée; les auteurs soulignent par ailleurs que plusieurs facteurs du processus de réparation sont modifiables<sup>43</sup>, dont la réponse du système d'indemnisation et celle de l'employeur. Ils notent entre autres que les travailleurs souffrant de problèmes psychologiques qu'ils attribuent au travail ont accès aux soins lorsque les réclamations sont acceptées, mais qu'ils sont aussi surexposés aux procédés associés au régime de réparation<sup>44</sup>. Dans le cadre d'une autre étude basée sur des entrevues avec 10 946 travailleurs accidentés dont les réclamations avaient été acceptées par le régime d'indemnisation (dix régimes dans dix états et territoires australiens), ceux qui rapportaient une expérience d'indemnisation positive étaient davantage susceptibles de se déclarer être de retour au travail. Ces auteurs soulignent l'importance d'améliorer l'équité du système d'indemnisation pour améliorer les résultats relatifs au retour au travail<sup>45</sup>.

En somme, en intégrant les leçons tirées de la littérature présentée dans notre texte de 2008 à celle présentée ici, on retient que les facteurs suivants aident à prévenir l'invalidité chronique :

- Il faut éviter les conflits autour de la gestion des réclamations et de l'absence du travail si on veut maximiser les chances de retour au travail durable.
- Un retour au travail avant la consolidation d'une lésion peut être bénéfique et contribuer au maintien des capacités du travail à long terme si les conditions de travail sont valorisantes et adaptées aux capacités du travailleur.

---

<sup>41</sup> Genevieve Grant et al, « Relationship Between Stressfulness of Claiming for Injury Compensation and Long-term Recovery: A Prospective Cohort Study » (2014) 71 (4) *JAMA Psychiatry* 446.

<sup>42</sup> Meaghan L O'Donnell et al, « Compensation seeking and disability after injury: the role of compensation-related stress and mental health » (2015) 76 (8) *Journal of clinical psychiatry* e1000.

<sup>43</sup> Alex Collie et al, « Psychological Distress in Workers' Compensation Claimants: Prevalence, Predictors and Mental Health Service Use » [2019] *Journal of occupational rehabilitation*, <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09862-1>.

<sup>44</sup> *Ibid.* Les auteurs écrivent « workers with mental health claims have greater exposure to insurance claims processes », citant Kilgour, *Interactions*, *supra* note 14 .

<sup>45</sup> Alex Collie et al, « Injured worker experiences of insurance claim processes and return to work: a national, cross-sectional study » (2019) 19(1) *BMC Public Health* 927.

- Un retour forcé au travail, c'est-à-dire contre le gré du travailleur ou contre la volonté de l'employeur, peut contribuer à la détérioration des rapports entre les parties et nuire à un retour au travail durable.
- Les intermédiaires entre l'employeur et le travail, comme les gestionnaires externes de réclamations, ne sont pas les mieux placés pour favoriser un retour au travail précoce et durable.
- Retarder l'accès au soutien des professionnels de santé ou de réadaptation peut contribuer à aggraver les conséquences éventuelles de la lésion initiale.
- Retarder l'accès au soutien économique peut contribuer au développement de problèmes psychologiques qui, entre autres causes, peuvent engendrer la chronicisation.
- La santé mentale des travailleurs accidentés peut être affectée par le processus d'indemnisation, que l'incapacité associée soit ou non indemnisée ou indemnisable.
- La perception d'injustice contribue à la chronicité de l'incapacité au travail.

Maintenant, nous allons examiner les résultats tirés de trois études qui permettent d'illustrer les mécanismes par lesquels certaines pratiques de notre régime d'indemnisation peuvent agir, soit pour prévenir la chronicité des incapacités, soit pour y contribuer.

## L'application du régime québécois en matière de réadaptation

### L'assignation temporaire et le rôle des médecins

Dans une étude comparative portant sur le rôle des médecins dans les régimes d'indemnisation des victimes de lésions professionnelles au Québec et en Ontario, nous avons constaté des différences importantes quant à l'expérience des médecins et des autres acteurs du système, lesquelles sont attribuables en partie aux régimes juridiques distincts encadrant leurs rôles respectifs<sup>46</sup>. L'étude était basée sur une analyse comparée du droit régissant la réparation au Québec et en Ontario, accompagnée d'une étude qualitative faisant appel à des entrevues en profondeur avec des médecins et d'autres acteurs clés de ces provinces. En tout, nous avons interviewé, individuellement ou en groupe, 31 personnes en Ontario et 34 au Québec.

---

<sup>46</sup> Cette étude a été financée par le Conseil de recherche en sciences humaines (*Workers' compensation systems and their consequences for injured workers: A comparative study in Québec and Ontario on the role of doctors*). K. Lippel et Joan Eakin (chercheuses principales) et Lynn Holness. (410-2009-510). Pour une description détaillée des méthodes utilisées et des résultats de cette étude voir Lippel, (2019) et Lippel et al 2016, *supra* note 30.

Les médecins impliqués dans le régime ontarien d'indemnisation se sentaient ignorés par l'assureur, alors que ceux impliqués dans le régime québécois se sentaient continuellement contestés et confrontés. Les médecins ontariens n'avaient aucun droit de parole sur le retour au travail précoce, outre l'obligation de remplir un formulaire où ils devaient indiquer les aptitudes résiduelles du travailleur malgré sa lésion professionnelle. Les médecins qui considéraient qu'à court terme, leur patient ne devait pas travailler, étaient incapables de s'exprimer à ce sujet, faute d'espace réservé à cette fin sur le formulaire. Comme on l'a vu, le système ontarien est plutôt orienté vers l'approche basée sur la contrainte : il gère le retour au travail précoce en prévoyant l'imposition de pénalités à l'employeur qui n'offre pas de travail temporaire; le travailleur, quant à lui, peut voir ses prestations cesser s'il n'accepte pas la proposition de retour au travail précoce; et enfin, le médecin traitant n'a pas l'option d'écrire son désaccord quant à l'octroi d'un poste temporaire au travailleur en attendant la consolidation.

Cette marginalisation des médecins ontariens est une source de frustration pour eux et leur inconfort est souvent communiqué aux travailleurs, qui reçoivent le message soutenant que, selon leur avis médical, ils ne devraient pas retourner au travail au moment voulu par la CSPAAT. C'est alors le début d'une relation conflictuelle avec le régime de réparation, et plusieurs intervenants de la CSPAAT ont pointé du doigt les médecins comme étant en quelque sorte le grain de sable dans l'engrenage. Comme nous l'avons rapporté dans l'article précité :

« le personnel de la CSPAAT met de la pression sur ses gestionnaires pour qu'ils gèrent le comportement des médecins. Un cadre institutionnel nous a dit ressentir de la pression de la part du personnel dans le but de l'inciter à agir pour « arranger les médecins / *fix the doctors* », et ce, même si les médecins traitants ontariens n'ont pas de pouvoir décisionnel dans le processus, contrairement aux médecins québécois. Les médecins d'entreprises et les médecins consultants pour la CSPAAT se plaignaient de la non-collaboration des médecins traitants dans le processus de retour au travail précoce<sup>47</sup>. Par ailleurs, les médecins traitants identifiaient les formulaires visant l'évaluation des capacités résiduelles comme étant une source de stress et de conflit potentiel avec leurs patients, et les représentants de travailleurs identifiaient ces formulaires comme étant une source de frustration pour les médecins.»<sup>48</sup>

L'expérience des médecins québécois était très différente. Alors qu'ils se sentaient contestés à l'occasion du processus de gestion quotidien des dossiers de réparation, sans doute en raison du processus formel de remise en question de leurs opinions quant au diagnostic, aux soins, à la date de consolidation, aux limitations fonctionnelles et à l'atteinte permanente<sup>49</sup>, ce sentiment n'a pas été exprimé par ces médecins en ce qui concernait l'assignation

---

<sup>47</sup> Le programme d'assignation temporaire en Ontario est désigné sous le vocable 'Early Return to Work'. Pour une description de l'application de ce programme, notamment en contexte des petites entreprises, voir Joan Eakin, Ellen MacEachen et Judy Clarke, « "Playing it smart" with return to work: small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return » (2003) 1(2) *Policy and Practice in Health and Safety* 19.

<sup>48</sup> Lippel, 2019, *supra* note 30, p. 52-53.

<sup>49</sup> Les opinions du médecin qui a charge du travailleur sur ces sujets lient la Commission, à moins qu'elle ou l'employeur ne déclenche une réévaluation de l'opinion en vertu des articles 212 de la LATMP. Voir Dominic

temporaire. Pour être valide, l'assignation temporaire proposée par l'employeur doit recevoir l'aval du médecin traitant en fonction des trois critères prévus par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP). L'article 179 de la LATMP prévoit que « [l']employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que : 1. le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail; 2. ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et 3. ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur. »

Si le médecin n'approuve pas la proposition de l'employeur, ce dernier peut soumettre une nouvelle proposition, mais il n'y a pas de droit d'appel du refus du médecin d'autoriser une assignation temporaire; seul le travailleur peut contester un avis de son médecin qui approuve une assignation que le travailleur ne souhaite pas faire. De ce fait, le processus d'assignation temporaire n'est pas judiciairisé au Québec, contrairement à l'Ontario où il est l'objet d'une judiciarisation importante. Notre droit, sur ce point, évite de formaliser, voire judiciariser ces conflits. L'effet net est de promouvoir une pratique qui semble la plus conforme aux enseignements scientifiques des spécialistes en réadaptation. Voilà comment un avocat qui représente habituellement des employeurs au Québec explique sa stratégie au stade de l'assignation temporaire, qui vise non pas l'obtention de l'accord du médecin, mais bien de l'accord, dans un premier temps, du travailleur. L'avocat conseillait ainsi ses clients :

« [...] l'assignation temporaire va souvent être refusée par le médecin. Pourquoi? Là mes clients s'acharnent à communiquer avec le médecin traitant, ils envoient des fax, écrivent des lettres, ce qu'on veut c'est de réintégrer le travailleur le plus rapidement possible, on veut lui offrir des tâches qui sont favorables à sa réadaptation, puis là le médecin poursuit à refuser l'assignation temporaire. Puis moi ce que je dis à mes clients quand ils me confrontent avec tous leurs trucs là pour faxer, écrire, appeler le médecin traitant, je dis arrêtez de travailler sur le médecin traitant, travaillez sur le travailleur mais dites-lui à lui là que vous voulez qu'il revienne travailler. C'est pour l'aider c'est pour favoriser son retour au travail, demandez-lui ce qu'il était en train de faire lui dans l'entreprise. Qu'est-ce qu'il pense qu'il est capable de faire, lui, compte tenu de sa condition? Faites-le participer à la détermination des tâches vous allez avoir plus de succès. Arrêtez de travailler sur le médecin traitant, travaillez sur votre [...] travailleur. Là vous allez sans doute avoir beaucoup plus de succès là si c'est une démarche qui est [...] sincère puis qui est faite pour les bonnes raisons tu sais.<sup>50</sup> »

En somme, le comportement des acteurs impliqués dans le processus de retour au travail précoce en Ontario favorise des conflits entre les travailleurs, les employeurs, les médecins qui traitent les travailleurs et les agents d'indemnisation. Au Québec, par contre, le terrain de conflits est très limité, la judiciarisation du processus étant

---

Dorval, Marie-Anne Lecavalier et Jean-Sébastien Noiseux, « Procédure d'évaluation médicale » dans *JurisClasseur Québec*, coll. « Droit du travail », *Santé et sécurité du travail*, fasc. 9, Montréal, LexisNexis Canada, mise à jour en février 2019 paragr. 15 et 16.

<sup>50</sup> Lippel, 2019, *supra* note 30, pp. 53-54.

impossible ou presque. Il est impossible de mesurer quantitativement le succès relatif des deux approches sur le plan statistique ou économique parce que la Commission n'est pas toujours impliquée dans le processus d'assignation temporaire et elle ne publie pas de statistiques à ce sujet. Par contre, une comparaison qualitative des comportements associés aux deux approches permet de croire que l'approche québécoise est davantage conforme aux enseignements des scientifiques spécialisés en prévention de la chronicité. Notre système encourage une prise en charge qui implique activement le travailleur, une stratégie gagnante selon la littérature, et il évite les conflits judiciairisés au stade du retour au travail avant la consolidation. Notre système est clairement plus judiciairisé que celui de l'Ontario en ce qui concerne la reconnaissance des lésions et les aspects médicaux, mais il ne l'est pas en ce qui concerne l'assignation temporaire – l'outil par excellence pour prévenir les incapacités chroniques.

Plus récemment, dans le cadre d'un projet de recherche<sup>51</sup> qui s'intéressait au retour au travail des travailleurs accidentés précaires ou engagés dans la mobilité pour les fins du travail, nous avons constaté des forces mais aussi des failles dans notre système québécois encadrant l'assignation temporaire.

La littérature rapporte que les acteurs dans les organisations et chez certains assureurs expriment de la frustration à l'égard des médecins traitants. Dans l'une de nos entrevues, nous avons vu, par contre, que la résistance du médecin traitant qui a refusé à maintes reprises une assignation temporaire a été l'élément clé ayant permis un dénouement favorable pour la travailleuse, même si, en bout de piste, elle a dû renoncer à son emploi dans le cadre d'un processus de conciliation.

Le cas de Normande illustre bien comment la contestation peut rendre impossible un retour au travail chez l'employeur pré-accidentel, et on y voit également un exemple où la sous-traitance de la gestion d'une réclamation complique le retour au travail. Infirmière en région éloignée, Normande a été victime d'un acte criminel qui s'est produit dans la résidence fournie par l'employeur aux membres du personnel soignant durant leur séjour, séjour

---

<sup>51</sup> Cette étude a été financée par le CRSH et les ICRS dans le cadre du programme de Développement de partenariat, et s'intitulait : *Policy and practice in return to work for the precariously employed or geographically mobile workforce/Politiques et pratiques en retour au travail pour les travailleurs précaires ou mobiles* (CRSH-890-2016-3026; ICRS HPW-146002). Pour les fins de l'étude portant sur la situation au Québec, nous avons effectué, entre 2017 et 2019, des entrevues individuelles semi-dirigées avec onze travailleuses et travailleurs dont la plupart avait été indemnisés par la Commission à la suite d'une lésion professionnelle, ainsi que des entrevues individuelles et de groupe avec dix-huit informateurs clés. Une étude jurisprudentielle parallèle a permis de comparer le contenu des entrevues avec l'expérience des individus qui avaient fait l'objet d'un ou de plusieurs jugements de la CLP ou du TAT. Dans le but de respecter l'anonymat des participants, nous utilisons des pseudonymes et nous ne citons aucune décision associée à nos participants.

qui pouvait durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Son médecin traitant a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique; elle a reçu des soins pendant une longue période de temps dans la municipalité où elle demeure, très loin de son lieu d'emploi. L'assaillant qui a attaqué Normande a été emprisonné, mais les membres de sa famille demeuraient toujours dans le village où se situait son poste de travail. Normande, qui adorait son emploi, a voulu effectuer une assignation temporaire, ce qu'elle a fait avec l'approbation de son médecin. Toutefois, durant son assignation dans le même village, où elle a continué à demeurer dans la résidence fournie par l'employeur, elle a été de nouveau exposée à des menaces à sa vie. Elle a constaté qu'aucune nouvelle mesure de sécurité n'avait été mise en place depuis son agression et, notamment, elle a vu que les fenêtres de cette résidence n'étaient pas munies de barreaux. La réexposition de la travailleuse à des actes menaçants a compromis sa guérison et son médecin a mis fin à son assignation, en exigeant que des barreaux soient installés aux fenêtres de la maison où le personnel était logé par l'employeur. Le gestionnaire du dossier, un consultant externe à l'organisation de l'employeur, a prétendu que la résidence en question n'était pas un « établissement » au sens de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et que, de ce fait, l'employeur qui était propriétaire de la résidence n'était pas tenu de se conformer à cette exigence : un argument technique, possiblement fondé sur le plan légal, mais peu propice à promouvoir un règlement permettant le retour au travail de la travailleuse. Le médecin a maintenu son refus d'assignation et Normande a été absente du travail pendant plusieurs années. La durée de l'incapacité et d'autres enjeux ont fait l'objet de contestations et, en conciliation, la travailleuse a obtenu un montant dans les six chiffres en échange de sa démission. Au moment de notre entrevue, elle avait recommencé à travailler dans le même domaine pour un autre employeur, mais elle aurait préféré maintenir son ancien travail auprès de bénéficiaires qu'elle connaissait bien.

Si Normande œuvrait en Ontario, son médecin n'aurait pas eu son mot à dire; par contre, il se peut que l'assureur soit moins complaisant avec un consultant embauché par un employeur qui ne voulait pas dépenser les quelques centaines de dollars qu'aurait coûté l'installation de barreaux aux fenêtres d'une résidence.

Nous avons également rencontré un travailleur, un camionneur souffrant d'un très sérieux problème de dos, qui était ravi de l'assignation temporaire proposée par son employeur, soit une agence qui fournissait de la main-d'œuvre exclusivement à une multinationale qui avait créé une compagnie à numéro pour embaucher et gérer son personnel. L'histoire de Mathieu a été une description classique qui aurait pu illustrer le bienfait du retour au travail précoce selon la littérature scientifique. Interdit par son médecin de conduire un camion, il a été affecté à la répartition de camions, poste qui lui permettait de travailler à son rythme et qu'il a pu occuper pendant des mois. Sa santé mentale s'est améliorée de manière remarquable selon lui et sa femme, et il a pu occuper l'emploi sans nuire à sa santé physique.

Mathieu nous a expliqué que la compagnie principale, le donneur d'ouvrage, avait mis fin à son assignation en lui disant que c'était une erreur de son superviseur de l'avoir fait travailler avant sa guérison complète. Par la suite, il a été congédié parce qu'il était inapte à occuper son emploi de camionneur.

Des recherches en cours permettent de croire qu'un nombre important d'agences ont une durée de vie assez courte. Sur le plan de l'expérience d'indemnisation, tout porte à croire que le donneur d'ouvrage dans le cas de Mathieu, celui qui a pris la décision de mettre fin à son assignation temporaire, n'aura pas à assumer le coût de l'IRR qui lui sera versée pendant plusieurs mois et mêmes années, en attendant qu'un programme de réadaptation professionnelle permette à ce travailleur dans la cinquantaine de se recycler dans un autre métier. Notre système de financement du régime, qui est « le plus réactif au Canada » selon le Conseil du patronat du Québec<sup>52</sup>, peut aussi inciter les entreprises à se structurer de manière à ne pas être directement affectées par l'expérience associée aux lésions professionnelles subies par les employés de leurs « sous-traitants », ces compagnies à numéro qui fournissent la main-d'œuvre.

### La judiciarisation qui mène à l'inaptitude permanente

Nous avons vu dans la littérature scientifique que le fait d'être impliqué dans des contestations ou des processus d'expertise ou de contre-expertise contribue à la perception d'injustice d'une part, et à la chronicité de l'incapacité de travail d'autre part. Le régime québécois incite à la contestation et c'est au Québec, comparativement aux autres provinces, qu'on retrouve un nombre important d'appels de la part des employeurs – employeurs qui sont responsables de plus de la moitié des demandes en révision à la DRA de la CSST (aujourd'hui la CNESST)<sup>53</sup>. Un bon nombre des appels des employeurs portent sur le financement, mais il y a également un nombre important de contestations des réclamations de travailleurs qui avaient été acceptées par la Commission. Des données obtenues grâce à une demande d'accès à l'information pour l'année 2014, par exemple, permettent de constater que sur 48 801 demandes de révision à la DRA, 26 370 provenaient d'employeurs, c'est-à-dire 54 % des demandes. Ces chiffres ne tiennent pas compte des « contestations » envoyées directement à la Commission par un employeur qui remet en question la réclamation de son employé au moment de la soumission de la réclamation initiale, contestation qui mène à une réponse négative de la part de la Commission.

---

<sup>52</sup> Conseil du patronat du Québec et Fédération des chambres de commerce du Québec, 2010, *Mémoire du comité patronal consultatif soumis au groupe de travail présidé par monsieur Viateur Camiré, chargé de faire des recommandations au conseil d'administration de la CSST sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail* (CPQ, 2010), p. 105.

<sup>53</sup> Réponse à la Demande d'accès du 6 mai 2015 N/D: ACC15-347.

Mehdi était parmi les personnes interviewées dans le cadre de notre plus récente étude. Mehdi, au moment de notre entrevue six ans après sa réclamation pour une entorse lombaire, a été déclaré invalide par la Commission, inapte à tout travail essentiellement en raison des problèmes psychiatriques graves qu'il a développés au cours du processus de réclamation. Nous avons pu corroborer les informations que Mehdi nous a fournies à la lecture des multiples jugements du tribunal d'appel le concernant. Son histoire permet d'illustrer les mécanismes qui contribuent à promouvoir la chronicité d'une incapacité chez un travailleur ayant présenté une demande d'indemnisation.

Au moment de son accident de travail, Mehdi travaillait à titre de journalier pour deux très grandes entreprises. Il travaillait à temps plein pour l'un et à temps partiel pour l'autre afin de subvenir aux besoins de son épouse et de ses trois jeunes enfants. Il subit un accident de manutention, le rapporte immédiatement à son superviseur et le mentionne à des collègues; il essaie, pendant une semaine, de continuer à travailler avant de constater que son état ne s'améliorait pas. Il présente une réclamation à la Commission après avoir consulté un médecin qui émet le diagnostic d'entorse lombaire. Il nous dit qu'après avoir été verbalement informé que la réclamation initiale avait été acceptée, il avait commencé de la physiothérapie, mais la Commission a rapidement remis en question sa réclamation, parce que son superviseur a prétendu que Mehdi avait menti, en ce sens qu'il n'a pas pu l'avoir averti le soir de l'accident parce qu'il (le superviseur) était absent du travail à cette date. Pourtant, il y avait d'autres témoins de l'accident, témoins qui comparaitront ultérieurement devant le Tribunal et qui corroboreront la version des faits de Mehdi. L'accès aux soins de physiothérapie cesse immédiatement. Seize mois plus tard, sous serment, le même superviseur admet qu'il ne se rappelle pas s'il était ou non au travail ce soir-là; le Tribunal reconnaît alors son droit à l'indemnisation. Cela permet à Mehdi d'accéder aux soins de physiothérapie, mais par la suite, l'employeur a contesté à de multiples reprises les opinions du médecin traitant et les décisions de la Commission. Mehdi a été obligé de subir de nombreux examens médicaux par les experts désignés par l'employeur, par la Commission et par le BEM. Il relate qu'une fois, il a téléphoné à son agent parce que le rendez-vous fixé était à trois heures de son domicile, il faisait un froid glacial et Mehdi devait se déplacer en transport en commun. On lui a dit que ses indemnités seraient suspendues s'il n'assistait pas à cette évaluation alors il s'y est rendu, pour ne pas perdre ses indemnités. Pendant notre entrevue avec lui, il est clairement très troublé, malgré le fait qu'il a maintenant une sécurité de revenus. Voici quelques-uns de ses commentaires. En réponse à notre question sur ses recommandations :

« je veux que vous, que tout l'monde comprenne... SI... DE... l'accident d'travail... j'ai eu un trait'ment... convenable... peut-être un mois, deux mois, je suis au travail. Maintenant je suis à la maison et j'ai... j'ai toujours peur... maintenant quand y fait... trop froid... trop humide, trop.. j'ai... j'ai peur que j'ai, j'ai peur... de la marche. j'ai [...] tout c'qui m'intéresse je veux pas que d'autres personnes... subir la même chose [...] c'est ça je suis sûr... la vie... est très court... (tremblements dans la voix) quand on passe le temps à courir derrière... les profites, [...]. Y faut regarder l'humanité, nous sommes des humains... (pause) avant comme prendre un à

chaque, à chaque décision... à chaque signature, à chaque lettre, on regarde comme on a parlé un dossier, on regarde c't'une humain que j'ai... que j'ai maintenant, je traite un humain, pas un dossier... »

Malgré plus d'une dizaine de décisions contestées par l'employeur dans son dossier, la décision de la Commission qui conclut à l'inemployabilité de Mehdi en application de l'article 47 de la LATMP n'a pas été contestée par l'employeur. Elle a été rendue après la période où les coûts d'une prestation affectent le dossier d'expérience de l'employeur. Lorsqu'on lui demande s'il est content d'avoir finalement obtenu une reconnaissance de son incapacité au travail :

«je suis pas content, ils m'indemnisent maintenant en permanence, ça ch'uis pas content. Qu'est-ce que ch'fais? Est-ce que, est-ce que c't'un vie tu restes comme ça? Regarde, reste comme ça 24 heures devant la télé, est-ce que tu es content? Non.»

La jurisprudence concernant les problèmes de santé mentale qui se développent au cours du processus d'indemnisation a évolué considérablement depuis le temps où il suffisait de plaider que la maladie psychiatrique du travailleur était attribuable aux « tracasseries administratives » pour garantir un rejet de la réclamation. On retrouve encore aujourd'hui l'usage de ce terme dans la jurisprudence, mais la CLP et le TAT ont nuancé leur analyse de la question pour accepter des réclamations associées à la douleur chronique et aux difficultés de vie imputables à un accident du travail, difficultés qui sont souvent indissociables des faits associés au processus<sup>54</sup>. Avant la décision charnière dans *Loiseau et Barry Callebaut Canada inc.*<sup>55</sup>, la démonstration du fait que le processus de réparation était à l'origine de la lésion menait à la conclusion que la réclamation pour une lésion psychiatrique devait être rejetée parce qu'imputable aux « tracasseries administratives ». Une gestion excessivement agressive d'une réclamation menant à une maladie psychiatrique ne pouvait pas être sanctionnée ni par l'octroi de frais pour contestation abusive, ni par la reconnaissance du droit à l'indemnisation occasionnant des coûts additionnels pour l'employeur. À la rigueur, le développement d'un problème psychiatrique facilitait le rejet de la réclamation pour la continuité des prestations en raison de l'incapacité physique et psychique du travailleur. On pouvait y voir une incitation économique à gérer agressivement les réclamations. Aujourd'hui, la jurisprudence plus nuancée de la CLP et du TAT, et son application par la Commission, telle qu'illustrée par le cas de Mehdi, permettent de voir qu'il n'est pas rentable de promouvoir l'insécurité et les conflits dans le cadre de la gestion d'une réclamation. Les leçons de la littérature scientifique quant aux explications de la chronicité de

---

<sup>54</sup> K. Lippel, et R. Cox, « Droit de la santé au travail régissant les problèmes de santé mentale : prévention, indemnisation et réadaptation », dans JurisClasseur Québec, coll. « Droit du travail », *Santé et sécurité du travail*, fasc. 27, Montréal, LexisNexis Canada, feuilles mobiles. Mise à jour en octobre 2019, paragraphe 59.

<sup>55</sup> *Loiseau et Barry Callebaut Canada inc.*, [2007] C.L.P. 1119.

l'incapacité vont dans le même sens : promouvoir des sentiments d'injustice finit par coûter plus cher en raison de l'incapacité que cela peut générer.

Notre dernier exemple examine les conséquences d'une interprétation trop restrictive des critères de reconnaissance de lésions psychologiques chez les premiers répondants.

### Les réclamations pour lésions psychologiques chez les premiers répondants

Le travail des premiers répondants les expose à une multitude d'événements traumatisants et il est maintenant bien connu que l'exposition, et parfois l'exposition chronique aux traumatismes aigus, peuvent favoriser le développement de problèmes de santé mentale chez les premiers répondants, allant de l'anxiété jusqu'au syndrome de stress post-traumatique.

La législation régissant l'indemnisation des lésions professionnelles dans la vaste majorité des régimes en vigueur dans d'autres provinces canadiennes a été modifiée au cours des dernières années pour introduire une présomption législative visant à favoriser la reconnaissance rapide de lésions psychologiques chez les premiers répondants. Certaines provinces ont créé une présomption applicable à tous les travailleurs, comme c'est le cas en Saskatchewan. D'autres ont établi une liste de professions visées, selon la province, y compris les pompiers, les ambulanciers, les policiers, les infirmières, les travailleurs sociaux, les agents correctionnels et plusieurs autres. Certaines lois visent tous les diagnostics psychologiques, d'autres sont restreintes au syndrome de stress post-traumatique<sup>56</sup>. Toutes ces modifications avaient pour but de faciliter l'accès à l'indemnisation en raison de l'importance de fournir rapidement un soutien économique et un accès aux soins psychologiques, dans le but de prévenir la chronicité des problèmes de santé mentale associés à ces expositions. Dans le rapport produit par la Justice Institute of British Columbia, nous avons analysé la jurisprudence de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec, rendue avant l'adoption de ces présomptions, en vue d'obtenir un portrait de base de la nature des litiges impliquant les premiers répondants. Nous avons constaté que la quasi-totalité des appels en cette matière provenaient des travailleurs, et que le taux de succès en appel était assez élevé. Dans cette étude comparative, nous avons constaté que les décideurs de première instance étaient portés à refuser les réclamations au motif que les conditions terriblement stressantes décrites dans les réclamations provenant des premiers

---

<sup>56</sup> Pour un portrait à jour de la législation comportant des présomptions de causalité à l'égard de lésions psychologiques affectant des premiers répondants, voir le rapport de la Justice Institute of British Columbia, Greg Anderson et al, *Workers' Compensation Presumptive Legislation for Public Safety Personnel: Stakeholder consultation & validation workshop report*, Justice institute of British Columbia, 2019. [https://www.researchgate.net/publication/335404390\\_Worker%27s\\_Compensation\\_presumptive\\_legislation\\_for\\_public\\_safety\\_personnel\\_Stakeholder\\_Consultation\\_and\\_Validation\\_Workshop\\_Report](https://www.researchgate.net/publication/335404390_Worker%27s_Compensation_presumptive_legislation_for_public_safety_personnel_Stakeholder_Consultation_and_Validation_Workshop_Report).

répondants étaient des conditions normales pour ces métiers et que, de ce fait, les maladies prouvées comme étant associées à ces expériences ne pouvaient pas faire l'objet d'une indemnisation parce que l'exigence d'une preuve d'anormalité n'était pas remplie. Une étude québécoise sur les réclamations pour lésions psychologiques chez les agents correctionnels avait tiré des conclusions similaires en 1993<sup>57</sup> : la quasi-totalité des décisions de refus par la CSST étaient infirmées par le tribunal d'appel et, quelques années après le dépôt de la réclamation initiale, la réclamation a été acceptée.

Pour les fins du présent texte, nous avons approfondi notre analyse de la jurisprudence québécoise dans le but de mieux comprendre comment les pratiques décisionnelles en première instance, en révision ou en appel, pour cette catégorie de réclamations, ont pu contribuer à retarder l'accès à la reconnaissance d'une lésion professionnelle. Comme indiqué par l'étude Secor citée au début de ce texte, lorsqu'une réclamation initialement refusée par la Commission est acceptée par le tribunal d'appel, l'indemnité de remplacement du revenu est souvent payée rétroactivement. Si on mesure la chronicité par les coûts de l'IRR, par définition, le refus systématique de certaines catégories de réclamations, notamment les lésions psychiques, contribuera à la chronicisation parce que l'appel du travailleur, lorsque accueilli, génère un paiement rétroactif pouvant dépasser les 1 000 jours<sup>58</sup>. Par ailleurs, en examinant la chronicité en termes d'incapacité chronique de travail, on remarque que le fait de retarder l'accès aux soins et à la sécurité économique, alors qu'un travailleur est inapte au travail, peut contribuer à sa perception d'injustice, facteur associé à l'incapacité chronique. Il en est de même pour le retard dans l'accès aux services d'assistance médicale et de réadaptation, qui pourraient faciliter son retour au travail. Ce scénario pourrait en outre inciter d'autres travailleurs exposés aux mêmes conditions à éviter de réclamer et, du même coup, banaliser les problèmes de santé mentale connus comme étant attribuables aux risques particuliers de ces métiers. Ce sont, parmi d'autres, les raisons pour lesquelles les autres provinces canadiennes ont adopté les présomptions législatives au sujet des premiers répondants.

Voici un portrait de la jurisprudence québécoise sur les premiers répondants souffrant de problèmes de santé mentale liés à l'exposition au stress aigu ou traumatique.

---

<sup>57</sup> François Laprise, « L'indemnisation du stress post-traumatique dans un milieu de travail 'prévisiblement violent' » dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* (2003), 183 *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, Service de la formation continue du Barreau du Québec, 1.

<sup>58</sup> Secor, *supra* note 1.

Nous avons effectué un recensement des décisions de la Commission des lésions professionnelles<sup>59</sup> et du Tribunal administratif du travail<sup>60</sup> rendues entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 4 septembre 2019<sup>61</sup>.

Cinquante décisions ont été retenues pour les fins de l'analyse préliminaire. Ensuite, nous avons écarté celles liées au harcèlement psychologique, aux enjeux relatifs aux droits de la direction et à la surcharge, de même que celles qui concernaient les conflits entre membres du personnel, pour cibler spécifiquement les lésions psychologiques que le travailleur imputait au stress aigu ou traumatique en lien avec l'emploi exercé à titre de premier répondant. Il nous restait subséquemment 27 décisions associées aux réclamations pour un stress aigu, dont 24 réclamations initiales<sup>62</sup> et cinq rechutes, récidives ou aggravations (RRA)<sup>63</sup>. Le Tableau 1 fournit un portrait des décisions retenues pour les fins de cette analyse.

---

<sup>59</sup> La Commission des lésions professionnelles était l'instance d'appel des décisions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail entre 1998 et 2016. Ci-après CLP.

<sup>60</sup> Le Tribunal administratif du travail est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'instance d'appel des décisions de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Ci-après TAT.

<sup>61</sup> La recherche a été exécutée à l'aide du moteur de recherche SOQUIJ-AZIMUT, visant les décisions du TAT ou de la CLP qui appliquent la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q. c. A-3.001, utilisant les mots clés suivants : « lésion psychologique » ET ambulancier, policier, pompier, agent correctionnel ou infirmier. Ces professions étaient retenues parce qu'elles font partie des professions visées par la législation présumant le caractère professionnel des lésions psychologiques chez les premiers répondants dans d'autres provinces canadiennes. Pour effectuer l'analyse, nous avons utilisé le logiciel *FileMaker* qui permet d'effectuer une recherche à partir des données collectées, et d'examiner les résultats en croisant plusieurs variables.

<sup>62</sup> *Cosenzo et paramédics de l'Outaouais*, 2017 QCTAT 5358; *Hamelin et Corporation d'Urgence-santé*, 2016 QCTAT 3958; *Compagnie A et CT*, 2017 QCTAT 626; *Robitaille et Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière*, 2016 QCTAT 2387; *Lesage et Ambulances 33-33 inc.*, 2014 QCCLP 3655; *M.D. et Compagnie A*, 2013 QCCLP 1756; *François et Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2017 QCTAT 4638; *K.B. et CHSLD A*, 2017 QCTAT 1649; *Zuchowski et Hôpital Charles-LeMoine*, 2011 QCCLP 5965; *Harvey et Gestions Éric Melançon inc.*, 2015 QCCLP 1588; *Isabelle-Roy et Institut Philippe-Pinel de Montréal*, 2019 QCTAT 1826; *Kapitan et Sécurité-Policiers Ville de Montréal*, 2018 QCTAT 4724; *N.L. et Service de police de la Ville A*, 2018 QCTAT 2500; *Robitaille et Ville de Châteauguay*, 2018 QCTAT 171; *A et Conseil de la Nation A*, 2017 QCTAT 5211; *Lalonde et Administration régionale Kativik (Kativik Regional Police Force)*, 2015 QCCLP 812; *Fréchette et Lévis (Ville de)*, 2013 QCCLP 5216 (qui inclut une décision sur une demande de RRA également); *Langlois et Sécurité – Policiers*, 2011 QCCLP 7468; *Riendeau et Sécurité-Policiers*, 2012 QCCLP 6996; *E.M. et Ville A*, 2015 QCCLP 3782; *E.R. et Québec (Ministère de la Sécurité publique)*, 2015 QCCLP 1564; *A et Québec (Ministère de la Sécurité publique) (santé-sécurité)*, 2012 QCCLP 4510; *Veilleux et Service correctionnel Canada*, 2019 QCTAT 2522; *A et Service correctionnel du Canada*, 2013 QCCLP 589.

<sup>63</sup> Trois traitent seulement de récidive, rechute ou aggravation : *Chabot et Corporation d'Urgences-santé*, 2019 QCTAT 2982; *A et Sécurité Policiers Ville A*, 2019 QCTAT 257; *Morel et Service correctionnel Canada*, 2014 QCCLP 780. Deux autres comportaient une décision sur la réclamation initiale et sur la demande de RRA : *M.D. et Compagnie A*, 2013 QCCLP 1756; *Fréchette et Lévis (Ville de)*, 2013 QCCLP 5216.

Tableau 1 — Réclamations concernant le stress aigu chez les premiers répondants entre le 1 <sup>er</sup> janvier 2011 et le 4 septembre 2019								
Professions	Réclamations totales rapportées	Stress aigu	Réclamations initiales	Réclamations acceptées	Récidive, rechute ou aggravation	Réclamations RRA acceptées	Appel par le travailleur	Appel par l'employeur
<b>Total — toutes professions confondues</b>	50	27/50	24/27	20/24	5/27	4/5	27/27	2/26
<b>Ambulanciers</b>	8 <sup>1</sup>	7 <sup>1</sup>	6 <sup>1</sup>	4/6 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2/2	7/7	1 <sup>1</sup>
<b>Pompiers</b>	1 <sup>1</sup>	0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Infirmiers</b>	13 <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	5	4/5 <sup>1</sup>	0	0	5/5	0
<b>Policiers</b>	15 <sup>1</sup>	10 <sup>1</sup>	9 <sup>1</sup>	9/9 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	1/2 <sup>1</sup>	10/10	1 <sup>1</sup>
<b>Agents correctionnels</b>	13 <sup>1</sup>	5 <sup>1</sup>	4 <sup>1</sup>	3/4 <sup>1</sup>	1 <sup>1</sup>	1/1	5/5	0

Ce processus de qualification et de triage des décisions a été effectué séparément par les deux auteures, pour veiller à une classification cohérente. De ces 27 décisions, sept impliquent des ambulanciers<sup>64</sup>, dix, des policiers<sup>65</sup>, cinq, des infirmiers<sup>66</sup> et cinq, des agents correctionnels<sup>67</sup>. Sur les 24 réclamations initiales, 20 ont été acceptées<sup>68</sup>, ainsi que quatre des cinq jugements concernant des RRA<sup>69</sup>.

Le Tableau 1 permet de constater que dans 100 % des appels portant sur un traumatisme, c'est le travailleur qui est en appel, même si dans deux cas, l'employeur a aussi contesté une décision rendue dans le même dossier.

<sup>64</sup> *Cosenzo et paramédics de l'Outaouais*, 2017 QCTAT 5358; *Hamelin et Corporation d'Urgence-santé*, 2016 QCTAT 3958; *Compagnie A et CT*, 2017 QCTAT 626; *Robitaille et Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière*, 2016 QCTAT 2387; *Lesage et Ambulances 33-33 inc.*, 2014 QCCLP 3655; *M.D. et Compagnie A*, 2013 QCCLP 1756; *Chabot et Corporation d'Urgences-santé*, 2019 QCTAT 2982.

<sup>65</sup> *Kapitan et Sécurité-Policiers Ville de Montréal*, 2018 QCTAT 4724; *N.L. et Service de police de la Ville A*, 2018 QCTAT 2500; *Robitaille et Ville de Châteauguay*, 2018 QCTAT 171; *A et Conseil de la Nation A*, 2017 QCTAT 5211; *Lalonde et Administration régionale Kativik (Kativik Regional Police Force)*, 2015 QCCLP 812; *Fréchette et Lévis (Ville de)*, 2013 QCCLP 5216; *Langlois et Sécurité — Policiers*, 2011 QCCLP 7468; *Riendeau et Sécurité-Policiers*, 2012 QCCLP 6996; *E.M. et Ville A*, 2015 QCCLP 3782; *A et Sécurité Policiers Ville A*, 2019 QCTAT 257.

<sup>66</sup> *François et Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2017 QCTAT 4638; *K.B. et CHSLD A*, 2017 QCTAT 1649; *Zuchowski et Hôpital Charles-LeMoyne*, 2011 QCCLP 5965; *Harvey et Gestions Éric Melançon inc.*, 2015 QCCLP 1588; *Isabelle-Roy et Institut Philippe-Pinel de Montréal*, 2019 QCTAT 1826.

<sup>67</sup> *Veilleux et Service correctionnel Canada*, 2019 QCTAT 2522; *E.R. et Québec (Ministère de la Sécurité publique)*, 2015 QCCLP 1564; *Morel et Service correctionnel Canada*, 2014 QCCLP 780; *A et Service correctionnel du Canada*, 2013 QCCLP 589; *A et Québec (Ministère de la Sécurité publique) (santé-sécurité)*, 2011 QCCLP 7388; 2012 QCCLP 4510.

<sup>68</sup> Seules les décisions suivantes ont été rejetées : *Compagnie A et CT*, 2017 QCTAT 626; *Lesage et Ambulances 33-33 inc.*, 2014 QCCLP 3655; *François et Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2017 QCTAT 4638; *A et Québec (Ministère de la Sécurité publique) (santé-sécurité)*, 2011 QCCLP 7388; 2012 QCCLP 4510.

<sup>69</sup> Dans la cinquième, *Fréchette et Lévis (Ville de)*, 2013 QCCLP 5216, la réclamation pour RRA a été refusée parce que l'incapacité du travailleur a été reconnue comme étant une lésion professionnelle imputable à un accident du travail, l'événement nouveau ayant en soi justifié la reconnaissance de la lésion.

Nous avons constaté que les décisions à l'égard de ces appelants sont, sauf des rares exceptions, négatives en première instance et en révision, ce qui implique que l'accès à l'appui des services de la Commission est retardé durant des longues périodes, alors que l'ensemble de ces justiciables souffrent de problèmes de santé mentale qui, selon le tribunal d'appel, sont imputables au travail dans des réclamations initiales (83 %) et dans la totalité des demandes de RRA, l'incapacité en cause dans celle refusée ayant été acceptée dans une réclamation portant sur un nouvel accident du travail. Nous avons examiné de plus près les 23 décisions qui fournissaient suffisamment de détails; nous avons calculé le délai entre la réclamation et la décision finale pour les réclamations initiales acceptées par le tribunal d'appel et en moyenne, 23,4 mois s'écoulaient entre les deux dates; en ce qui concerne les RRA, le délai moyen entre la réclamation et le jugement favorable en appel est de 25 mois. Sur l'ensemble des décisions, le délai le plus court entre la réclamation et la décision est de 12 mois; le délai le plus long est de 45 mois. Il faut souligner que, dans certains dossiers, le travailleur était de retour au travail avant l'audience en appel, et donc avant le jugement. Par conséquent, ces données ne mesurent pas les jours d'indemnité de remplacement du revenu payables dans la moyenne des dossiers<sup>70</sup>, mais elles reflètent bien les mois et les années d'incertitudes associées à ces réclamations, dont la quasi-totalité sont acceptées en appel. Les coûts associés à bon nombre de ces dossiers auraient certainement été moindres si la réclamation du travailleur avait été acceptée par la Commission en amont. Rappelons-nous qu'une prise en charge rapide permet un accès rapide aux soins appropriés et un soutien au cours du processus de retour au travail. Elle permet également d'éviter des relations conflictuelles avec l'employeur qui pourraient nuire à un retour au travail durable. De plus, ces longs délais contribuent à décourager les premiers répondants de réclamer et de rechercher de l'aide, en dépit du besoin d'agir rapidement en vue de protéger la santé mentale des personnes à risque de vivre un syndrome de stress post-traumatique. C'est justement ce type d'argument qui a justifié l'adoption d'une présomption favorable aux premiers répondants dans les dix provinces et territoires canadiens qui ont légiféré en ce sens<sup>71</sup>.

## Conclusion

Le régime québécois de réparation des lésions professionnelles a des forces et des faiblesses, en ce qui concerne la prévention de l'incapacité au travail. Parmi ses forces, on doit souligner le régime d'assignation temporaire, qui prend une approche « carotte » plutôt que l'approche « bâton » appliquée en Ontario. Au Québec, contrairement à la situation en Ontario, il n'y aura pas d'assignation temporaire contre le gré de l'employeur, caractéristique qui permet de réduire les relations conflictuelles au moment d'un retour au travail précoce. Si le

---

<sup>70</sup> Pour rappel de la préoccupation de Secor, *supra* note 1. Cela dit, il est fort possible, avec un délai moyen de près de deux ans, que les paiements rétroactifs d'IRR représentent, dans chaque dossier, des centaines de jours d'IRR.

<sup>71</sup> Seuls le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Québec n'ont pas de présomption liée à l'exposition au stress traumatique chez les premiers répondants : voir l'Annexe 1 du rapport Anderson et al, *supra* note 56.

médecin qui a charge du travailleur n'estime pas que l'assignation proposée pourra contribuer à sa réadaptation, cela implique que l'employeur qui veut offrir une assignation temporaire doit adapter sa proposition, idéalement en consultant le travailleur pour savoir ce qu'il pense pouvoir faire – une contrainte légale qui contribue à la mise en œuvre des bonnes pratiques identifiées par la littérature scientifique, en encourageant la participation du travailleur au processus de réintégration.

Par contre, notre système serait plus efficace si l'ensemble des mesures entreprises visaient à prévenir le handicap et l'incapacité au travail, et non les coûts associés au handicap. L'objectif de réduction de coûts ou de journées indemnisées occasionne le transfert des coûts à d'autres, souvent aux travailleuses et travailleurs eux-mêmes<sup>72</sup>, mais dans beaucoup de cas à l'ensemble des employeurs, comme c'était le cas dans le dossier de Mathieu qui perd son assignation temporaire sans explication ou dans le dossier de Mehdi, maintenant invalide alors qu'il aurait pu être de retour au travail n'eût été des contestations multiples et du retard dans l'accès aux soins attribuables à ces contestations. Parfois, les coûts sont transférés à la société, à l'assurance maladie, aux programmes de sécurité du revenu et aux familles des travailleurs. C'est le cas lorsque les travailleurs abandonnent leurs réclamations, mais aussi dans les cas où ils persévèrent jusqu'en appel, comme on peut imaginer lorsque le travailleur victime de stress post-traumatique est privé de reconnaissance pendant une moyenne de vingt-quatre mois.

Par ailleurs, l'objectif de réduire les coûts de l'IRR incite à la contre-expertise et à la contestation, contestation qui est connue comme étant une source de stress et de perception d'injustice; voilà autant de facteurs qui compromettent la capacité de retour au travail.

La volonté de minimiser les coûts imputés à court terme à l'employeur a mené à des pratiques délétères dans le cas de Mehdi et de Normande. À long terme, leurs réclamations ont finalement coûté beaucoup plus cher que si on avait offert en amont une adaptation de la résidence appartenant à l'employeur et fournie à Normande et aux autres salariés; dans le cas de Mehdi, il apparaît assez clair que sa réclamation coûtera au système des dizaines possiblement des centaines de milliers de dollars de plus que ce qu'elle aurait coûté si la réclamation avait été acceptée rapidement, sans les contestations multiples par son employeur multinationale qui, en bout de piste, n'assumera pas les coûts des conséquences de sa judiciarisation systématique de la réclamation.

---

<sup>72</sup> Pour un portrait des coûts réelles d'une lésion professionnelle voir Martin Lebeau, Patrice Duguay et Alexandre Boucher, *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007*, Rapport R-769, (2014) en ligne : Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail, <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf?v=2019-12-08>

Ce texte n'a pas tenu compte des milliers de dossiers d'appel qui se règlent annuellement en conciliation, souvent par une transaction par laquelle les coûts associés à la réclamation disparaissent complètement du portrait officiel; dans d'autres cas les coûts seront transférés du dossier de l'employeur aux employeurs de toutes les unités, par exemple par l'application de l'article 31 LATMP (par le biais de l'article 327 LATMP) ou par le biais de l'article 326 (2) de la LATMP. Dans ces cas la contestation visant à permettre, ne fut-ce que par négociation, l'externalisation des coûts, aura contribué à augmenter le nombre de jours d'absence et possiblement l'incapacité à long terme du travailleur. L'entreprise justiciable pourrait ainsi réduire ses coûts, mais cela pourrait souvent avoir pour effet d'augmenter les coûts assumés par le régime d'indemnisation dans son ensemble, par l'individu et par la société.

Notre étude sur les premiers répondants permet de clarifier la nature réelle des problèmes identifiés par Secor<sup>73</sup>. Nous ne croyons pas, contrairement aux conclusions de Secor, que l'augmentation de la chronicisation est associée à un problème de délai d'appel; nous pensons plutôt que, dans beaucoup de cas, elle est liée au refus de réclamation en première instance, refus qui nécessite un appel qui sera entendu des années plus tard, qui contribue à la perception d'injustice et qui dissuade potentiellement d'autres travailleurs à faire des réclamations jusqu'à ce qu'ils soient très gravement affectés par leur maladie psychique. La vaste majorité des travailleurs dans l'étude des premiers répondants ont eu gain de cause en appel, dans un cas 45 mois après sa demande. Il est évident que les prestations payées rétroactivement contribueront aux dépenses de la Commission pour l'IRR, mais ce n'est pas le vrai problème de chronicité. Le vrai problème est imputable au fait que les travailleurs sont laissés à eux-mêmes pendant des années, alors qu'une décision juste en première instance aurait permis une action proactive en prévention des incapacités de travail à long terme. C'est la raison d'être de la nouvelle législation en vigueur dans la vaste majorité des provinces canadiennes, qui vise à faciliter l'accès à l'indemnisation pour ne pas provoquer de délais dans l'accès aux soins et au soutien.

La plus récente littérature en sciences de la réadaptation professionnelle invite l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de réparation d'une lésion professionnelle à réfléchir à toutes les sources potentielles de perceptions d'injustice afin de réduire en amont les facteurs qui mènent à l'incapacité au travail. Si chaque acteur – les avocats des travailleurs et des employeurs, les syndicats, les responsables du régime de réparation et les médecins invités à intervenir dans le processus d'évaluation médico-légal – faisait l'analyse des occasions procédurales pouvant donner lieu à une perception d'injustice, bon nombre d'actions pourraient être mises en œuvre pour proscrire les comportements qui mènent, en bout de piste, à une incapacité prolongée de travail.

---

<sup>73</sup> *Supra* note 1.